

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

2016年7月14日放送

「第45回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会 ⑦

パネルディスカッション4-4 花粉皮膚炎のアップデート」

東京医科歯科大学大学院 皮膚科
教授 横関 博雄

はじめに

近年、スギ花粉症患者に呼吸器症状、消化器症状、咽頭症状、発熱なども見られることが良く知られスギ花粉症は全身性疾患の一つと考えられています。また、スギ花粉症の患者に合併してスギ花粉が皮膚に接触することが原因と思われるスギ花粉皮膚炎と呼ばれている皮膚症状が見られることもあります。このスギ花粉皮膚炎は飛散するスギ花粉抗原の皮膚への接触による空気伝搬性接触皮膚炎の一つと考えられています。花粉皮膚炎はスギの飛散する2月から4月までだけでなく10月から12月までの秋にも発症することがあります。秋に発症する花粉皮膚炎はスギ花粉による皮膚炎とブタクサ、ヨモギ花粉による秋花粉皮膚炎です。今回、スギ花粉皮膚炎を含めた花粉皮膚炎の臨床的特徴、検査所見、鑑別診断、発症機序、治療法、予防法についてお話いたします。

臨床的特徴

スギ花粉皮膚炎は臨床的に2つの病型に分類されると考えられています。最も多い病型は、アトピー性皮膚炎が基礎疾患としてあり、スギ花粉がその増悪因子として働くような場合です。アトピー性皮膚炎の30%程度の患者がスギ花粉により皮膚症状が増悪すると考えられています。一方、比較的稀と考えられていますが、アトピー性皮膚炎の既往がないスギ花粉症の患者に発症する病型です。アトピー性皮膚炎が合併していないスギ花粉皮膚炎の典型的な特徴は、第一に春先もしくは秋に生じ、他の季節には生じないこと、次に、顔、眼囲などの露出部位もしくは頸部など間擦部に生じやすいこと、そして臨床的な特徴は典型的なアレルギー性接触皮膚炎と異なり、丘疹、水疱を混じた多彩な湿疹局面は通常形成され

ず一見蕁麻疹様の浮腫性紅斑が初発疹である点です。この蕁麻疹様の紅斑は赤みが強く境界が鮮明であることが特徴です。このような特異疹の病型で発症するのは、若い女性に多いと考えられています。また、スギ花粉がアトピー性皮膚炎の増悪因子として働いた時には、蕁麻疹様の紅斑のみではなく全身の多彩な紅斑、丘疹が出現しアトピー性皮膚炎の皮膚症状が増悪することがあります。このような花粉による皮膚炎はスギ花粉に限らずシラカバ、牧草、ブタクサなどの夏から秋花粉による空気伝搬性接触皮膚炎が報告されています。秋の11月、12月にかけて眼瞼皮膚炎の患者数が増えることが知られていますが、秋におけるスギ花粉の飛散による眼瞼皮膚炎とブタクサなどの秋花粉抗原による眼瞼皮膚炎の患者が増加するためと考えられています。

検査所見

花粉による皮膚炎を最終的に診断するために最も重要な検査法が、花粉抗原エキスによるスクラッチパッチテストです。花粉抗原によるスクラッチ(ストリッピング)後にパッチテストを施行します。スギのスクラッチ(ストリッピング)パッチテストでは24時間後、48時間後、72時間後に陽性となるのが特徴です。

鑑別疾患

スギ花粉皮膚炎の特徴は、春先、秋に生じ、他の季節には生じないこと、次に、顔、眼囲などの露出部位もしくは頸部など間擦部に生じやすいこと、典型的なアレルギー性接触皮膚炎と異なり丘疹、水疱を混じた多彩な湿疹局面は通常形成されず一見蕁麻疹様の境界鮮明な浮腫性紅斑が初発疹である点ですが、臨床的には以下の疾患が鑑別する必要があります。



1、接触皮膚炎

点眼薬、化粧品、毛染めなどによるアレルギー性接触皮膚炎、洗剤による刺激性皮膚炎なども鑑別診断が必要となりますが、季節的に花粉の飛散する季節だけに発症する点、臨床的に表皮性変化の乏しい紅斑及びスクラッチパッチテスト、パッチテストなどで容易に鑑別できます。しかし、点眼薬によるアレルギー性接触皮膚炎は

スギ花粉症の眼粘膜症状の治療に抗ヒスタミン薬の点眼薬が使用されることもあり、鑑別に苦慮することがあります。眼囲、顔の湿疹性紅斑局面を認めるときはまず、現在使用している点眼薬、化粧品、洗顔石鹸、毛染め、頭髪剤、消毒薬などを中止して軽快しないかどうかを確認することが最も大切です。

2、脂漏性皮膚炎

季節の変わり目に増悪することがあり鑑別する必要のある疾患です。鼻翼外側、頭部、眉間、耳孔部などの脂漏部位に脂性鱗屑を伴う境界が明瞭な紅斑で、辺縁に毛孔一致性の丘疹が見られる点、痒みは軽度な点、花粉症を伴っていない点が異なります。

3、酒さ

額、頬、眉間、鼻に繰り返しほてりが生じる疾患で、光線などが関与して血管が拡張することにより発症する中年の女性に多い疾患です。顔に次第に丘疹、膿疱、血管拡張が出現して丘疹が集まり肉芽腫形成に至ることもあります。花粉皮膚炎のように強い痒みがない点、にきび様の膿疱がみとめられる点と花粉症を伴っていない点が異なります。

