

2. 治療方法

薬物療法、悪化因子の除去、心身医学的側面からのアプローチ、生活指導などがある。

(1) スキンケア

皮膚を清潔な状態に保ちながら、保湿剤を用いて保湿に努める。角質水分量の減少は、バリア機能低下のみならず、角層内酵素を失活させ、恒常的な表皮細胞代謝を障害する。

適正量の保湿剤を用いて、夏でも入浴後10分以内に1回、乾燥した季節においては、回数を増やして皮膚の保湿を徹底する。

(2) 外用療法

抗炎症目的に使用する外用薬は、ステロイド外用薬とタクロリムス軟膏（プロトピック®）のみであり、非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）の外用薬は、有効性が低い点と接触皮膚炎などの副作用から使用しない。ステロイド外用薬の問題点は、局所および全身的副作用の発現である。ガイドラインには、外用回数や1日に用いる総量、小児の使用に関して具体的記載がある。

タクロリムス軟膏は、ステロイドとは異なる機序で抗炎症作用を示すカルシニューリン阻害薬であり、ステロイド特有の副作用がない。半面、高分子であることから薬効は経皮吸収率に依存する。顔面および頸部などには特に高い適応があるが、体幹や四肢などには効果が強くない。高率に一過性の皮膚刺激感を生じることを説明する。日本皮膚科学会では、海外でのリンパ腫や皮膚癌の発症の情報を患者に提供し、説明と理解のもとにタクロリムス軟膏の使用を推奨している。ガイドラインでも本薬の長期使用でリンパ腫や皮膚癌の発生リスクは高くないという論文を根拠にその安全性に関して触れている。

(3) 全身療法

第2世代の抗ヒスタミン薬の長期持続的投

与が痒みに対する第1選択である。重症例に対し、抗炎症目的でシクロスポリン（ネオール®）の使用が保険適用である。有効性は群を抜くが、高い薬価、副作用の発現、中止後の再燃の危険性などの欠点もある。漢方薬は、エビデンスが十分でない。

(4) 紫外線治療

ナローバンドUVB療法は、難治である重症型および痒疹型にきわめて有効であり、保険診療としても認められている。1回の紫外線量を多くせず、頻回に照射する方法が有効である。

3. 管理

(1) 悪化因子の除去

アレルゲン除去を行うのは、乳児の食物アレルゲンによる悪化が確実な場合に限る。血液検査のみで判断せず、食物の負荷試験および除去試験による結果をもとに検討する。

(2) 心身医学的側面からのアプローチ

成人重症例では、精神的ストレスや抑うつ傾向がアトピー性皮膚炎悪化に関与する場合がある。抗うつ薬や抗不安薬、精神科的療法なども試みられている。

(3) 生活指導

環境の整備、身の回りの清潔や規則正しい生活の実践は、アトピー性皮膚炎のみならず皮膚疾患一般における注意事項でもある。

経過・予後

治療学の進歩により、速やかにコントロールされる症例は多いが、一部に難治例や再発例は存在している。アレルギーの機序のみならず、種々の因子が関与することから、多元的な方法論に基づいて治療戦略を考える必要がある。

患者・家族への説明のポイント

- ①アトピー性皮膚炎の原因は多様であり、心身医学的側面からのアプローチを含めた多角的治療戦略が必要であることを理解させる。
- ②目標を細かく設定し、スキンケアの徹底を主軸とした治療を継続させる。

