

ラジオNIKKEI ■放送 毎週木曜日 21:00~21:15

# マルホ皮膚科セミナー

2014年9月4日放送

「第43回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会③ シンポジウム3

アトピー性皮膚炎は適切に治療されているのか？」

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター 皮膚科  
主任部長 片岡 葉子

## はじめに

私の勤務している病院は全国でも有数の、重症アトピー性皮膚炎患者さんが多数来院される施設です。皮膚科専門医で治療を受けていたにもかかわらず、重症化し、社会生活を損なった方にも数多くお会いします。また2012年のアレルギー学会市民公開講座で私は皮膚科領域の担当でしたが、そこで、最も多く寄せられていたのはアトピー性皮膚炎の治療がうまくいかずにQOLを損なっている患者さんからの質問でした。

一方、2007年大阪府医師会の学校養護教諭を対象としたアレルギー疾患についての質問紙調査では、3/4の教諭がアトピー性皮膚炎の児童生徒について困った経験があると回答しています。その主な内容は、かゆみで授業に集中できない生徒がいる、通院しているのに症状が強い生徒がいる、症状が強いのに医療機関に行かない生徒がいるといった内容でした。

なぜこのような現状が続いているのでしょうか？

アトピー性皮膚炎は慢性疾患ですので、初診からゴールへと順に患者を導く計画的な診療が必要とされます。しかし、その各プロセスにおいて複数のpitfallがあるためではないかと私は考えています。本日は私の考える6つのpitfallについて順にお話しします。

## 1. 治療ゴールを見失った治療

第1は治療のゴールです。日本皮膚科学会診療ガイドラインには“症状はない、あるいはあっても軽微であり、日常生活に支障がなく、薬物療法もあまり必要としない”状態に患者を到達させることにある。それは、慢性に経過するも適切な治療により症状がコントロールされた状態に維持されると自然寛解も期待される疾患であるからと記されています。しかし、実際には、このゴールを意識しない場当たりの治療が往々にしてなされているような

気がします。

## 2. 治療前のアセスメント

第2は治療開始前のアセスメントの不足です。初診時には皮膚症状、全身の身体状態、心理社会的背景を的確に把握する必要があります。中でも皮疹の評価は皮膚科専門医なら当然適切であるべきですが、ドライスキンと炎症による鱗屑が混同されている例が多いのではないかと危惧しています。図1は全身の乾燥が強いと保湿剤のみで加療されていた成人ですが、全身の掻痒をともない皮膚は淡いながら潮紅をともない、血清TARCも異常高値を示しています。また図2も夜間の不眠を伴うほどの掻痒を訴える4歳男児ですが、これもドライスキンとして保湿剤のみの投与をうけ、次第に病変部の範囲が拡大してきた例です。アトピー性皮膚炎の素因にドライスキンがあることは言うまでもありませんが、目の前の患者の皮膚状態が、単なるドライスキンなのか、活動性のある炎症性病変なのか判断しなければ適切な治療はできません。

## 3. 治療のアウトカム評価

第3は治療のアウトカム評価です。計画した治療の成果を判断し、成功していれば薬剤の投与量を減じる、成功していなければ治療方針を立てなおす作業をするために、この評価が確に行われることも重要です。

図3はいわゆる脱ステロイド医療機関で“治った、治療終了と言われたが、治ったとは思えない”と当科を受診された方です。血清TARC値をみるまでもなく広範囲に苔癬化がみられます。

