

学童・成人アトピー性皮膚炎の 臨床像・病態・経過

【初めに】

近年、アトピー性皮膚炎が増加している。患者数もさることながら、顔面に皮疹を伴う難治例が増加していることは、アレルギー性疾患にかかわる多く皮膚科医や内科医が認めるところである。難治であるためか、従来は医療現場のみに限られていたアトピー性皮膚炎の診療に関わる情報が、マスコミなどを通して一般に広まってきている。これ自体は、情報の開示であり、好ましいことかもしれない。しかし、問題は流布されている情報の科学性や信憑性である。時に、金儲けのみを目的としていわゆるアトピービジネスに関連した全くのでたらめが横行していることも、否定できない事実である^(*)。ひるがえって、実地医療現場では、患者と医師の間ではステロイド恐怖症に代表される相互信頼関係の喪失があり、医師の間では皮膚科と小児科の食物の考え方に代表されるようにおのおの視座に執着するあまり不毛な論争があった。

このような混乱を収束させることを一つの目的として診断基準が作成され、1999年には広島大学皮膚科山本昇壯教授（現名誉教授）を班長とした厚生科学研究によるアトピー性皮膚炎治療ガイドライン1999（以下ガイドライン）が発表され、2001年、2002年には改訂版が出された。

本講習会では、診断基準やガイドラインにそって、概念・疫学・臨床像・病態・悪化因子と生活指導の概要を述べる（文献※2参照）。

【アトピー性皮膚炎とはー概念】

アトピー性皮膚炎は、増悪・寛解を繰り返す、癢痒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（日本皮膚科学会が定めた概念）、との一文に集約できる（表1）。厚生省心身障害研究班も同様な定義を発表しているが（表2）、日本皮膚科学会が定めた概念と矛盾するものではない。

発症の機序は、現在のところ、遺伝素因を背景にスキンバリア異常とアレルギー炎症によって発症していると考えられる。

POINT

増悪・寛解を繰り返す、癢痒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。

表1 日本皮膚科学会「アトピー性皮膚炎の定義・診断基準」

アトピー性皮膚炎の定義（概念）

「アトピー性皮膚炎は、増悪・寛解を繰り返す、癢痒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。」

アトピー素因：（1）家族歴・既往歴（気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎のうちいずれか、あるいは複数の疾患）、または（2）IgE抗体を産生し易い素因。

アトピー性皮膚炎の診断基準

1. 癢痒
2. 特徴的皮疹と分布
 - (1) 皮疹は湿疹病変
 - 急性病変：紅斑、湿潤性紅斑、丘疹、漿液性丘疹、鱗屑、痂皮
 - 慢性病変：湿潤性紅斑・苔癬化病変、痒疹、鱗屑、痂皮

(2) 分布

- 左右対側性 好発部位：前額、眼囲、口囲、口唇、耳介周囲、頸部、四肢関節部、体幹
- 参考となる年齢による特徴
 - 乳児期：頭、顔にはじまりしばしば体幹、四肢に下降。
 - 幼小児期：頸部、四肢屈曲部の病変
 - 思春期・成人期：上半身(顔、頸、胸、背)に皮疹が強い傾向。

3. 慢性・反復性経過(しばしば新旧の皮疹が混在する)：乳児では2か月以上、その他では6か月以上を慢性とする。
- 上記1、2及び3の項目を満たすものを、症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断する。そのほか急性あるいは慢性の湿疹として、経過を参考にして診断する。

除外すべき診断

- 接触皮膚炎
- 脂漏性皮膚炎
- 単純性痒疹
- 疥癬
- 汗疹
- 魚鱗癬
- 皮脂欠乏性湿疹
- 手湿疹
(アトピー性皮膚炎以外の手湿疹を除外するため)

診断の参考項目

- 家族歴(気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎)
- 毛孔一致性丘疹による鳥肌様皮膚
- 血清IgE値の上昇
- 合併症(気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎)

臨床型(幼小児期以降)

- 四肢屈側型
- 四肢伸側型
- 小児乾燥型
- 頭・頭・上胸・背型
- 痒疹型
- 全身型
- これらが混在する症例も多い

重要な合併症

- 眼症状(白内障、網膜剥離など)：
とくに顔面の重症例
- カポジー水痘様発疹症
- 伝染性軟属腫
- 伝染性膿痂疹

表2 アトピー性皮膚炎の診断の手引(厚生省心身障害研究)