接触皮膚炎

2009年、わが国から初めて接触皮膚炎に関する診療ガイドラインが公表された。

定義・概念

接触皮膚炎とは外来性の刺激物質や抗原(ハプテン)が皮膚に接触することによって発症する湿疹性炎症を指す。アレルギー性と刺激性との2つの機序がある。前者では、角層から侵入した抗原またはハプテンは、ランゲルハンス細胞(LC)あるいは真皮樹状細胞(DDC)によって捕捉される。その後、活性化LCまたはDDCは所属リンパ節へ遊走し、抗原を処理して主要組織適合抗原複合体に結合させ細胞膜上に提示する。提示された抗原ペプチドは、親和性を持つT細胞受容体によるシグナルによってナイーブT細胞が感作される(感作相)。再び抗原が皮膚内に侵入すると、それを捕捉したDDCは所属リンパ節や皮膚において感作された記憶T細胞と接触し、提示する抗原ペプチド/T細胞受容体のシグナルにより、T細胞を強力に活性化させ、産生サイトカインによって炎症が惹起される(惹起相)。ガイドラインでは、①刺激性接触皮膚炎、②アレルギー性接触皮膚炎のほか、③光が作用する光接触皮膚炎(光毒性接触皮膚炎、光アレルギー性接触皮膚炎)、④炎症が激しく全身に及ぶ全身性接触皮膚炎・接触皮膚炎症候群、⑤接触蕁麻疹の5つに分類している。

診断

1. 接触皮膚炎を疑う愁訴・症状

接触源が明らかであって、その部分に一致した湿疹病変が出現した場合、診断は容易である。境界明瞭な特徴のある湿疹病変、例えば平行に走る線状病変、人工的な形の皮疹などの場合、接触源は明らかでなくても、接触皮膚炎を疑うことが重要である(図1)。光接触皮膚炎は、接触源と日光の照射の両者がなければ、皮疹を生じないので、定型的な接触皮膚炎とは臨床症状が異なる点に注意する。

