

検査案内書【保険】

# 先天性魚鱗癬遺伝子検査

K010-157 / Ver 1

運用開始日 2026年6月1日

かずさ遺伝子検査室

## 改訂履歴

No.	改訂内容	Ver.	運用開始日	作成者	承認者
1	保険検査への移行に伴い4非保険検査を統合し新規作成	1	2026/6/1	糸賀栄	内藤嘉磯

## 検査項目: 先天性魚鱗癬

### 検査名: 先天性魚鱗癬遺伝子検査

#### 1. 概略

先天性魚鱗癬は、先天的異常により胎児期から皮膚最外層の角層が著明に肥厚し、皮膚バリア機能が障害される遺伝性疾患である。出生時または新生児期より、全身または広範囲の皮膚が厚い角質に覆われることを特徴とする。

先天性魚鱗癬は、以下の4つの細分類を含む疾患概念である。

細分類1：ケラチン症性魚鱗癬

(表皮融解性魚鱗癬〔優性・劣性〕、表在性表皮融解性魚鱗癬を含む)

細分類2：道化師様魚鱗癬

細分類3：道化師様魚鱗癬以外の常染色体劣性遺伝性魚鱗癬

(先天性魚鱗癬様紅皮症、葉状魚鱗癬を含む)

細分類4：魚鱗癬症候群

(ネザートン症候群、シェーグレン・ラルソン症候群、KID (keratitis-ichthyosis-deafness) 症候群、ドルフマン・シャナリン症候群、中性脂肪蓄積症、多発性スルファターゼ欠損症、X連鎖性劣性魚鱗癬症候群、IBID (ichthyosis, brittle hair, impaired intelligence, decreased fertility and short stature)、trichothiodystrophy、毛包性魚鱗癬、CHILD (congenital hemidysplasia, ichthyosiform erythroderma or nevus, and limb defects) 症候群、Conradi-Hünemann-Happle症候群を含む)

本疾患は、表皮細胞の分化異常、脂質の産生・代謝・輸送異常、ならびに皮膚バリア形成障害により、角層の著明な肥厚を来すことに起因する。臨床的には、出生時から新生児期にかけて全身または広範囲の皮膚が厚い角質に覆われる。重症例では眼瞼外反、口唇外反、耳介変形を伴うことがある。また、水疱形成を伴う症例、新生児期に死亡する症例、皮膚以外の臓器異常を合併する症例も認められる。生命予後は概ね良好であり、学童期までに症状が軽快する例もあるが、多くの症例では生涯にわたり症状が持続する。

本検査では、「先天性魚鱗癬 (指定難病160)」の診断基準に基づき、22遺伝子を報告書対象遺伝子とする。また、弊所において魚鱗癬関連として非保険検査で提供していた17遺伝子を鑑別・補助診断用遺伝子として解析する。

#### 2. 解析対象遺伝子

解析対象遺伝子は以下の通り。いずれもアレル頻度1%以下のものを報告対象とする。

報告書対象遺伝子:

ABCA12, TGM1, ALOX12B, ALOXE3, CYP4F22, NIPAL4, PNPLA1, CERS3, KRT1, KRT10, KRT2,

*ALDH3A2, ABHD5, SUMF1, SPINK5, ERCC2, ERCC3, GJB2, STS, MBTPS2, EBP, NSDHL*

鑑別・補助診断用遺伝子:

*LORICRIN, SDR9C7, SULT2B1, CAST, TGM5, ELOVL4, PHGDH, PSAT1, SLC27A4, ADAMTS17, KDSR, VPS33B, SNAP29, VIPAS39, DSG1, DSP, GJB6*

### 3. 検査対象領域

対象遺伝子のタンパク質コード領域（エクソンおよび近傍のスプライス部位）を解析対象とする。さらに、既知の病的バリエーションが報告されている調節領域およびイントロン深部領域（ディープイントロン領域）については、別表1に示す領域の中から、各対象遺伝子に対応するもののみを解析対象とする。\*注. 別表1に示すすべてを一律に対象とするのではない。また該当遺伝子が無い場合もある。）

[別表1\(ここをクリック\)](#)

### 4. 検査方法

短鎖リード型次世代シーケンサーを用い、ハイブリダイゼーション法あるいはPCR法により対象領域を濃縮・配列決定する。検出対象は塩基置換および短い欠失・挿入バリエーション（アミノ酸置換、終止コドン、フレームシフト、スプライシング異常をきたすもの）とする。必要に応じてサンガー法による確認解析を行う。

### 5. 報告対象および制限事項

一般集団でのアレル頻度が一定基準を下回るものを報告対象とする。

体細胞モザイクは検出可能な範囲で報告対象に含める。

なお、本法では高精度な検出が困難なため、以下の項目は原則として報告対象外となる。

- ・大規模な欠失・重複等のコピー数変化
- ・大規模な構造異常

### 6. 検体の種類

原則として血液のみを受け付ける。

\*調製済みDNAについては、やむを得ない場合に限り個別に判断し受け入れを検討する。

### 7. 基準値及び判定基準

国際的に標準とされるヒトゲノムリファレンス配列と比較を行い、低出現頻度バリエーションの有無を判定する。

## 8. 医療機関に緊急報告を行うこととする検査値の範囲

該当なし（本検査は緊急報告の対象ではない）

## 9. 検査に要する日数

検体が弊所に到着した日から、60営業日以内とする。

## 10. 測定を委託する場合にあっては、実際に測定を行う衛生検査所の名称

測定の委託は行なっていない。

## 11. 検体の採取条件

医療機関において、検査の目的や限界について十分に説明し、本検査の申し込みに関する同意を得ること。

## 12. 検体の採取容器

弊所より発行した「匿名化ID記載ラベル」を貼付した採血管1本  
（真空密封型採血管：EDTA-2KまたはEDTA-2Na入り）

## 13. 検体の採取量

血液を1 mL以上を採取する。

## 14. 検体の保存条件

採血後は速やかに冷蔵、または凍結にて保管する。

## 15. 検体の提出条件

上記12～14の条件を満たす検体については、箱に収容し、室温で弊所へ発送する。  
なお、必要に応じて保冷剤の同梱も可とする。  
原則として、発送日の翌日に到着するよう手配する。

## 16. 検査依頼書及び検体のラベルの記載項目

検体貼付用ラベルには、匿名化IDおよび検体管理用IDを記載する。

検査依頼書については、当検査室指定の様式を使用する。

主な記載項目は以下の通り。

- ・匿名化ID

- ・ 希望する検査項目（疾患名、検査コード番号、検体数）
- ・ 医療機関情報
- ・ ガイドライン遵守の確認
- ・ 請求書送付先情報

## 17. 検体を医療機関から衛生検査所まで搬送するのに要する時間

発送日の翌日着を原則とする。

土日祝日は受付業務を行っていないため、配送日時に十分注意する。

## 18. 検査のお申し込み、お問い合わせ

公益財団法人かずさDNA研究所 遺伝子検査室（かずさ遺伝子検査室）

〒292-0818 千葉県木更津市かずさ鎌足2丁目5-23

<https://www.kazusa.or.jp/genetest/index.html>

E-mail: [onjk@kazusa.or.jp](mailto:onjk@kazusa.or.jp)