(I) アトピー性皮膚炎とは

アトピー性皮膚炎とは、主としてアトピー素因のあるものに生じる、慢性に経過する皮膚の湿疹病変である。このため、本症の診断に当たっては、いまだ慢性経過の完成をみていない乳児の場合を考慮し、年齢に対する配慮が必要である。

注)アトピー素因とは気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎の病歴または家族歴を持つものをいう。

(II) アトピー性皮膚炎の主要病変

- 1) 乳児について
 - a) 顔面皮膚または頭部皮膚を中心とした紅斑または丘疹がある。
耳切れが見られることが多い。
 - b) 患部皮膚に掻破痕がある。

注) 紅斑：赤い発疹、丘疹：盛り上がった発疹、掻破痕：掻き傷の痕

2) 幼児・学童について

- a) 頸部皮膚または腋窩、肘窩もしくは膝窩の皮膚を中心とした紅斑、丘疹または苔癬化病変がある。耳切れが見られることが多い。
- b) 乾燥性皮膚や秕糠様落屑を伴う毛孔一致性角化性丘疹がある。
- c) 患部皮膚に掻破痕がある。

注) 苔癬化: つまむと硬い、きめの粗い皮膚、秕糠様落屑; 米ぬか様の皮膚断片

(Ⅲ) アトピー性皮膚炎の診断基準

1) 乳児について

上記(Ⅱ)-1) に示す病変のうち a)、b) の双方を満たし、(別表) に示す皮膚疾患を単独に罹患した場合を除外したものをアトピー性皮膚炎とする。

2) 幼児・学童について

上記(Ⅱ)-2) に示す病変のうち a) あるいは b)、及び c) の双方、並びに下記の イ)、ロ) の条件を満たし、(別表) に示す皮膚疾患を単独に罹患した場合を除外したものをアトピー性皮膚炎とする。

- イ) 皮膚に痒みがある。
- ロ) 慢性(発病後6か月以上)の経過をとっている。

(別表) 以下に示す皮膚疾患を単独に罹患した場合はアトピー性皮膚炎から除外する。

- 1) おむつかぶれ 2) あせも 3) 伝染性膿痂疹(とびひ) 4) 接触皮膚炎(かぶれ)
- 5) 皮膚カンジダ症 6) 乳児脂漏性皮膚炎 7) 尋常性魚鱗癬(さめはだ) 8) 疥癬
- 9) 虫刺され 10) 毛孔性苔癬

【疫 学】

社会全体における頻度についての報告は多くあるが、定点で長期に行われた研究は少ない。以下に、愛知県で行われた上田による調査^(※3)を紹介し、さらに京都府における上原と加賀美の統計^(※4)を紹介する。尚、現在厚生労働省で広島大学 山本名誉教授らによる全国的な調査が行われている。

1) 愛知県の調査

場 所: 名古屋市、小牧市、南設楽郡鳳来町

対 象: 各地区の保育園・小学校・中学校の1校ずつ児童、学童、生徒。2,000~5,000人/年

時 期: 1980~1997年、例年4~6月

結 果: a) 1981年の3~15歳の点有病立 2.8%

92年には6.6%、その後は漸減、97年は再び6.6%

b) 20年前は、都市部でおおいが、最近では山間部も上昇し都市部と差がない。

2) 京都府の調査

対象等: 1972年、京都市の乳児、3~4歳児、学童(小学校高学年)、大学生。

1986年、宮津市の小学低学年。

結 果: 京都市の乳児(29%)、3~4歳児(15%)、学童(小学校高学年)(8%)、大学生(2%)。

宮津市の小学低学年(6%)。

皮膚科外来における頻度(%)は、

滋賀医科大学 10 (1978年)、14 (1986年)

浜松医科大学 7 (1980年)、15 (1995年)

和歌山県立医大 5 (1984~1999年)、11 (2000年)

成人型アトピー性皮膚炎は近年増加傾向にある。特に顔面の難治性紅斑は、藤田保健衛生大学の統計^(*)では、1989年16.4%(アトピー性皮膚炎新患数に対する割合)から1994年29.4%(同)に増加している。