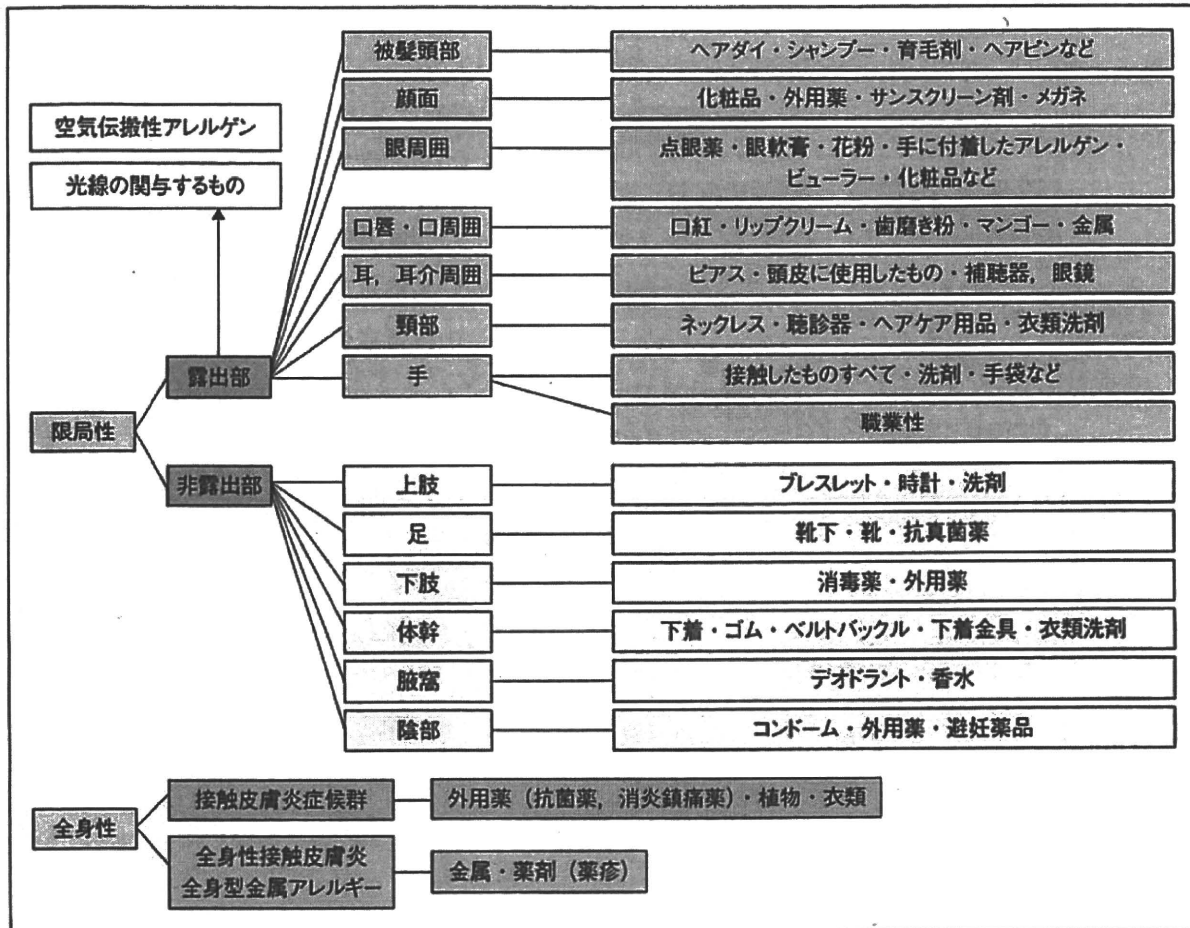
2. 診断に必要な検査

最も重要な検査はパッチテストである。ガイドラインでは、その手技、貼付する物質の濃度、判定方法に関して、詳しく解説している。日本接触皮膚炎学会では、原因頻度の高いアレルゲン25種をジャパニーズスタンダードアレルゲンと決定し、パッチテストの標準試薬として推奨している。

3. 鑑別診断

鑑別すべき疾患として、アトピー性皮膚炎、脂漏性皮膚炎、貨幣状湿疹、湿疹型薬疹などの湿疹病変、また境界明瞭な皮疹を呈す

図1 疑うべきアレルゲン部位からの推定



(日本皮膚科学会接触皮膚炎診療ガイドライン委員会, 2009)

る帯状疱疹、単純疱疹、乾癬、丹毒、皮膚リンパ腫などがある。

4. 確定診断

接触源と境界明瞭な湿疹病変、および原因物質によるパッチテスト陽性所見が得られれば診断は確定する。光接触皮膚炎の場合には、パッチテスト部位への紫外線(UVA)の照射による紅斑の惹起が必要である。

