

# アレルギー性鼻炎

## 1. 疾患名ならびに病態

### アレルギー性鼻炎

アレルギー性鼻炎は鼻粘膜の I 型アレルギー性疾患である。近年では好酸球や 2 型自然リンパ球などの関与も明らかになってきている。アレルギー性鼻炎は主にダニを抗原とする通年性アレルギー性鼻炎とスギやヒノキ花粉などを抗原とする季節性アレルギー性鼻炎（花粉症）に大別される。一旦発症すると冷気や煙といった非特異的な刺激によっても増悪し、症状を反復すると粘膜肥厚や過敏性の亢進をきたし、慢性化することがある。

## 2. 小児期における一般的な診療

### ◇ 主な症状

発作性・反復性のくしゃみ、水様性鼻漏、鼻閉を 3 主徴とする。小児では鼻をこすったりいじったりする仕草もよくみられる。さらに随伴症状として目のかゆみ、流涙を呈することもある。

### ◇ 診断の時期と検査法

小児のアレルギー性鼻炎は幼児期から見られ、頻度は 10 歳台でピークとなる。各種疫学調査で発症の低年齢化、有病率の増加が示されている。一方、幼児期は感染による鼻炎、副鼻腔炎の頻度も高く、アレルギー性鼻炎の診断は必ずしも容易ではない。

一般には問診、鼻腔内所見、血液・鼻汁好酸球検査、血清特異的 IgE 検査などにより、鼻症状がアレルギー性炎症によるものか否かを検討する。鼻腔所見では鼻汁の性状、鼻粘膜の色調、腫脹を観察する。下鼻甲介粘膜の腫脹と色調、水様性鼻汁の有無が重要であるが診察には習熟を要する。検査では鼻汁好酸球検査で好酸球が認められればアレルギー性鼻炎の可能性が高い。

問診により発症時期や誘因などの情報を得て、原因となる可能性のあるアレルゲンについて検索し、血清特異的 IgE 検査などにより原因アレルゲンを同定する。

耳鼻咽喉科医と小児科医が共同で作成した「小児アレルギー性鼻炎診療の手引き」によると、小児では①風邪を引いていないのに持続・反復する鼻症状がある、②鼻汁好酸球検査が陽性、③血清特異的 IgE 検査（または皮膚テスト）で症状に見合ったアレルゲンに対して陽性の全てを満たせばアレルギー性鼻炎と確定診断できる 1)。

### ◇ 経過観察のための検査法

症状はくしゃみ、鼻漏と鼻閉の強さの組み合わせにより 軽症、中等症、重症、最重症に分類される。症状をスコア化するツールとして TNSS (Total Nasal Symptom Score) や VAS (Visual analog scale) などを用いることもある。また QOL を評価する質問紙もある。なお耳鼻咽喉科では診察ごとに鼻腔内所見の評価はルーチンに行われ、必要に応じて鼻内視鏡検査や鼻腔通気度検査などの検査も検討される。

#### ◇ 治療法

アレルギー性鼻炎は慢性疾患であり、治療において患者・家族とのコミュニケーションを密にとり、パートナーシップを確立した上で治療方法や治療目標を共有することが肝要である。

治療の目標は①症状はない、あるいはあっても軽度で、日常生活に支障のない、薬もあまり必要ではない状態。②症状は持続的に安定していて、急性増悪があっても頻度は低く、遷延しない状態。③抗原誘発反応がないか、または軽度の状態である(1,2)。治療法は環境整備(抗原回避)、薬物療法、アレルギー免疫療法、手術療法に分けられる。

環境整備は原因となるアレルゲンの除去となる。ダニ除去は室内の掃除、寝具の手入れ、湿度管理が室内塵ダニの減少に有効である。スギ花粉を始めとする各種花粉対策として、不要な外出を控えること、マスク、メガネの使用、飛散期の室内への侵入を防ぐ工夫、掃除などがあげられる。