その理由は様々であるが、人口密度、住宅環境の変化にあるとする見解が多い。しかし、軽症の患者の受診が増えたためとする意見もある。



**現在の3～15歳児の有病率は6%強である。
その数は近年増加傾向にあり、最近では安定傾向にある。**

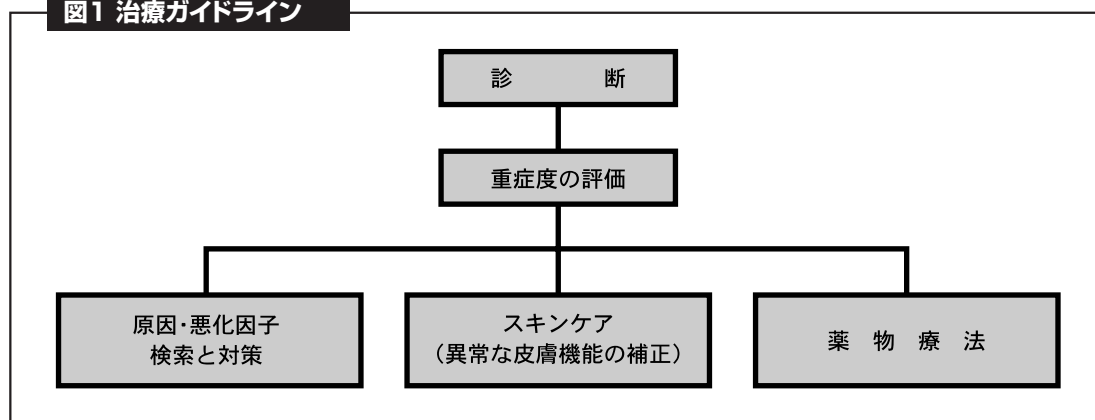
【臨床像】

1) 診療プロセス

いうまでもなく、正しい診断、皮膚症状(重症度)の評価、コンセンサスに基づいた治療(原因・悪化因子の対策、スキンケア、薬物療法この3者は同等の重きを有する)が基本である(図1)。診断には、日本皮膚科学会と厚生省心身障害研究班の二つの基準がある(表1、2参照)。両者は矛盾するものではない。即ち、前者は全年齢を対象とし、後者は小児を対象としている。日常診療においてはいずれかの基準に基づいて診断する。