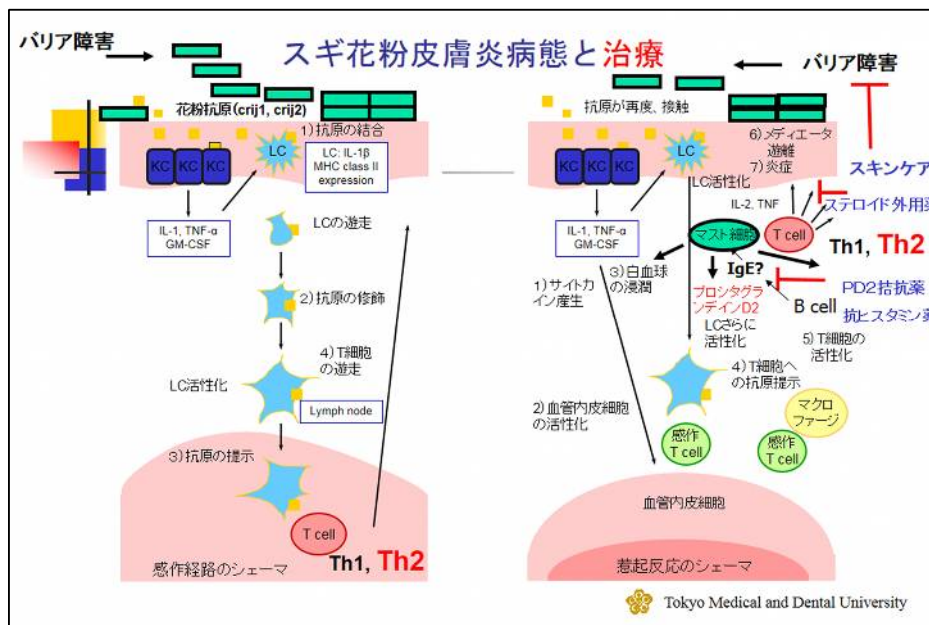


発症機序

花粉による皮膚炎の発症メカニズムは現在まだ明らかになっていません。スギ花粉による皮膚炎の患者のスクラッチテストの結果では、施行 15 分後の膨疹は消退しますが 24 時間後には再び浮腫性の紅斑がみられ、その病理組織において真皮上層の浮腫と好酸球の浸潤が見られます。以上のことは、スギ花粉による皮膚炎がスギ IgE 抗体を介した遅発型反

応に近い反応である可能性を示すものであります。しかし、一部の症例では軽度の海綿状態 (spongiosis)が見られることもあり、またテープストリッピング後のスギパッチテストで 48、72 時間後に陽性になるなど遅発型アレルギー反応も関与している可能性は否定できません。

近年、マウスの背部皮膚をストリッピングして角層を障害した後にスギ花粉抗原 (Cryj1, Cryj2)を含む試薬を抗原として1週間ずつ3回貼付することにより経皮感作したスギ花粉モデルマウスを作成し発症機序を解析しました。モデルマウスの解析結果、スギ花粉皮膚炎の発症においてマ



スト細胞が産生するプロスタグランジン D2 とその受容体である CRTH2 が重要な役割を果たすことが明らかにされました。

治療と対策

治療法は、対症療法として、非鎮静性の第2世代の抗ヒスタミン薬を処方するなど花粉症そのものの治療が必要です。また、接触皮膚炎診療ガイドラインに沿って皮膚局所には炎症の強い皮膚炎では、medium 程度までのステロイド外用薬もしくはアトピー性皮膚炎の治療薬であるタクロリムス外用薬を外用し炎症を抑える必要があります。炎症が抑えられた時点で、ヘパリン類似物質含有軟膏、白色ワセリンなどの保湿剤に変更します。また、過度の皮膚の洗浄、化粧、シャンプー、リンスなどでバリアを障害するようなことは控える必要があります。花粉抗原は角層を通過できないので、スキンケアにより角層バリア機能を保つことが予防の重要なポイントです。根本的な治療法は現在のところなく、アレルギー性接触皮膚炎と同様に花粉抗原にできるだけ接触しないよう気をつけることが予防法です。そのためには、マスク、マフラーなどで花粉が直接皮膚に接触しないようにすること、外出後はシャワーなどでよく顔、頸部、頭を洗いスギ抗原を除去することです。また、家の外で干していたシーツ、下着、服などについた花粉抗原で、その下着などを着ることにより陰部、躯幹に接触し花粉皮膚炎を生じた症例の報告もあるので、直接肌に触れるシーツ、下着、服などは家の中で干すように指導することも大切です。

まとめ

花粉皮膚炎は現病歴、臨床的特徴、皮膚アレルギー検査などで比較的容易に診断できます。治療は花粉症の治療に加え、皮膚の炎症は **medium** 程度のステロイド外用薬を外用するとともに外出後などは花粉を洗い流した後、顔など露出部のスキンケアが必要不可欠です。

春先、秋に生じる顔が赤くなる皮膚炎には化粧、洗剤、毛染めなどによるアレルギー性接触皮膚炎以外に花粉皮膚炎があることを念頭に置いて診療する必要があります。