診療所だより　平成31年（2019年）1月

「アトピー性皮膚炎」の話

「アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2016 年版」を中心に

「アトピー性皮膚炎」は、1933年にアメリカのサルツバーガーという皮膚科医により提唱された病名で、それまでは様々な病名でよばれていたいくつかの病気を一つにまとめたものです。（「アトピー」とは、**「奇妙な」**とか、**「とらえどころがない」**、という意味のギリシャ語です。）

「アトピー性皮膚炎」の**特徴**は、

1）「アトピー性皮膚炎」をひきおこす遺伝的体質がある
2）湿疹が慢性に経過し、治りにくい
3）痒み（かゆみ）を伴い、かくことによって悪化する
4）子どもに多く、成人になるにしたがって軽快する傾向がある
5）各年齢によって病像（病気の様子）に特徴がある
6）生活環境のなかに病気を悪化させる因子がある
7）様々な物質に対する IgE 抗体が陽性となりやすい

しかし、この病気の原因や本態は、まだよくわかっていません。アレルギー疾患ではしばしば高くなる IgE 抗体の値が高いからといってアトピー性皮膚炎の本質がアレルギーかどうかについては結論は得られていません。まさに**「奇妙な」**、**「とらえどころがない」**病気です。

＊ IgE抗体：免疫グロブリンEと言うアレルギーに関係する抗体

（日本皮膚科学会の）**診断基準：**

1）**瘙痒**（そうよう）
2）**特徴的な皮疹とその分布**
3）**慢性・反復性経過**

「瘙痒」は「かゆみ」を意味する皮膚科で使われる用語です。「皮疹」の分布は左右対称性で，前額，眼囲，口囲・口唇，耳介周囲，頸部，四肢関節部，体幹などに好発します。分布には年齢的な特徴もあり，乳児期には頭，顔から皮疹が出現し，体幹や四肢に拡大します。幼小児期には頸部，肘窩，膝窩などのアトピー性皮膚炎に最も特徴的な部位に皮疹が出現するようになります。思春期・成人期には顔面を含む上半身に皮疹が強くなる傾向があります。

乳児期（図 右上）：この時期に「アトピー性皮膚炎」と診断することは困難です。多くの乳児にみられる発疹は、対症療法だけで自然に良くなり、そのうちの一部の子供だけが幼児期の「アトピー性皮膚炎」になっていきます。

幼児・小児期：この時期になると「アトピー性皮膚炎」の症状が、かなりはっきりしてきます。言い換えれば診断が可能になります。乳児期の発疹に比べて、全体に皮膚は乾燥性になりザラザラとしてきます（図 上：左）。肘や膝の裏に発疹が認められるようになり、掻き続けると「苔癬化」（皮膚が象のように固くゴワゴワになる状態）の状態になります。耳のふちや耳たぶがヒビ割れる「耳切れ」や「ズック靴皮膚炎」がみられることがあります。また、「とびひ」（伝染性膿痂疹）、「水イボ」（伝染性軟属腫）の合併をひきおこしやすくなります。

青年期・成人期：皮膚の乾燥化がさらに進み、「痒疹」（図 上：右）と呼ばれる比較的大きなしこりが四肢の外側にできることもあります。

治療　「アトピー性皮膚炎」は遺伝的素因も含んだ多病因性の疾患であり，現在，疾患そのものを完治させうる治療法はありません。アトピー性皮膚炎の治療方法は，その病態に基づいて、① 薬物療法、② 皮膚の生理学的異常に対する外用療法・スキンケア、③ 悪化因子の検索と対策、の3点が基本になります。

① 薬物療法：

現時点において，アトピー性皮膚炎の炎症を十分に鎮静するための薬剤で，有効性と安全性が科学的に十分に検討されている薬剤は，**ステロイド外用薬**と（カルシニューリン阻害外用薬である）**タクロリムス軟膏**です。

治療の目標は，症状がないか，あっても軽微で，日常生活に支障がなく，薬物療法もあまり必要としない状態に到達し，その状態を維持することです。

ステロイド外用薬

ステロイド外用薬は、有意に効果的であることが示されており，「アトピー性皮膚炎」の炎症を鎮静しうる薬剤です。

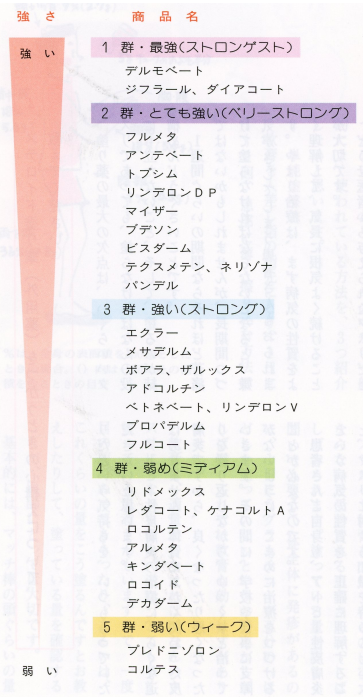
ステロイド外用薬にはランクがあり（図　右）、個々の皮疹の重症度に見合ったランクの薬剤を適切に選択し，必要な量を必要な期間，使用することが重要です。