基本は、皮膚の症状を診て診断することである。

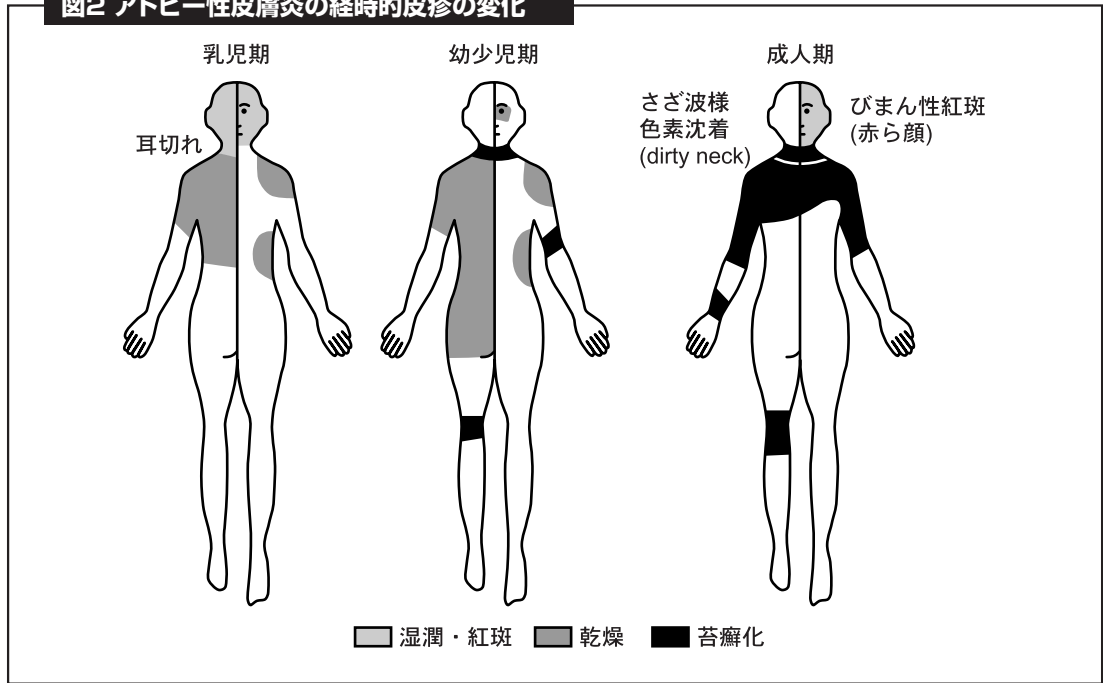
図1 治療ガイドライン



2) 皮膚症状

個々の皮疹の正確な評価については熟練を要し、年齢による皮疹の分布の違いもきわめて重要で(図2)で、基本的には、皮膚科専門医あるいは同等の能力を有する小児科医あるいは内科医によってなされるべきである。しかし、一定の傾向も存在し、保健医療従事者にとっても基礎的な事項として諒解しておくべきことと考える。

図2 アトピー性皮膚炎の経時的皮疹の変化



a) 乳児期の臨床症状

両頬や下顎部に痒みのある乾燥と紅斑あるいは紅斑性丘疹がみられる。生後2～3ヵ月後に生じることが多い。少し遅れて被髪部や耳介周囲や後部(耳切れ)に、さらにその後躯幹、四肢にも症状が出現する。浮腫性で滲出性病変と表現される。患者は痒みを言葉で訴えることができない。乳幼児は独特の行動で痒みを訴える。

b) 幼少児期の臨床症状

乳児期の皮疹が治癒せずに移行するものと、幼児期に乾燥性病変して初発するものに区分される。移行する例では、1) 病変が浮腫性紅斑で拡大 2) 掻破による単調なびらんと痂皮が主体 3) 手の届きにくい部位には皮疹が生じにくい、などが特徴である。幼児期に初発する例では、1) 乾燥肌 2) 頸部、肘窩、膝窩、手首、足首に好発 3) 細菌やウイルスの二次的な変化を生じやすい、などが特徴である。

c) 成人期の臨床症状

丘疹、苔癬化、乾燥症状が顕著で、痒疹結節が目立つようになり、顔面の紅斑・潮紅を伴う。一般に難治であり、このような患者では、頸部にさざ波様の色素沈着、まゆ毛の外側の脱毛化、下眼瞼内側の雑贅を認めることが多い。

3) 眼症状

合併症として、眼瞼炎、角結膜炎、円錐角膜、虹彩炎、白内障、網膜剥離などがある。特に、眼を叩くことによって、網膜剥離などの重篤な眼症状に影響を与える可能性がある。

POINT

年齢による皮疹の分布の違いはきわめて重要で、独特の性状・分布を示す。

【重症度】

治療法を選択するに当たり、重症度を客観的に評価する必要がある。ガイドラインは軽度の皮疹と強い炎症を伴う皮疹の分布を基にしたグローバルな評価法によっている(表3)。重症度の判定方法は、欧州ではSCORAD法が提唱されているが、実用的ではない。最近、日本皮膚科学会でも判定方法の基準が作成された。

表3 重症度のめやす

軽 症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。
中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。
重 症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。
最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。

軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変
強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変

POINT

重症度の評価は、治療法を決定するうえで大事。

【検査からみた病態】

遺伝的背景の存在については、家族内発症頻度や一卵性双生児での発症頻度が高いことから関連が予想されていた。近年の遺伝子工学的な解析結果を含めた成績を総合するとpolygene性の疾患で、20近い候補遺伝子がある^(※5)。なかでも、アトピー性素因との関係でIgEに関連した取り組みが進んでいる。

表4 アトピー性皮膚炎の検査

一次検査

1. 軽症

- a. 患者が検査を希望するときは、下記のbに準ずる。

2. 中等症以上

- a. 一般状態のチェック
末梢血の赤血球、白血球、血液像、血小板、ヘモグロビン、総蛋白量、GOT、GPT、BUN、クレアチニンなど
- b. 病勢の把握
末梢血の好酸球数、LDH、IgE RIST
- c. 増悪因子の把握
IgE RAST

