

総 説

腋臭症の治療の概説

岡 田 達 郎*

腋窩部より分泌される汗、アポクリン汗は元来、無臭である。無菌的なアポクリン汗を培養すると、24時間後には、典型的な腋臭が発生する事から、腋窩部の皮膚の細菌が腋臭に関係している事が報告されている。アポクリン汗はこれらのメカニズムにより、皮膚の細菌により分解され、脂肪酸を遊離し、腋臭症特有の臭いとかると考えてよい¹⁾²⁾。

思春期になるにしたがって、アポクリン腺は次第に発達して腋臭が苦になるようになる。腋臭症は遺伝的な関係が有ると考えられて居り³⁾、親子、同胞間に同じ腋臭症が多く見られる。両性に認められるが、どちらかと言うと女性に多い¹⁾。人種による差は欧米人、黒人に多く、日本人はこれに比べて少ないと言われている²⁾。

腋臭症の診断は、特有の臭いと腋窩部の多汗から容易に診断がつく。腋臭の程度は臭いに対する個人的な感受性により異なるが、10人中、過半数の者が不快な臭いと感ずるならば確かである。しかし白人、黒人では病的な意識を持つ事が無く、むしろ性的な魅力と認識している者もいる。腋臭症の腋窩部の皮膚病理学的な所見は正常なものに比較して、特に特徴的なものは無い²⁾。

腋臭症の治療法のうち、局所療法では、まず第一に腋窩部を清潔にし、乾燥させる事で、皮膚表面の細菌の繁殖を抑える。その点から除毛も同じ効果を期待できる。発汗の抑制剤の塗布はアポクリン汗の分泌を抑える作用がある。脱臭剤、香水、オーデオロンも一時的には効果はある(表1)。以

上の局所療法で効果の無い症例には外科的な治療方法を検討すべきであろう。

外科的療法には腋窩部の植皮、皮膚切除、電気凝固及び皮下搔爬等がある(表2)。これらは全てアポクリン腺を切除または破壊する事を目的としている。小林⁴⁾は腋毛に沿って毛根に針を挿入し、毛根部のアポクリン腺及び汗口を電気凝固し癬痕化する術式の有効性を報告している。著者は針先の一部をテフロン皮膜加工した電気針を使用して、皮膚表面を火傷させる事なく、アポクリン

表1 腋臭症の局所療法

発汗抑制	塩化アルミニウム塩、明礬
脱臭	葉緑素
細菌繁殖抑制	抗生物質ローション

表2 外科療法

電気凝固	1) 皮膚面より電気針でアポクリン腺破壊 2) 皮下より眼視下にアポクリン腺凝固
皮膚切除	1) 広範囲に腋毛部の皮膚を切除 2) 小範囲に腋毛部の皮膚を部分切除
植皮	腋窩部の皮膚を切除後血管縫合し、皮膚移植
アポクリン腺除去	1) 皮膚切開創より盲目的に皮下を搔爬 2) 皮膚切開創より眼視下に切除

*岡田クリニック、皮膚科



写真1 左2本は著者が使用する針先の一部をテフロン加工した電気針、右2本は従来の電気針



写真2 腋毛に沿って毛根に針を挿入する

腺を破壊する術式を施行して居る(写真1)。一回の処置では完全にアポクリン腺を破壊することは不可能で、一定の期間を置いて、繰り返し電気凝固を施行する必要がある。其の効果も、満足出来る程度にならない。だから、腋臭症の治療には長期間を要し、費用も高価になる。それ故に此の処置は、脱毛をも同時に希望する症例にのみ施行している(写真2)。次に腋窩部の腋毛部の皮膚を紡錘形に広範囲に切除する術式が施行された⁵⁾(写

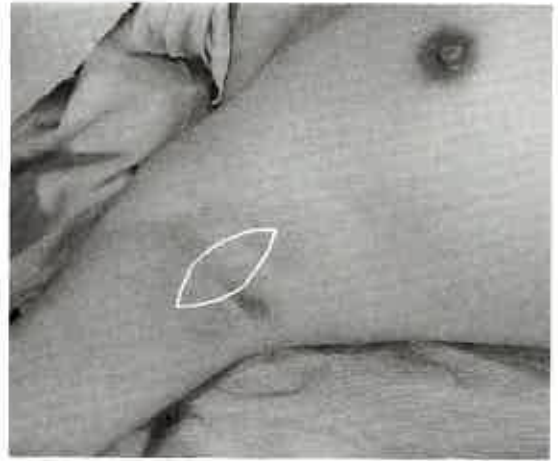


写真3 腋窩部の皮膚を紡錘形に広範囲に切除する範囲

真3)。この術式では切除後に醜い瘢痕を残し、時には瘢痕拘縮のために、上腕の運動障害を残す症例も経験した。特に、年頃の女性では美容上からも好ましい事でないと思える。瘢痕による障害を除く為にZ形成術⁶⁾を併用施行したが満足できる症例は少なかった。そのため最近ではこの術式を施行することは無くなった。加藤ら⁷⁾は腋窩部の一部分のみ皮膚切除を施行する術式を報告して居る。腋窩部の広範囲な切除に比較して術後の瘢痕は少ないと考える。

