

# アトピー性皮膚炎

## 1. 疾患名ならびに病態

### アトピー性皮膚炎

アトピー性皮膚炎は多病因性の疾患である。アトピー素因とバリア機能の脆弱性などに起因する皮膚を含む臓器の過敏を背景に、タイプ 2 炎症を主とする慢性炎症や痒み過敏などが関与する。

## 2. 小児期における一般的な診療

### ◇ 主な症状

アトピー性皮膚炎は、増悪と軽快を繰り返す痒みのある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くは「アトピー素因」を持つ。特徴的な左右対称性の分布を示す湿疹性の疾患で、年齢により好発部位が異なる。乳児期あるいは幼児期に発症し小児期に寛解するか、あるいは寛解せずに再発を繰り返し、特徴的な湿疹病変が慢性的に成人期まで持続する。

### ◇ 診断の時期と検査法

アトピー性皮膚炎は一般に乳幼児・小児期に発症し、加齢とともにその患者数は減少し、一部の患者が成人型アトピー性皮膚炎に移行する。ダニ、ハウスダスト、花粉、真菌、食物など複数のアレルゲン特異 IgE 抗体が陽性になることが多い。また他のアレルギー疾患よりも血清総 IgE 値や末梢血好酸球数も高値となることが多い。

### ◇ 経過観察のための検査法

血清総 IgE 値は短期的な病勢の変化を反映しないが、重症であった例が数ヶ月以上コントロールされた場合には低下することが多いので、長期的なコントロールの指標にはなりえない。また、血清 TARC 値は病勢をより鋭敏に反映する検査である。血清 TARC 値は低年齢で高値となるが、その値を指標として患者教育、治療方法の見直しを行うことも可能である。血清 SCCA2 値も同様に有用である。血清中 TARC 値とは異なり年齢に関わらず同一の基準値で判定できる。末梢血好酸球増多は重症度に相関し、重症例では血清 LDH 値も上昇し、病勢のマーカーのひとつとされる。

### ◇ 治療法

治療の最終目標は、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、それを維持することである。また、このレベルに到達しない場合でも、症状が軽微ないし軽度で、日常生活に支障をきたすような急な悪化がおこらない状態を維持することを目標とする。薬物療法、スキンケア、悪化因子の検索と対策が治療の中心となる。

【薬物療法】重症度に適したステロイド外用薬あるいはタクロリムス軟膏、デルゴシチニブ軟膏、ジファミラスト軟膏を使用し、炎症や痒みを速やかに軽減する寛解導入療法を行い、さらに保湿剤なども併用し、その寛解状態を維持していく。寛解状態を維持するために間欠的に週 1~2 回程度で抗炎症外用薬を継続して使用する治療をプロアクティブ療法と呼ぶ。近年では重症例に対して生物学的製剤やバリシチニブ、ウパタシチニブといった内服 JAK 阻害薬が使用可能となった。痒みのコントロールは治療管理上重要であり、抗ヒスタミン薬

を適宜併用する。また癢痒に対して有効な生物学的製剤もある。

【スキンケア】アトピー性皮膚炎で低下している角質層の水分含有量を保湿外用薬（保湿剤・保護剤）で改善させ、皮膚バリア機能を回復・維持することが、アレルゲンの侵入予防と皮膚炎の再燃予防、痒みの抑制につながる。アトピー性皮膚炎では皮脂の汚れに加え、外用薬や汗などの体液の付着、黄色ブドウ球菌などの感染性病原体の定着がみられ、皮膚症状の悪化要因となる。入浴・シャワー浴により皮膚を清潔に保つことは、皮膚の生理的機能を維持するために重要である。