3. 感染症の合併がある場合

- 細菌検査、ウイルス検査、真菌検査、血沈、CRP、ASO、ASK

二次検査

増悪因子の把握

- プリックテスト、貼付テスト、スクラッチパッチテスト、IgE RASTの追加、光照射テスト

三次検査

増悪因子の把握

食物除去および負荷試験、ダニなどの住宅環境調査、心理検査 (STAIなど)、皮膚生理機能試験 (経表皮水分喪失量、水分保持機能)

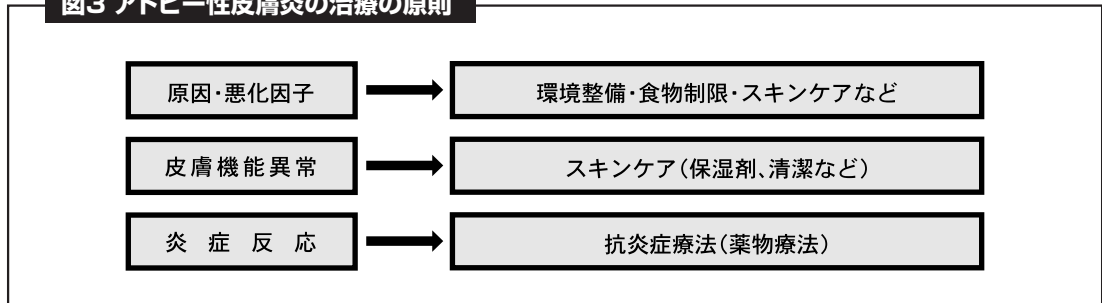
本症の検査は、様々なものがあるが、診断基準に見るように、診断に必要な不可欠なものはない。しかし、重症度や悪化因子を類推する上で有用な検査も多くある。表4にその例を示した。実地診療上は、末梢血好酸球数、LDH、IgERISTが重症度の判定に役立つことが多い^(※6)。しかし、血液検査とりわけIgEや抗原特異的IgE (RAST)を過大に評価しないことが大事で、IgEが低いアトピー性皮膚炎も存在し、RAST陰性でも原因抗原の一つとなっていることがある。

POINT

検査は、大事であるが、過大な評価をしない。

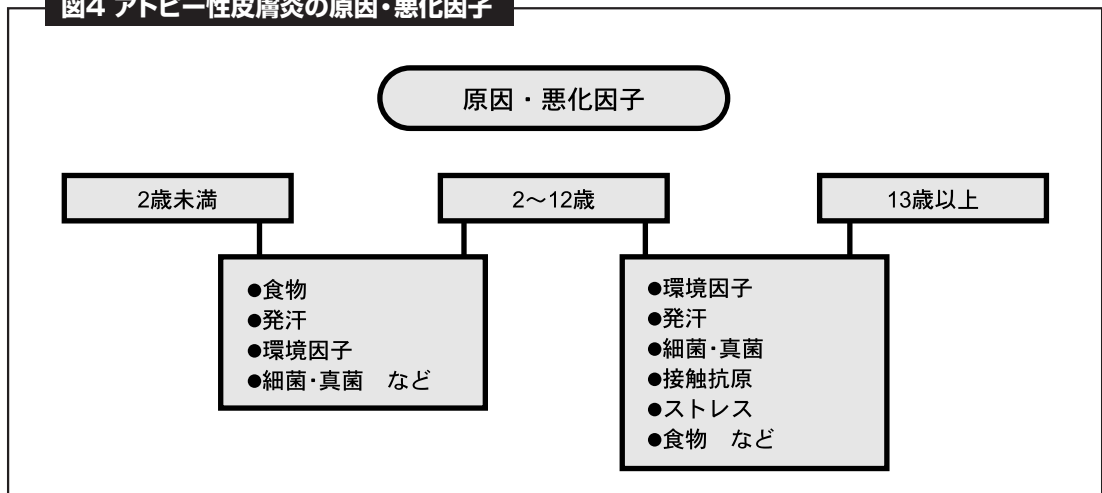
【原因・悪化因子・生活指導】

図3 アトピー性皮膚炎の治療の原則



アトピー性皮膚炎の発症にかかわる重要な3つの因子は原因・悪化因子、皮膚の(バリアー)機能異常、異常な炎症反応である。治療はこれら3つを適切に組み合わせて行う必要がある。原因・悪化因子に対してはダニ・ホコリ対策などの環境整備、食物制限などがあり、皮膚機能異常に対してはスキンケア、炎症反応に対しては抗炎症療法(薬物療法)が主体となる。