また図4の状態です。ステロイド外用薬を減じるように指示される例は多いのではないかと



図1



図2

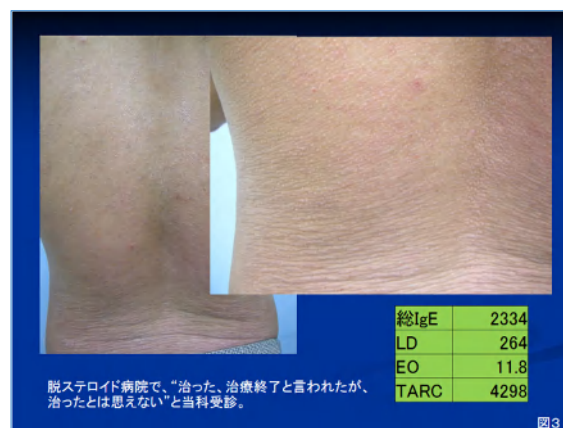


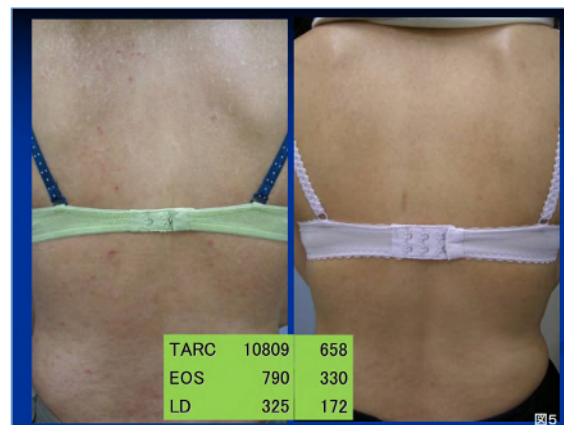
図3



図4

思います。しかし、これはまだ正常ではないと患者さんが訴えられ、当科を受診されました。この時の血清 TARC は高値で患者さんの言葉通り、まだ正常ではないことがわかります。

実は、私自身も血清 TARC が測定可能となるまでは図 5 のような患者さんを治療のゴールへと導くことができませんでした。左の写真は、紅斑は軽度ながら全身に色素沈着とともに軽度の湿疹病変が散発しています。私はこの患者さんに全体にステロイドを外用するよう指示し、患者さんも全体に塗っているというのです。受診ごとに同じ症状が続き、同じ問答が繰り返されていました。この患者さんの血清



TARC が異常高値であることを知って私は目が覚めました。私の意図していた外用方法と実際の患者さんの外用方法に齟齬があったことに初めて気づいたのです。私は全身均一に外用することを意図していたのに、患者さんはモグラたたきのように自覚症状のある部位に外用することを全体に塗っていると思っていたのです。その齟齬に気づいてから、図示して均一に外用することを指導したところ、右のように正常皮膚が取り戻されたのです。

皮膚症状は目に見えることから、その評価は、均一かと思いきや、意外にもあいまいで医師の独りよがりになりがちです。客観的指標としての血液バイオマーカーなどを活用することでその精度は改善されるものと思います。

#### 4. 治療戦略の pitfall ①：病態の誤解

第4は病態の誤解です。

アトピー性皮膚炎の治療方針は、スキンケア、原因・悪化因子の対策と薬物療法であることはいうまでもありません。しかし、悪化因子除去のみに終始していると治療ゴールに到達できない pitfall に陥ってしまいかねません。

たとえば、ストレスを考えてみましょう。ストレスはアトピー性皮膚炎を悪化させることは周知ですが、一旦悪化した皮膚炎症が適切に制御されないと、単に外見の問題だけではなく、かゆみ、不眠、炎症性サイトカイン等の生物学的変化は脳を刺激し、さらに皮膚炎の結果としてのストレスを増強させるという悪循環に陥ります。

一方、乳児アトピー性皮膚炎では食物アレルギーの合併頻度が高いことも周知で、そのような例では食物アレルギーがアトピー性皮膚炎の原因であると考えがちです。しかし、当科を受診した重症の乳児を対象として生後6か月間の IgE 上昇率を比較したところ、皮膚炎のコントロール状態によって IgE の上昇率は有意にことなり、激しい TH2 型の皮膚炎症が IgE 産生を促進し、食物アレルギーを増加させる可能性が強く示唆されました。つまり、一部の症例で食物アレルギーが悪化因子となることはあるにせよ、大きな流れは皮膚炎症が

IgE アレルギーを促進するという観点を持つことが重要と言えます。

このように、アトピー性皮膚炎の管理においては、悪化因子と皮膚炎症の活動性は、単なる一方向の因果関係ではなく、悪循環によって増幅されていることを認識する必要があります。

## 5. 治療戦略の pitfall ②：(外用) 薬物療法の戦略

5 番目は外用薬物療法の戦略です。

図 6 は、ステロイドを外用しているが症状が持続していると当科を受診された患者さんの血清 TARC をグラフ化したものです。当科受診以降、速やかに症状は改善し、以後、症状のない状態が維持されるようになりました。当科受診までは、“ひどいところに外用する、もぐらたたき”のような外用が延々なされていました。同じ外用薬を使って、全身に一様に外用させ、症状のない状態を維持したのちに順に外用する