管理・治療

1. 管理・治療の目標

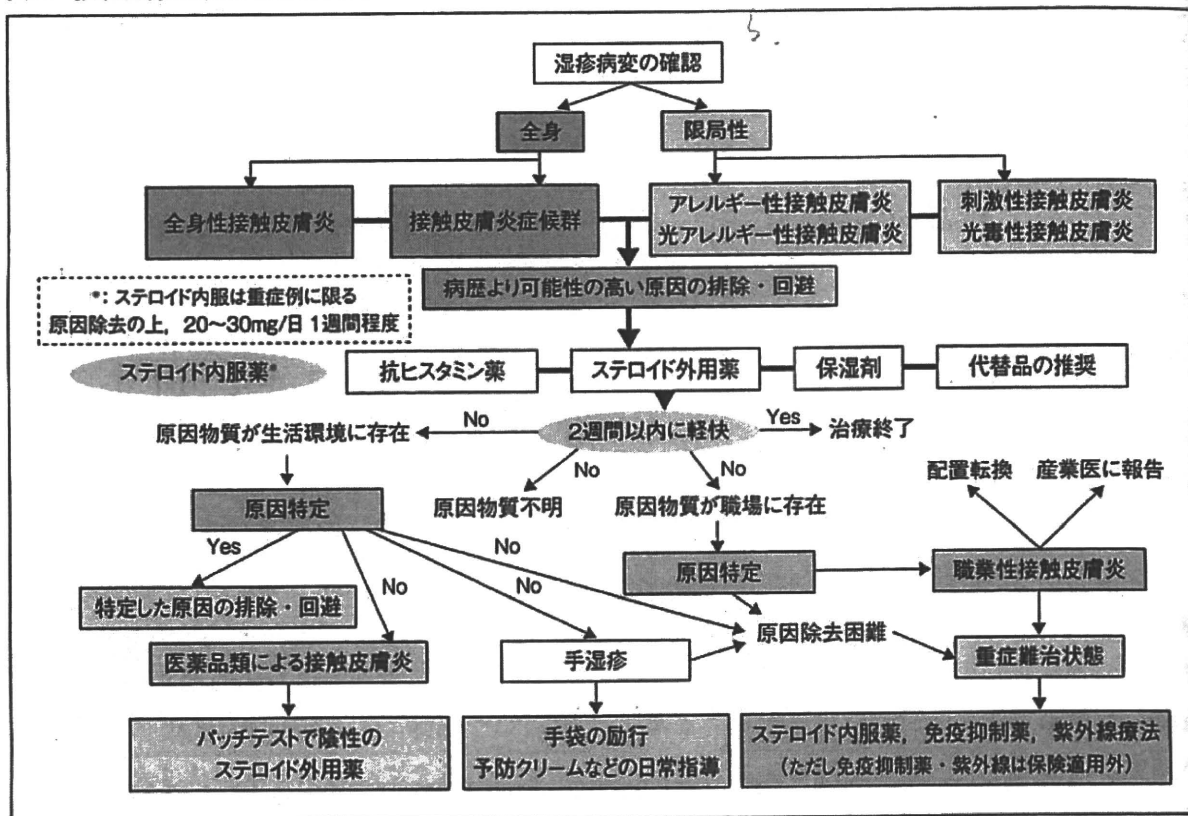
症状を軽減または消失させるとともに、接

触源および原因物質を明らかにしたうえで、予防策を講じる。

2. 治療方法

アルゴリズム(図2)に準ずる。接触皮膚炎症候群・全身性接触皮膚炎の場合はステロイドの全身投与が必要であるが、その他の接触皮膚炎では症状に応じたランクのステロイド外用薬および抗ヒスタミン薬を用いて、速やかな症状の緩和を目指す。同時に、またはその後に原因物質の検索を行い、接触源からの回避や代替品の使用などにより、再発を防ぐことに努める。

図2 接触皮膚炎治療アルゴリズム



(日本皮膚科学会接触皮膚炎診療ガイドライン委員会, 2009)

3. 管理

原因物質が特定され、それが容易に排除または回避できる場合は問題ないが、原因物質が特定できない、または生活や職業上回避できない物質で、原因除去が不可能である場合

は、治療および予防が難しい。保湿剤や手袋などの使用によって、原因物質への直接的接触を避けるように努力し、職業性の場合は産業医へ報告するとともに、配置転換なども考慮する。

患者・家族への説明のポイント

症状の緩和だけでなく原因物質の追求が再発の防止に重要である。

[参考文献]

- 日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン作成委員会：アトピー性皮膚炎診療ガイドライン。日皮会誌 119：1515, 2009.
- 日本皮膚科学会接触皮膚炎診療ガイドライン委員会：接触皮膚炎診療ガイドライン。日皮会誌 119：1757, 2009.
- 日本アレルギー学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン専門部会：アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2009（片山一朗，河野陽一 監修）。協和企画，東京，2009.

要約

アトピー性皮膚炎

湿疹(アトピー性皮膚炎・接触皮膚炎)

診断

- ▶ 以下の場合、アトピー性皮膚炎と診断する。
 - (1) 掻痒がある。
 - (2) 特徴的皮疹・分布がみられる。
 - ①特徴的皮疹：湿疹病変で急性と慢性で異なる。
 - ②分布：左右対称性で好発部位がある。
 - (3) 慢性・反復性の経過である。
 - ①乳児では2カ月以上。
 - ②その他では6カ月以上。
- ▶ 以下の疾患は除外する：接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎、単純性痒疹、疥癬、魚鱗癬、皮脂欠乏性湿疹、手湿疹、皮膚リンパ腫、乾癬、膠原病など

治療

- ▶ 患者の生活様式に合わせて、日常生活に支障がないこと、および悪化の予防を治療目標とする。
- ▶ 徹底したスキンケアと同時に、抗炎症を目的としてタクロリムス軟膏（プロトピック®）およびステロイド外用薬を症状に応じて使用する。痒みを止めるために抗ヒスタミン薬の長期投与は有効である。炎症症状が強い場合はシクロスポリン（ネオオーラル®）の全身投与や紫外線（ナローバンドUVB）療法も有用である。副作用に注意して使用する。
- ▶ アレルゲン除去などの生活環境の整備のほか、特に成人例においては、心身医学的側面からのアプローチも重要である。