図4 アトピー性皮膚炎の原因・悪化因子



注) 患者によって原因・悪化因子は異なるので、個々の患者において、それらを十分確認してから除去対策を行う。
(アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2001から、同2002も同様)

ほとんどの外的悪化因子は除去したり避けたりするのがその対策の原則である。環境抗原や食物抗原のかかわりはよく知られている。それ以外のもので重要と考えられるものとしては細菌、カビなどの微生物、温度変化、ストレス、発汗などがある。食物アレルギーにおいては除去食を行うには除去・負荷試験で皮膚炎の悪化が明らかなものに限るべきである。もっとも直接的な外的悪化因子はひっかくことである。

表5 原因・悪化因子

アレルギー性の悪化因子(アレルゲン)	非アレルギー性の悪化因子
食物	ストレス
ダニ(ほこり)	衣類のチクチク
細菌・真菌(カビ)	汗・汚れ
ペット	日光(ほてること)
かぶれ(化粧品、外用薬)	乾燥
	カゼ(感冒)
	夜ふかし
<u>掻破(ひっかくこと)</u>	

POINT

アトピー性皮膚炎の悪化因子は一つではなく、多岐にわたる。

1) 一般的対象

a) ダニ・ホコリに対する対策

(アレルギーの原因となるダニは刺すのではなく、その死骸や糞がアレルゲンとなってアレルギー反応をひきおこす。)

1) 清掃。布団など寝具の手入れ。

はたく、掃除機をかける、干す、布団乾燥機、ダニアレルギー用シーツ

2) 部屋の掃除(床以外にカーペット、ソファ、カーテンなど)

b) 食物アレルギーに対する対策

原則として(除去)負荷試験で陽性の食物を制限する。

抗原特異的IgE抗体の検査(CAP-RAST、MASTなど)は原因食物推定の参考になる。

完全除去か部分除去かは主治医と相談の上決める。

複数の食物を制限する場合、代替食物による栄養の補充も考える。

通常、5~7歳で食物制限は不要となることを患者(および両親)に伝える。

c) 細菌・真菌(カビ)に対する対策

入浴は治療の重要な手段である。汗対策もこれに含まれる。

d) 運動に対する注意

ひどい炎症がない限り、運動の制限はしない。

ほてり、日焼け、プールの水の刺激、汗などは運動による悪化因子となりうる。

運動のあとの入浴・シャワー、冷却、保湿剤の外用などが対策となる。

e) 汗に対する対策

汗をかくこと自体は悪いことではない。

汗は長時間放置すると痒みを生ずる。

対策としてはなるべく早く入浴・シャワーをする。困難なら濡れたタオルで拭う。

f) ペット対策

ペット(主に上皮)に対するアレルギーのある患者はしばしば重症化する。通常の掃除では対策が十分でないことが多い。

g) 服装に対する注意

- (1) 洗しやすいもの、(2) かぶれにくいもの、(3) 吸湿性や通気性のよいもの(特に体育着)
- (4) 特に下着に注意する。新しい下着は一度洗って使う。