術後の瘢痕を避ける為に、腋窩部に小切開を加えて、切開創より皮下のアポクリン腺を切除する術式がある。稲葉は独自の切除器具⁸⁾を考案し、皮下のアポクリン腺を盲目的に搔爬する術式 double tie over 法を報告した。稲葉の術式は熟練者により施行されないと好結果が得られず、安易に施行すると腋窩部の皮膚の壊死を併発する事もある。

大原は⁹⁾腋窩部の皮膚に小切開を加え皮下を反転し、肉眼下にアポクリン腺を切除する術式を報告して居る。著者は大原の術式に準じて、腋臭症の症例に施行して、満足出来る結果を得ている。

腋窩部の皮膚消毒の後局所麻酔を行う。腋窩部のほぼ中央部に皮膚切開を加える。皮下を剝離し反転して、眼視下にアポクリン腺をクーパー氏剪



写真4 眼視下にアポクリン腺を切除する
(著者が金原出版、皮膚科の臨床に掲載)



写真5 術後6ヶ月ないし1年目には、手術創はあまり目立たない
(著者が金原出版、皮膚科の臨床に掲載)

刃で切除する(写真4)。皮下の創部の止血を確かめて、皮膚縫合を施行する。術後は上腕を胸に包帯で固定する。術後より抜糸までは、上腕の運動は制限するが、全身の安静はしないで通院加療で経過を観察する。抜糸後は steri strip tape を使用して、手術創部の減張固定を施行する。術後6ヶ月ないし1年目には、手術創は、あまり目立たない程度になる(表3)。

著者の施行している手技は、術後の瘢痕も苦にならず、腋臭症に対して、満足できる治療効果を得ている(写真5)。

以上、腋臭症の治療の概説を述べた。腋臭症は思春期でなくとも精神的な苦痛は大きい。保存的な療法で患者の満足が得られない症例には、積極的に、手術療法を施行して、あわせて、美容的な配慮をも、すべきであると考え。しかし、これらの手術には、熟練した医師によってのみ施行されるべきであって、安易に手術をするべきではないと考える。何故ならば、日本美容外科学会での腋臭症シンポジウムでも、術後合併症の多くの症例が発表されている。近年は社会情勢の変化により、術後の後遺症による訴訟が多い事を、我々は留意すべきである。

表3 最近の症例の術後成績 — 約6カ月～1年目の状態

症 例	(年齢・性)	皮膚壊死	瘢痕化	再発
1. MOSO	(16・♀)	無し	目立たない	無し
2. MONO	(30・♀)	無し	目立たない	無し
3. AOTO	(38・♂)	無し	目立たない	無し
4. MOTOK	(24・♀)	無し	目立たない	無し
5. KOTO	(22・♀)	無し	目立たない	無し
6. TOMOK	(22・♀)	無し	目立たない	無し
7. OOEOM	(16・♀)	無し	目立たない	無し
8. MOKOK	(19・♀)	無し	目立たない	無し
9. MOH	(23・♀)	無し	目立たない	無し
10. YOS	(20・♀)	無し	目立たない	無し
11. AOTO	(19・♀)	無し	目立たない	無し
12. MOTO	(42・♀)	無し	目立たない	無し
13. KONO	(16・♂)	無し	目立たない	無し
14. SOYO	(18・♀)	無し	目立たない	無し
15. HOEO	(20・♀)	無し	目立たない	無し

〔文 献〕

- 1) 濱田 稔：現代皮膚科学体系。第2巻B, p213, 中山書房, 東京, 1981.

- 2) 五島應安：現代皮膚科学体系，第6巻A，p24，中山書房，東京，1983.
- 3) 加納魁一郎：日本皮膚科全書．1版，6巻，第2冊，p64，金原出版，東京，1955.
- 4) 小林敏男：絶縁針電気凝固法による腋臭症及び腋多汗症の治療．臨床皮膚科，42:1079，1988.
- 5) 安田利顕，安西 喬：腋臭症の治療，特に手術に就いて．外科治療，5：18，1961.
- 6) 倉田熹一郎：形成外科学．p44，南江堂，東京，1970.
- 7) 加藤 一，中島龍夫，大西 清：手術．4：1335，1988.
- 8) 鬼塚卓弥：形成外科手術書．p1072，南江堂，東京，1986.
- 9) 大原国章：皮膚病診療．11：802，1989.