Ⅲ. アレルギー性皮膚疾患診療の勘所

アレルギー性皮膚疾患診療の拠点

100

アレルギーの関与する皮膚疾患でも原因抗原の回避と症状の制御が必要であるが、特定の外来抗原によるアレルギー性の蕁麻疹、接触皮膚炎、ラテックスアレルギーでは原因抗原の同定と回避が、アトピー性皮膚炎、特発性の蕁麻疹では薬物治療による症状の制御がより重症である。また、具体的な治療目標は疾患ないし病型によって異なり、個々の症例と場面ごとの課題と専門医に送るタイミングを正しく理解しておくことが必要である。

〔日内会誌 105：1942～1951, 2016〕

Key words アトピー性皮膚炎, 蕁麻疹, 接触皮膚炎, ラテックスアレルギー, 薬疹

はじめに

アレルギーの関与する主たる皮膚疾患には、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、接触皮膚炎、ラテックスアレルギーなどがある。広義には薬疹もアレルギー機序の関与する皮膚疾患であるが、その診療には高度な専門性を必要とすることが多い。また、薬疹の治療では薬剤により引き起こされた症状の回復が重要で、多くの場合、原因薬剤を回避することによりそれ以降の問題を回避できる。その意味では、症状が持続、もしくは繰り返す、他のアレルギー性皮膚疾患とはやや性質が異なる。薬疹の具体的対処については他書^{1,2)}を参照されたい。これらの疾患は、各々全ての病態をアレルギーにより説明できるわけではなく、治療の内容も疾患および病型によって異なる。本稿では、頻度が高く、かつ慢性に経過することの多いアトピー性皮膚炎と慢性蕁麻疹を中心に、一般内科医にとって必要と思わ

れるトピックスを解説する.

1. アトピー性皮膚炎

アトピー性皮膚炎は、「増悪・寛解を繰り返す、掻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」と定義される^{1,3)}。日本の皮膚科医療機関を受診する患者の中では最もありふれた疾患の1つ⁴⁾で、かつて小児に特有の疾患と考えられた時期もあったが、近年、徐々に罹患年齢幅が広がり、現在では60歳以上のアトピー性皮膚炎も珍しくない⁵⁾。

アトピー性皮膚炎の診療において最も力量が問われることは、いかにして適切に症状を制御し続けるかという点である(表1)。アレルギーの点では、乳幼児では鶏卵、牛乳、小麦をはじめとする各種食物抗原が、年長児以降はダニ、スギ花粉などの生活環境中の外来抗原が、種々の程度の悪化因子となることが多く、それらの

広島大学大学院医歯薬保健学研究院皮膚科学

Clinical practice for total care of allergic diseases. Topics : III. Key points for the management of allergic skin diseases.

Michihiro Hide and Akio Tanaka : Department of Dermatology, Institute of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University, Japan.

表1 主要なアレルギー性皮膚疾患と治療上の課題

疾患	誘因・悪化因子対策	対症的治療	予防的治療
ラテックスアレルギー	決定的に重要	重要	努力目標
接触皮膚炎	決定的に重要	重要	あまり重要でない
刺激誘発型蕁麻疹	極めて重要	重要	有効なこともある
アトピー性皮膚炎	重要	極めて重要	有用～極めて有用
特発性の蕁麻疹・血管性浮腫	努力目標	極めて重要	有用～極めて有用
遺伝性血管性浮腫	努力目標	極めて重要	あまり重要でない

悪化因子の同定と回避も重要である。また、アトピー性皮膚炎は種々の程度に皮膚のバリア機能が低下していることが多く、このことが様々な外来抗原に対する易感作性と、すでに起きている皮膚炎の悪化の背景となっていることが多い。また、アトピー性皮膚炎は増悪・寛解を繰り返すことを特徴とするが、経過中に他の皮膚疾患を合併することが少なくない。そのため、急激な症状の悪化や長期に及ぶ炎症に対しては適宜、他の専門医への紹介を怠るべきでない。