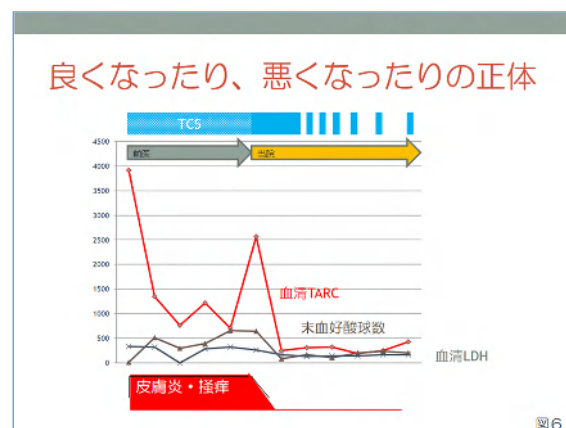


図6

する日数を減じる間欠外用へと指示しました。血清 TARC 値は、どちらの外用方法が炎症を収束させゴールへと導く治療であるのか、如実に示しています。後者の外用方法は proactive 療法として、すでに優れたエビデンスが世界的に確立された方法です。

このような外用療法を成功させるためには、寛解導入、維持、漸減の 3 段階を意識して明確に行う必要があると私は考えています。

まず第 1 に重要なステップは寛解導入です。全身の皮膚を正確に評価して、次回受診までに寛解させるためには、どこに、何を、どれだけ、ぬるかを計画、指導しなければなりません。

寛解導入に成功したら次はいつまでぬるかです。寛解導入後すぐに中止ではなく、一定期間維持したのちに、再燃のないように漸減していくわけです。

## 6. 患者アドヒアランス

これらの戦略を医師側が確実に持っていたとしても、それだけでは外用療法は成功しません。外用は患者さん自身が自宅でするわけですから、アドヒアランスが極めて重要です。アドヒアランス向上のために、私は、良好な共同関係の確立、治療の見通しを伝える、平易な外用指示、具体的な外用指導、早期寛解させる、受診間隔、患者の能力・生活状況に合わせた薬物選択をする、などの工夫をしています。つまり患者教育 および、ゴールに到達するまでうまくコーチングするという意識が必要といえます。

当科では、2009 年から乳児、成人のそれぞれに対応した多職種チームによる集団教育プログラムを確立し、それぞれ 500 名を超える重症患者さんを指導、治療し、その目覚まし



い成果を実感しています。重症の成人患者に対しては外用による寛解導入と教育を兼ねた2週間の教育入院プログラム”アトピーカレッジ“を運営してきました。その成果を血清 TARC 値でかいつまんで示しますと、入院前には 85%の患者が 1000pg/ml 以上、うち半数は 5000pg/ml 以上と重症でしたが、退院時には 70%が 700pg/ml 以下を達成し、1年後の追跡でも 62%がそのレベルを維持できていました。大雑把にいいかえると重症患者の約 6割は外用療法の不備によって重症化していたともいえます。

その背景には、過去に治療を受けていた医師に、できるだけうすくぬりなさい、赤いところ、ひどいところだけにぬりなさい、よくなったらすぐにやめるように、体質だから治しきろうと思わないで、アトピー性皮膚炎は治らないなどと指導を受けていた例が数多くみられます。

専門医ならば、Disease-free、最終的に drug-free に近い状態を目指して戦略的な治療をしたいと思います。そのためには、従来の外用療法を見直し、診療ごとに的確にアウトカム評価をし、寛解が得られていないあるいは再燃があれば、悪化因子の対策、アドヒアランスあるいは、元来の診断に誤りがないのか、等々を検討しながら、早期の寛解、維持を得る努力をしなければなりません。その際、当初から薬剤の減量ばかりに気をとられ再燃をくりかえさせては、ゴールは遠のきます。第1段階は薬剤を使って症状がない状態を維持し、それが、やがて、薬剤をほとんど使わなくても症状のない状態という最終ゴールに到達する早道であることを意識して、患者さんを誘導していくことです。私たち皮膚科医師は、今一度アトピー性皮膚炎診療のあり方を見直さなければなりません。