処方例

軽症

- ・痒みがほとんどない鳥肌様皮膚が主体の場合
(いずれかを選択)
 - ヒルドイドソフト/ローション 1日1回 入浴直後 顔面を除く全身に塗布
 - 白色ワセリン 1日1回 入浴直後 全身塗布
- ・上記に掻痒および軽度の湿疹病変を伴う場合
(以下を併用)
 - ヒルドイドソフト 1日2回 起床後 入浴直後
 - アルメタ軟膏 1日2回 起床後 入浴直後

中等症

- ・小児例
 - クラリチンドライシロップ 3～7歳未満 5mg (ドライシロップとして0.5g)
1日1回 夕食後
 - 7歳以上 10mg (ドライシロップとして1g)
1日1回 夕食後

・成人例

●アレグラ錠 (60mg) 2錠 分2 朝 夕 食後

・スキンケアとして

(いずれかを選択)

●ヒルドイドソフト/ローション 1日1回 入浴直後 顔面を除く全身に塗布

●白色ワセリン 1日1回 入浴直後 全身塗布

・皮疹部に対して

(以下を併用)

●ロコイド軟膏 または リドメックス軟膏 1日2回 起床後 入浴後

●プロトピック軟膏 1日2回 起床後 入浴後 顔面や頸部に塗布

重症

・高度の苔癬化や掻破痕を伴う場合

(いずれかを選択)

●アレロック錠 (5mg) 2錠 分2 朝 夕 食後

●アレジオン錠 (20mg) 1錠 分1 夕食後

・特に痒みが強い最重症型

●ネオオーラル 3~5mg/kg/日 分1 朝食前 または 分2 朝 夕 食前

・スキンケアとして

(以下を適宜併用)

●ヒルドイドソフト/ローション 1日1回 入浴直後 顔面を除く全身に塗布

●白色ワセリン 1日1回 入浴直後 全身塗布

・皮疹部に対して

(以下を適宜併用)

●アンテベート軟膏 1日2回 起床後 入浴後 顔および頸部を除く皮疹部に塗布

●ドレニゾンテープ 1日1回 入浴後 貼付

●ロコイド軟膏 または プロトピック軟膏 1日2回 起床後 入浴後 顔および頸部に塗布

要約

接触皮膚炎

診断

- ▶ 接触源が明らかであって、その部分に一致した湿疹病変が出現した場合、また、機械的または人工的な形状の皮疹などをみた場合に、接触皮膚炎を疑い、原因物質をパッチテストで確認する。
- ▶ 定型的皮疹でない場合は、光接触皮膚炎の可能性を追求する。

治療

- ▶ 症状の緩和および消失とともに、原因物質の特定を行って、その除去および接触の回避によって再発を防止する。
- ▶ 軽症から中等症では、症状に応じたランクのステロイド外用薬および抗アレルギー薬の内服にて治療する。重症例ではステロイドの全身投与が必要な場合がある。
- ▶ 原因物質の特定ができない場合は、保湿剤などを用いて予防策について指導する。

処方例

軽症～中等症

(以下を適宜併用)

- ジルテック錠 (10mg) 1錠 分1 就寝前
- リンデロン-VG軟膏 1日2回 起床後 入浴後
- マイザー軟膏 1日2回 起床後 入浴後

重症または接触皮膚炎症候群・全身性接触皮膚炎

(以下を併用)