1) 診断

瘙痒，特徴的皮疹と分布，慢性・反復性経過の3基本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³⁾。成人では，接触皮膚炎，疥癬，乾癬，膠原病，悪性リンパ腫などの鑑別ないし合併の診断は重要で，これらの疾患は各々正しい診断が問題解決のために極めて重要である。アトピー性皮膚炎以外の疾患を鑑別するため，皮疹の分布が限定的，左右非対称，びまん性よりも多発する丘疹，色素沈着が目立つ，爪に点状の陥凹がある，皮膚以外の関節痛やリンパ節腫脹があるといった点に着目し，これらの所見がある場合は，他の疾患の鑑別ないし合併を考える必要がある。

2) 検査

アトピー性皮膚炎の診断には，血中総IgE値，血中好酸球数，血清TARC（thymus and activa-

tion-regulated chemokine）値を参考にできる。ただし，約20%の患者では総IgE値が上昇しない（内因性アトピー性皮膚炎）。このような患者は男性よりも女性に多く，他のアトピー性疾患を合併せず，蛋白抗原よりも金属アレルギーを示すことが多いなどの特徴がある⁶⁾。上記疾患の鑑別については，接触皮膚炎ではパッチテスト，疥癬では皮疹部の検鏡，膠原病では各種自己抗体の測定と皮膚生検，悪性リンパ腫では皮膚生検が必要である。悪性リンパ腫については血中可溶性インターロイキン2受容体が診断の助けになることがある。なお，アトピー性皮膚炎では，臨床的によほど重症でも，肝機能，腎機能，CRP，血清蛋白などの一般的生化学検査値が異常となることは少なく，重症度の評価には臨床的な皮疹の観察が重要である。

3) 合併症

アトピー性皮膚炎の経過中に合併し得る疾患として注意すべきものに，Kaposi水痘様発疹症（図1A），伝染性膿痂疹（とびひ）（図1B），白内障および網膜剥離がある。小児では，この他に伝染性軟属腫も好発するが，眼疾患の合併は少ない。また，伝染性膿痂疹が成人のアトピー性皮膚炎に合併すると，アトピー性皮膚炎の悪化との鑑別が難しいことが多い。外用薬の不適切な中断や急激な過労，ストレスなどの明らかな悪化因子によらない急激な皮膚炎の悪化には，これらの合併症の関与を疑う必要がある。白内

図1 アトピー性皮膚炎の合併症
A：カボジ水痘様発疹症，B：伝染性膿痂疹

障および網膜剥離は，長期にわたるアトピー性皮膚炎で，顔面の皮疹が急激に悪化した際にみられることが多いが，患者が自覚することなく進行することもあるので，重症な顔面の皮膚炎の診察では適宜眼科医との連携が必要である．一方，アトピー性皮膚炎の難治化の原因が内臓病変に見出されることは少なく，あてのない内臓病変の検索は無意味である．

4) 他のアトピー性疾患の関連

重症，難治性のアトピー性皮膚炎では，喘息をはじめとする他のアトピー性疾患を合併する例が多い．1人の患者に複数のアトピー性疾患が合併する場合，ヒスタミンH₁受容体拮抗薬（抗ヒスタミン薬）や抗アレルギー薬，免疫抑制薬の使用は他の疾患の症状に影響を及ぼし，また，得てして複数の医療機関から同効薬が処方されることもあるので，担当医が相互に連携して治療薬を管理することも大切である．

5) 治療

アトピー性皮膚炎の治療は，原因・悪化因子の検索と対策，皮膚機能異常の補正，薬物療法の3点を基本とする．アトピー性皮膚炎は，遺伝的素因も含む多病因性の疾患であり，現在，疾患そのものを完治させ得る治療法はないが，病変部の炎症と掻破はさらなる皮膚の過敏性をもたらし，ますます湿疹が悪化するという悪循環を生じるため，薬物療法による炎症の制御はアトピー性皮膚炎の悪化因子対策でもある．

