

講演「皮膚アレルギー性疾患診療の基本から応用 まで」

福井大学学術研究院医学系部門 皮膚科学分野 教授 長谷川稔 先生

皮膚科医のみならず内科医にとっても日常診療に於いて関わりの深い I)蕁麻疹 II)接触皮膚炎 III)アトピー性皮膚炎(AD)について実践的見地から基本と応用、更に最新の知見を平易かつ明快に解説していただいた。

I)蕁麻疹の病型は 1. 特発性蕁麻疹 2.刺激性蕁麻疹に大別され、その多くは原因不明の特発性蕁麻疹であり個疹は数時間以内に清退するが2~3日持続する例もある。感染、食物、疲労、ストレス等が悪化因子となる。1)急性蕁麻疹(発症後1ヶ月以内) 小児では上気道感染を伴う事が多い。2)慢性蕁麻疹(症状が1ヶ月以上経過) 夕方から夜間に出現、悪化しやすく数ヶ月以上続く例が多い。刺激性蕁麻疹の中でも 1)アレルギー性蕁麻疹の牛肉アレルギーについて詳述され、ア)牛肉摂取から発症迄の時間が長い イ)子持ちカレイ摂取でも発症 ウ)ペット犬の飼育が多い エ)A,AB血液型の人には生じにくい オ)主要原因抗原は糖鎖 galactose- α -1,3-galactose(α -gal)であり、此を有する他の哺乳類の肉や抗悪性腫瘍薬セツキマブにも交差反応を示すので注意を要する。2)食物依存性運動誘発アナフラキシーは10代に多く、NSAIDsにより増悪し原因食物とNSAIDs併用のみでも誘発される。慢性蕁麻疹の大部分は特発性であり、抗ヒスタミン薬を上手に調整し、十分に落ち着いてから減量、中止を行うべきでありその指標として皮膚描記法は有用である。尚、オマリズマブ(抗IgE抗体)は使用施設基準がある。

II)接触皮膚炎には 1)刺激性接触皮膚炎 2)アレルギー性接触皮膚炎 3)光接触皮膚炎 があり 3)は長波長紫外線が多く関与し、光毒性より光アレルギー性が多い。接触皮膚炎では詳しい問診と症状出現部位から原因を推定し、パッチテストがアレルギー性接触皮膚炎の確定診断に有用であることを多載なスライドで示した。

III)アトピー性皮膚炎(AD) 小学生の約10%、成人の2~3%の罹患率であり、悪化要因は非アレルギー要因が多い。その病態は 1)バリアー機能異常(フィラグリン減少、セラミド減少等)が有り、JTC801(フィラグリンの発現上昇)等の治療薬が開発中である。2)免疫システムの破綻はTh2型反応が主体で、s-TARCは短期的重症度や病勢を反映し、s-IgEは長期的重症度や病勢を反映する。IL4やIL13受容体であるIL-4R α を阻害する抗体治療が有用かも知れない。3)痒み ADはC線維の分布が表皮や角層まで伸長しており、痒み過敏を生じている。紫外線療法は皮疹の改善以外に痒みを比較的速効性に抑制出来る。Th2細胞が産生するIL-31も痒みを惹き起こす。抗IL-31抗体治療薬がADの痒み抑制に有用かも知れない。ADは標準治療として抗ヒスタミン薬で痒みを抑制し、外用治療を正しく、根気よく続ける事が肝要と述べた。

いつもながら長谷川教授のビジュアルで解りやすい講演で非常に有益な内容でした。

(文責：早川皮膚科形成外科医院 院長 早川幸紀)