2) 痒みと皮疹の悪化の悪循環

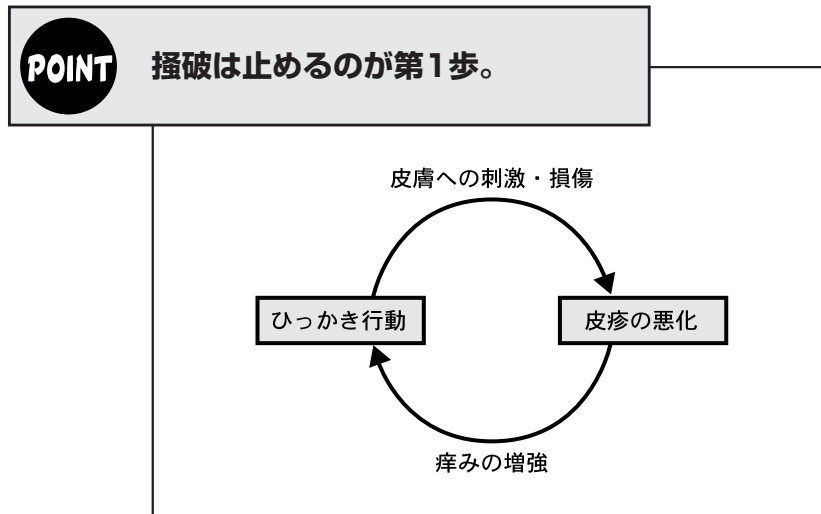
a) 特異的悪化因子に対する対策

b) 非特異的痒み刺激の軽減

- 温度、湿度調節
- 衣類の選択
- 髪型

c) 掻破による刺激の軽減

- 爪の手入れ
- 時には長袖の衣類、包帯も有用



3) スキンケアの基本

POINT

1. 皮膚の清潔
2. 保湿
3. 刺激をしない工夫(爪切り、髪型・衣類の注意)

皮膚機能の異常に対する対策は「スキンケア」である。スキンケアには皮膚の清潔、皮膚の保湿、皮膚への刺激を避けることなどが含まれる。保湿には通常、保湿剤の外用、入浴剤などが用いられ、皮膚の清潔は皮膚への刺激となるものをいろいろと含む汚れを除くと同時に、皮膚の表面に存在して皮膚炎を悪化させるといわれている微生物への対策にもなる。通常は脱脂力の少ない石鹸を使った入浴、シャワーが主体となる。

1. 皮膚の清潔

毎日の入浴、シャワー

- 汗や汚れは速やかにおとす、しかし、強くこすらない
- 石鹸・シャンプーを使用するときは洗浄力の強いものは避ける
- 石鹸・シャンプーは残らないように十分にすすぐ
- 痒みを生じるほどの高い温度の湯は避ける
- 入浴後にほてりを感じさせる沐浴剤・入浴剤は避ける
- 患者あるいは保護者には皮膚の状態に応じた洗い方を指導する
- 入浴後には、必要に応じて適切な外用剤を塗布する
など

2. 皮膚の保湿

保湿剤

- 保湿剤は皮膚の乾燥防止に有用である
- 入浴・シャワー後は必要に応じて保湿剤を塗布する
- 患者ごとに使用感のよい保湿剤を選択する
- 軽微な皮膚炎は保湿剤のみで改善することがある
など

3. その他

- 室内を清潔にし、適温・適湿を保つ
- 新しい肌着は使用前に水洗いする
- 洗剤はできれば界面活性剤の含有量の少ないものを使用する
- 爪を短く切り、なるべく搔かないようにする
など

(アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2001から、2002も同様)

【精神面からみた病態・問題点】

難治であるため、経過中に様々な精神的訴えが生じる。また、ストレスが重要な悪化因子となっていることもある。さらには、家族を巻き込んだ問題も生じる。社会的にも回りの無理解による登校拒否や自宅に引きこもってしまうなどの事象が増加しているようである。患者、家族、医師そして保健医療従事者の、十分な理解とアプローチが求められている。



様々な問題が派生しており、患者、家族、医師そして保健医療従事者の、十分な理解とアプローチが求められている。

【文 献】

- ※1. 竹原和彦：アトピービジネス私論—皮膚科医による検証—、先端医学社、東京、1998
- ※2. 古川福美、大島昭博、津島友央、松下佳代：アトピー性皮膚炎の診療、アレルギー科 9 [Suppl.1]:475-486、2000
- ※3. 上田宏：アトピー性皮膚炎は増えているか、皮膚科診療プラクティス、6。アトピー性皮膚炎 古江増隆編、文光堂 p10-16、2000
- ※4. 上原正巳：アトピー性皮膚炎に関連して、アレルギー性疾患は増えているか—調査結果と原因、宮本昭正編、国際医学出版、p34-36、1987
- ※5. 白川太郎、毛暁全、森本兼義：アトピー素因を決定する遺伝子、実験医学13:1148-1154、1995
- ※6. 松永佳世子：検査法—何の検査が必要か、検査のすすめかた、皮膚科診療プラクティス、6。アトピー性皮膚炎 古江増隆編、文光堂 p30-35、1999