(1) 原因・悪化因子

アトピー性皮膚炎の主たる原因，悪化因子を図2に示す．これらの因子には各々丁寧に対処することが大切であるが，その関与の程度は患者によって異なり，病歴と問診に基づいて各因子の関与の可能性を検討することが大切である．アレルギーの関与については，血清特異的IgE，プリックテスト，ヒスタミン遊離試験などの即時型アレルギーの検査により，個体の過敏性を評価できる．近年，汗による悪化には皮膚

図2 アトピー性皮膚炎の原因・悪化因子（文献1より引用）

個々の患者の年齢、環境、生活スタイルにより異なるので、患者の置かれている状況を把握して対策することが重要である。

に常在するマラセチアが分泌する蛋白抗原（MGL_1304）が関与することが明らかになり、現在、患者好塩基球によるヒスタミン遊離試験（アラポートHRT[®]）により過敏性を調べることができる（保険収載）。治療に用いる保湿外用薬、ステロイド外用薬もまた接触皮膚炎を起こし得るので、治療効果が上がらない場合はこれらの接触皮膚炎の可能性がある。成人アトピー性皮膚炎では心身医学的側面をもつ例は少なくなく、受容共感的態度による傾聴や、専門家と協力した心身医学的治療が必要となることもある。なお、これらの全てに対処し得ても、それだけでアトピー性皮膚炎を治癒に導き得るものでないことを十分に認識する必要がある。アトピー性皮膚炎の克服に、魔法の近道はないのである。

（2）皮膚機能異常の補正

アトピー性皮膚炎は、一見正常にみえる皮膚でもバリア機能が低下し、角層水分量も低下していることが多い。よって、皮膚を清浄に保ち、頻繁に保湿外用薬を塗布することは、皮膚炎の再燃予防と痒みの抑制のために重要である。保湿外用薬は患者の好み、使用感を尊重して選択する。なお、保湿外用薬自体には直接炎症を鎮静化する効果はなく、明らかな炎症がある場合、あるいは維持療法中に再燃がみられた場合

には、遅滞なくステロイドまたはタクロリムス外用薬を使用して炎症を鎮静化することが必要である。

（3）薬物療法

アトピー性皮膚炎における薬物療法は、保湿薬を中心としたスキンケアとステロイド外用薬、タクロリムス軟膏を中心とした炎症制御よりなる。これに補助的治療として適宜抗ヒスタミン薬を併用し、早期の寛解導入後は、いかにその状態を保つかが臨床上の大きな課題である（図3）。ステロイドは、その作用が大きいほど効果と副作用が現れやすく、特に長期にわたる使用では、いかに副作用を生じさせることなく症状を制御し得るかが大きな命題である。一般内科医の立場になって考えるならば、前述したKaposi水痘様発疹症や伝染性膿痂疹による急激な皮疹の悪化はもちろん、緩徐な悪化や長期間消退することのない紅斑は、ステロイドざ瘡や毛細血管拡張といったステロイド外用薬の副作用の可能性も考えられるため、適当なタイミングもしくは間隔で皮膚科専門医の診察を受けることを推奨したい。中高年の患者への長期間にわたるステロイド外用薬の使用では、皮膚萎縮や紫斑も生じやすい。しかし、ステロイド外用薬に関する限り、その効果よりも副作用に関する情報が氾濫し、多くの場合、必要な量と強さ

図3 アトピー性皮膚炎の診断治療アルゴリズム (文献2より引用)

のステロイド外用薬が使用されないことが問題である。近年、急性期の治療により十分皮膚炎を鎮静化した後、ステロイド外用薬またはタクロリムス軟膏を週2～3回間欠的に皮疹部のあった部位に外用するプロアクティブ療法の有効性が報告されており、副作用の出現を抑制しつつ、長期間の寛解ないし治癒をもたらし得る治療法として期待されている^{1,3)}。

(4) その他の特殊治療

前述の内容以外にも、漢方薬、シクロスポリン、光線療法などが用いられ、緊急避難と患者

教育を目的とした短期間の入院治療が行われることもある。一方、プロバイオティクス、抗菌薬内服は特殊な例に用いられることはあるが、現時点では少なくとも明らかな感染のないアトピー性皮膚炎の一般的な治療法とはなり得ない³⁾。また、漢方薬には一定の効果が認められることがあるが、治療全体からは補助的位置づけであることは忘れるべきでない。