主な薬物療法は第2世代抗ヒスタミン薬、ケミカルメディエーター遊離抑制薬、抗イコトリエン薬、鼻噴霧用ステロイドがあり、症状に合わせて選択、あるいは併用される。一般に軽症では第2世代抗ヒスタミン薬が単剤で用いられることが多いが、中等症、重症となるにつれ鼻噴霧用ステロイド薬を軸とした薬物選択となる。鼻閉が強い場合には第2世代抗ヒスタミン薬・血管収縮薬配合剤(12歳以上が適応)の短期使用も考慮される。また12歳以上の重症の季節性アレルギー性鼻炎(花粉症)には生物学的製剤(オマリズマブ)も選択肢となる。予防的に花粉症に対して当該花粉飛散前からの抗ヒスタミン薬などの投与を行う初期療法の有効性が示されている。なお全身ステロイド薬は鼻噴霧用ステロイド薬では制御できない重症、最重症、難治症例に限って短期間(1週間以内)の使用が考慮される。しかし副作用の観点から、特に小児においては安易に漫然と投与することは避けなければならない。

アレルギー免疫療法はアレルギー性鼻炎を寛解・治癒に向ける唯一の治療法であり、重症度に関わらず実施可能である。本邦ではダニおよびスギ花粉抗原が標準化されており、ダニによる通年性アレルギー性鼻炎とスギ花粉症に対して舌下免疫療法および皮下免疫療法が可能である。

手術療法は薬物治療で十分に改善しない重症難治例で検討される。一般に鼻腔や顔面の骨格が成長した高校生以上が適応と考えられ、小児で実施されることは稀である。

#### ◇ 合併症および障がいとその対応

合併症として気管支喘息、副鼻腔炎、睡眠時無呼吸症候群、花粉-食物アレルギー症候群(pollen-food allergy syndrome: PFAS)などがあげられる。またアレルギー性鼻炎によって頭痛、頭重感などを生じることや、集中力が低下することから注意欠如・多動症様の症状を呈することがある。。それぞれに対しての治療が必要となるが、同時にアレルギー性鼻炎を治療することで合併症の程度が軽減されることも期待される。鼻疾患以外で上記に示した疾患ではアレルギー性鼻炎など鼻疾患も評価することが重要である。

### 3. 成人期以降も継続すべき診療

#### ◇ 移行・転科の時期のポイント

アレルギー性鼻炎の自然寛解率は20%を下回り、小児期発症の多くが成人期に持ち越す。移行期医療は一般に11～12歳ごろから始めるとされるが、転科先の耳鼻咽喉科は小児期から診療を行っており、より早期からの転科も可能である。移行にあたっては患者自身がアレルギー性鼻炎による症状を自覚し、それが治療によって軽減することを理解し、能動的に治療する姿勢を持てるように支援する。また不十分な治療によって生じる疾病負荷について理解することが望ましい。患者には一人で受診することから、診察結果や治療方法の理解に努めることを促す必要がある。なおアレルギー性鼻炎を小児科で診察している場合は他のアレルギー疾患の合併があることが多いと思われるが、アレルギー性鼻炎以外のアレルギー疾患については他の診療科での診察となることを理解できるよう支援することが望まれる。

#### ◇ 成人期の診療の概要

12歳以上で成人とほぼ同様の治療薬が使用できるようになるため成人期の診療と移行医療の期間の治療方針はほぼ同様である。患者本人が自己決定できるように支援する必要がある。

### 4. 成人期の課題

#### ◇ 医学的問題

医療機関受診の時間がなく受診間隔が伸びる、受診遅延、自己判断で市販薬だけに依存する傾向が出現する。また保護者の管理がなくなるため、薬剤の継続率、受診率は低下する。また好酸球性副鼻腔炎、鼻茸の併発が生じるようになる。

#### ◇ 生殖の問題

妊娠を希望する女性では薬剤選択が制限される。

#### ◇ 社会的問題

小児期は子ども医療費助成制度により医療機関受診時の費用および薬局での薬剤費が軽減されていることが多いが、制度の年齢を超えると負担が大きくなる。

### 5. 社会支援

#### ◇ 医療費助成

オマリズマブの使用や手術療法を実施する際は高額療養費制度が適用される可能性がある。

#### ◇ 生活支援

該当なし

#### ◇ 社会支援

該当なし

#### 【参考文献】

- 1) 小児アレルギー性鼻炎診療の手引き 小児アレルギー性鼻炎診療の手引き委員会

2) 日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会 鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会：鼻アレルギー診療ガイドライン—通年性鼻炎と花粉症—2024年版（改訂第10版）. 金原出版；2024：2-4.

【文責】

日本小児アレルギー学会 移行期ワーキンググループ