- プレドニン錠 (5mg) 4錠 分2 朝 夕 食後 数日間に限る
- デルモベート軟膏 1日2回 起床後 入浴後

! どのような場合に専門医に紹介すべきか

アトピー性皮膚炎

- ガイドラインによる標準的治療に抵抗性の場合
- 患者との信頼関係の構築が難しい場合

接触皮膚炎

- 原因物質の特定が困難な場合
- 標準的治療にて症状が緩和しない場合
- 職業性接触皮膚炎が疑われる場合

3. 貨幣状湿疹，自家感作性皮膚炎

○橋爪 秀夫

貨幣状湿疹は，四肢，特に下腿に出現する円形～類円形の多発性，左右対称性の湿疹性病変である。痒痒が強く，掻破によって滲出性変化をきたすようになると，全身に漿液性丘疹が，また手掌や足趾に汗疱状湿疹を思わせる小水疱が出現し，急速に悪化して自家感作性皮膚炎と呼ばれる。自家感作性皮膚炎を呈するようになると，物理的刺戟部位に同一病変が出現するKöbner現象がみられるようになる。本症の皮膚病変には，肥満細胞の増加や，トリプターゼ，神経ペプチドが高濃度に認められることから，これらが病因に深く関与していると考えられている。

■ 診断と検査

罹患率は2/1,000人の頻度で，男性に多くみられる。30～40歳代の中年と，60歳以上の高齢者に起こりやすく，小児にはまれである。主に下腿伸側から始まる左右対称性に多発するコイン状の湿疹性病変がみられた場合，貨幣状湿疹と診断する。下腿の浮腫や静脈瘤などの静脈還流異常がみられたり，皮膚の粗造や乾燥を伴うことが多い。掻破により湿潤した局面が生じた場合に，腹部や背部などに多発病変を生じ，臨床的には自家感作性皮膚炎へと進展したと考える。自家感作性皮膚炎そのものは，貨幣状湿疹のみならず，他の湿疹性病変の増悪に伴って全身に拡大した場合を呼ぶ。

貨幣状湿疹の原因は多岐に及ぶ。虫刺症や外用薬などによる接触皮膚炎に続発するもの，ニッケルや水銀などの金属アレルギー，歯槽や扁桃における病巣感染症が発症の契機となったもの，インターフェロンや抗TNF- α 抗体などの生物学的製剤の投与によるもの，原虫やヘリコバクターピロリ感染との関連などの報告がある。

診断は一般に特徴的な臨床像により容易であるが，白癬などの真菌症に似た臨床像を呈する場合は，KOH検査を行う。滲出液が多く，二次的に細菌感染症の合併が疑われる場合は培養検査を行う。本症の病理組織学的所見には湿疹性変化以外の特徴的な所見はないが，臨床的に菌状息肉症と鑑別が難しい場合は，皮膚生検も

必要である。原因検索として金属アレルギーのパッチテストや病巣感染の存在の精査は有効な場合がある。

■ 治療の一般方針

皮膚の乾燥を防ぐために保湿剤によるスキンケアは必須である。炎症の鎮静化のためには，副腎皮質ステロイド外用療法を用いる。夜間の掻破が高頻度に見られるため，止痒効果を期待して抗アレルギー薬や抗ヒスタミン薬を投与する。自家感作性皮膚炎を呈している場合は，ステロイド内服も考慮する。

■ 処方例

a. 外用療法

湿疹性病変以外の四肢を含め，広範囲に保湿剤を外用して，皮膚の乾燥を防ぎ，皮疹の新生を抑える(スキンケア)。貨幣状湿疹および自家感作性皮膚炎の病巣においては，炎症の程度を考慮して適正なランクの副腎皮質ステロイド外用薬を用いる。

- ①ヒルドイドソフト軟膏，1日1～2回(特に入浴後10分以内)
- ②軽い紅斑局面：ネリゾナ軟膏，1日2回
- ③湿潤した紅斑局面：アンテベート軟膏，1日2回

b. 全身療法

夜間の掻破を防ぐために，積極的に抗アレルギー薬または抗ヒスタミン薬を用いる。

- ①アレグラ(60mg)，2錠 分2，朝食後，夕食後
- ②アレロック(5mg)，2錠 分2，朝食後，就寝前

<重症例>

副腎皮質ステロイドを内服する。

- プレドニン(5mg)，3錠 分1，朝食後

■ 生活指導

入浴時のナイロンタオルの禁止，入浴剤や石けんの注意深い選択，痒みを増加させるようなアルコールや香辛料の摂取の制限など，きめ細やかな生活指導が必要である。