アトピー性皮膚炎では、長く辛い皮膚炎が続くことは患者自身にはもちろん、家族にも大きな負担を強いることが多い。いきおい他の内臓

表2 接触皮膚炎の分類 (文献1に基づいて作成)

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
①光毒性接触皮膚炎
②光アレルギー性接触皮膚炎
4. 全身性接触皮膚炎・接触皮膚炎症候群
付. 接触蕁麻疹

臓器の異常や標準的でない治療に解決策と求めようとされることも少なくないが、アトピー性皮膚炎の疾患の特性を十分理解したうえで、その時々にとり得る最善の対処を重ねたい。

2. 接触皮膚炎

接触皮膚炎は、外来性の刺激物質や接触アレルギー（ハプテン）が皮膚に接触して生じた湿疹性の炎症である。発症機序の面から表2のように分類される¹⁾。接触皮膚炎の診療では、まず湿疹病変に対して接触皮膚炎を疑うことが重要である。また、現時点で個体側の過敏性を改善させる方法はなく、原因となっている接触原を同定して回避することが何より重要である（表1）。過敏性の証明には、一般に血液検査は無用で、パッチテストが推奨される。鳥居薬品株式会社、佐藤製薬株式会社からは一定数のアレルギーが個別または貼付用テープとセットになったものが市販されており、日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会からは日本人に接触皮膚炎を生じやすいアレルギーよりなるジャパニーズスタンダードアレルギーが発表されている¹⁾。なお、これらの試薬を使っても、パッチテストの実際には、貼付2日後、3日後および7日後の判定が必要であり、実施には実習による訓練が必要である。

薬物治療は原因物質の回避を前提とし、起きている皮膚炎に対するステロイド外用薬、保湿

薬の外用を基本とする。他に補助的に抗ヒスタミン薬の内服が用いられることがあるが、ステロイドの全身投与は重症例に限られる。

接触皮膚炎が皮膚以外の臓器に影響することは少ないが、歯科金属や食物などに含まれる金属や薬剤では全身性接触皮膚炎を生じることもある。今日、接触皮膚炎における過敏性の発症自体を予防ないし治療する方法はない。

3. 蕁麻疹

蕁麻疹は、膨疹、すなわち紅斑を伴う一過性、限局性の浮腫が病的に出没する疾患であり、多くは痒みを伴う^{1,7)}。日常診療で遭遇する機会は多く、日本の皮膚科受診患者の中では、アトピー性皮膚炎を含む湿疹・皮膚炎群、白癬に次いで多い⁴⁾。その病型は表3のごとく分類され、約3/4は自発的に皮疹が出没する特発性の蕁麻疹である。特定の外来抗原による蕁麻疹では、接触皮膚炎と同様、原因抗原の同定と回避が極めて重要であるが、特発性の蕁麻疹では種々の悪化因子は知られているものの、いずれか1つの因子で病態の全体像を説明できることはない。また、発症後1週間以内に治療を開始した急性蕁麻疹では、その70%あまりが1週間以内に治癒する⁸⁾が、経過とともに治癒率は低下する。当科を受診した、発症後6週間以内に標準量の抗ヒスタミン薬により症状が制御できなかった慢性蕁麻疹の経過を解析すると、その後1年以内に治癒した患者は11%に過ぎなかった⁹⁾。これは、蕁麻疹がその原因と重症度のみならず、臨床的な特徴や経過、さらには治療に対する反応性に大きな多様性があることを表す。診察医には蕁麻疹を恐れず侮らず、また、治療薬の効果が甘んずることなく、十分な説明ができる力が求められる。