#### ◇ 合併症および障がいとその対応

アトピー性皮膚炎患者は他のアレルギー疾患を併発していることが多く、それぞれの症状に対して適切な対応を講じ、アレルギー疾患として包括的に対応することが必要である。乳児の重症例では低ナトリウム血症、低タンパク血症を起こすこともある。細菌感染症の合併としては、伝染性膿痂疹、丹毒、蜂窩織炎があり、ウイルス感染症では、カポジ水痘様発疹症、伝染性軟属腫が挙げられる。その対応として、適切な診断のもと抗菌薬や抗ウイルス薬などによる治療が必要である。顔面の皮膚症状が重症の場合、眼瞼皮膚炎、角結膜炎、円錐角膜、白内障、網膜剥離などの眼疾患を合併しやすい。定期的な眼科受診を促すとともに、こすったり叩いたりしないように指導すること、皮疹をコントロール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

対応する成人診療科：皮膚科、総合アレルギー科

アトピー性皮膚炎は、乳幼児期に発症するため、小児科で診療していることも多い。その中で、思春期になっても寛解しない患者は、成人診療科（皮膚科）への移行が必要となる。一方、小児科での診療が中断・終了後、思春期・青年期に皮膚科を初診する場合や、他のアレルギー疾患は小児科で診療し、アトピー性皮膚炎は小児期より皮膚科が主に診療している場合もある。そのような場合であっても当該患者には移行期が来るため、移行支援の考え方は必要である。

#### ◇ 成人期の診療の概要

基本的な治療方針は小児と変わらないが、成人では寛解状態に導くためにより長い期間を要することが多い。思春期以降は顔面、頸部、胸部、背部など上半身に皮疹が強い傾向になる。また、皮疹が顔面から頸部に顕著である顔面型や、癢痒の強い丘疹が体幹、四肢に多発する痒疹型の皮疹を呈する場合もある。さらに、全身に拡大して紅皮症に至る重症例もある。これら症例に対してはより積極的に生物学的製剤や内服 JAK 阻害薬の使用を考慮することになる。注意すべき点として生物学的製剤の中でデュピルマブは喘息を合併する場合に喘息症状も改善するため、自己判断で抗喘息薬を休薬することにより喘息の増悪を来すことがないよう、呼吸器内科との併診も必要となる。

### 4. 成人期の課題

#### ◇ 医学的問題

アトピー性皮膚炎の診療では、慢性疾患であるためアドヒアランスを高めることが大切である。治療に関係する因子としては、一般に煩雑な治療法、副作用の多い治療法、高価な治療法などがアドヒアランスの低下に関係する。医療者と患者間の信頼関係、疾患や治療法に関する分かりやすい説明、継続的な情報提供や支援などがアドヒアランスの向上につながる。

外用療法は、中学生以上になってくると、保護者から患者本人が実施することが増え、特に、保護者から離れて生活する場合は、本人のみとなる。そのため、アドヒアランスが低下し、十分な外用がなされずに症状が悪化することもあり、外用施術者の移行を確認することは必須である。

長期に亘るステロイド外用薬からの急な離脱は激しい症状の再燃を生じる可能性がある。

#### ◇ 生殖の問題

妊娠中のアトピー性皮膚炎は増悪することが多いとされる。妊婦への配慮としては、胎児のアトピー性皮膚炎の発症予防を目的とした食事制限は推奨されない。また、妊娠中の抗ヒスタミン薬投与は、治療上の有効性が大きい場合には安全とされている薬剤の投与ができる。外用薬に関しては、強いランクのステロイド外用薬の使用量と胎児発育に注意する。

#### ◇ 社会的問題

実質的な単身所帯化で、社会・経済的にも不安定であり、学業・仕事の質の変化や量の増加など社会的な事情から、平日や日中の受診ができにくくなる。また、受験・就職・子育てなどのライフイベントで症状が悪化する場合もある。皮膚が汚い自分に自信をなくしたり、引きこもり、不登校、就労困難、うつ状態になり社会生活が成り立たなくなることもある。

## 5. 社会支援

#### ◇ 医療費助成

小児慢性特定疾病医療費助成および指定難病には認定されていない。

#### 【参考文献】

アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2021

#### 【文責】

日本小児アレルギー学会