タクロリムス外用薬

タクロリムスは細胞内のカルシニューリンを阻害する薬剤であり，副腎皮質ステロイドとはまったく異なった作用機序で炎症を抑制します。タクロリムス軟膏は副作用の懸念などからステロイド外用薬では治療が困難な「アトピー性皮膚炎」の皮疹に対しても高い有効性を期待できます。

対象患者・年齢・禁忌などの項目があり、専門性を有する医師によりなされることを前提とされています。

抗ヒスタミン薬は「アトピー性皮膚炎」の痒みを軽減する可能性があり，抗炎症外用薬と保湿外用薬による治療の補助療法として勧めらます。



② 皮膚バリア機能の異常に対する外用療法・スキンケア

「アトピー性皮膚炎」では角層の水分含有量が低下して皮膚が乾燥し、皮膚バリア機能の低下をきたしています。角層を中心としたこの表皮の生理学的異常によって，皮膚は非特異的刺激による炎症や痒みが生じやすくなるとともに、種々のアレルゲンの侵入が容易になり経皮感作やアレルギー炎症を惹起しやすいと考えられています。乾燥した皮膚への**保湿外用薬（保湿剤・保護剤）の使用**は，低下した角層水分量を改善し，皮膚バリア機能を回復させ，皮膚炎の再燃予防と痒みの抑制につながります。また，抗炎症作用のある外用薬などの治療で皮膚炎が寛解した後にも，保湿外用薬を継続して使用することは，寛解状態の維持に有効です。

③ その他の悪化因子の検索と対策：

患者と医師の間での信頼関係が構築され，薬物療法が十分に行われれば，治療の目標を達成しうる場合が多いのですが、日常生活、社会生活の中で個々の患者に特有の悪化因子が存在することも多く，このような悪化因子の検索と対策はきわめて重要です。

特に乳児では，**食物アレルゲン**の関与が認められることがあります。しかし，食物アレルギーの関与が明らかでない小児および成人の「アトピー性皮膚炎」の治療にアレルゲン除去食が有用でないことは、すでに多数報告されています。すなわち、適切な強さと量のステロイド外用薬を使用する外用療法を行った上で皮膚症状の改善がみられない場合に、皮疹の悪化の原因となる食物アレルゲンを同定すべきとされています。

乳児期以降の患者では、ダニ、室内塵、花粉、ペットの毛などの**環境アレルゲン**によって悪化することがあります。これらのアレルゲンが皮疹の悪化因子であるかは、臨床症状のみ、あるいは特異IgEの抗体価やプリックテストの結果のみで判断するのではなく、病歴、環境の変化と皮疹の推移などの情報を総合して判断すべきです。また、食物アレルゲンの場合と同様に、環境アレルゲンの除去対策は薬物療法とスキンケアの補助療法であり、これのみで完治が期待されるものではないことを認識すべきです。

汗はアトピー性皮膚炎の悪化因子との見方もありますが、病態への関与については「汗をかくこと（発汗）」と「かいた後の汗」を区別して考える必要があります。発汗が症状を悪化させるという科学的な根拠はなく、また発汗を避ける指導が症状を改善したとするエビデンスはありません。一方、「かいた後の汗」は痒みを誘起することがあります。発汗の多い季節の症状緩和に（水道水による）シャワー浴が有効なことから、「かいた後の汗」はそのまま放置せず，洗い流す等の対策を行う事が推奨されます。

「アトピー性皮膚炎」は、ストレスで悪化することもよく知られており，一方で皮膚症状が心理社会面に影響し，心理社会的因子が皮膚症状に二次的に心理的苦痛や社会的機能の障害が生じる**心身医学的側面**があり、睡眠障害、対人関係の障害、抑うつ気分、不安、社会的状況の回避やひきこもり、学業や職業における業績の低下への影響もあります。

図は、「決定版 専門医がやさしく語る＜アトピー性皮膚炎＞」日本皮膚科学会　アトピー性皮膚炎治療問題委員会（編）＜暮しの手帖社＞、「アトピー性皮膚炎治療のためのステロイド外用薬パーフェクトブック」塩原哲夫（編）＜南山堂＞から引用しました。

この「診療所だより」や診療についての御意見・ご要望などをお気軽にお寄せ下さい。
これからの参考にさせていただきます。

編集・発行：　勝山諄亮　　勝山診療所
〒639-2216　奈良県御所市343番地の4（御国通り2丁目）
電話：0745-65-2631