1) 病型と検査

蕁麻疹は、個々の皮疹の時間経過に着目すれ

表3 蕁麻疹の主たる病型と検査

病型	特徴	検査
特発性の蕁麻疹	直接的な原因ないし誘因なく、毎日のように繰り返し、自発的に膨疹が出現する。発症後1カ月以内のものを急性蕁麻疹、1カ月以上経過したものを慢性蕁麻疹と呼ぶ。	増悪・背景因子の検索 病歴、身体所見などから疑われる異常があれば適宜検査を行う。むやみにあてのない検査を行うことは慎む。 自己血清皮内反応と好塩基球ヒスタミン遊離試験により自己免疫機序が証明されるものがある。
アレルギー性の蕁麻疹	食物や薬剤、植物などに含まれる抗原物質に曝されて起こる。	病型確定と原因アレルゲンの検索 皮膚、血清などによる特異的IgEの存在の証明。ただし、これらの検査で過敏性が示された抗原が蕁麻疹の原因であるとは限らないので、丁寧な問診、負荷試験の結果などを総合的に判断する。
食物依存性運動誘発アナフィラキシー	特定の食物を摂取後2～3時間以内に運動することで起こるアナフィラキシー。蕁麻疹を伴うことが多い。	
非アレルギー性の蕁麻疹	特定の食物、薬剤、植物により起こるが、IgEが関与しない(造影剤、バンコマイシンなど)。	一般的に有用な検査はない(病歴から判断する)。
アスピリン蕁麻疹	非アレルギー性の蕁麻疹で、特にアスピリンをはじめとする消炎鎮痛薬、色素、防腐剤、サリチル酸を多く含む食品などにより起こる。COX1阻害作用をもつ一連の物質が原因となることが多い。	原因薬剤の同定 ブリックテストによるI型アレルギーの除外。少量の被疑薬剤による負荷(誘発)試験。
物理性蕁麻疹	特定の物理的刺激(機械的擦過、寒冷、日光、温熱、長時間の圧迫、水との接触、振動)により起こる。多くが刺激範囲に一致した膨疹。水蕁麻疹ではコリン性蕁麻疹に似た皮疹。	病型確定のための検査 原則として疑われる物理的刺激による誘発試験。
コリン性蕁麻疹	入浴、運動、精神的緊張など、発汗刺激が加わることで起こる。個々の皮疹は小豆大程度。痒みよりチクチクした痛みを伴うこともある。	病型確定のための検査 運動、温浴などによる発汗負荷による皮疹の誘発。オピソートの皮内テスト、精製汗抗原によるヒスタミン遊離試験を診断の参考にできる。
接触蕁麻疹	皮膚、粘膜が特定の物質と接触した部位に膨疹が出現する。アレルギー性のものと非アレルギー性のものがある。	病型確定と原因物質の検索 病歴から疑われる物質により皮疹を誘発する。
血管性浮腫	皮膚、粘膜の限局した範囲に出現する深部浮腫。皮疹消失に2～3日かかることが多い。口唇、眼瞼に現れやすい。稀に遺伝性。	病型の確定、原因・増悪・背景因子の検索 通常(特発性、刺激誘発性)の蕁麻疹に準じる。表在性の蕁麻疹の合併がない場合は補体C3、C4、CH ₅₀ 、C1-INH活性などの測定。ACE阻害薬による血管性浮腫に注意する。
蕁麻疹様血管炎	蕁麻疹に似るが、個々の皮疹が24時間以上持続し、消退後に色素沈着を伴う。組織学的に血管炎が証明される。	病型の確定 血液検査(CRP上昇、補体低下、末梢白血球数増加など)と皮疹部の生検による血管炎の確認。
色素性蕁麻疹	皮膚局所のマスト細胞の過剰な集簇と色素沈着を認める疾患(マスト細胞症)。皮疹部を擦過すると膨疹を生じる(ダリエ徴候)。	病型の確定 皮疹部の擦過。 皮疹部の生検によるマスト細胞の過剰な集簇の確認。
Schnitzler症候群	慢性蕁麻疹または蕁麻疹様血管炎、簡潔熱、関節痛、骨痛などを生じる。	病型の確定 血液検査(CRPの上昇、血清中のモノクローナルなIgM(時にIgG)の上昇、末梢白血球数増加)、皮疹部の生検による血管炎の確認(全例に認められるわけではない)。
CAPS(クリオピリン関連周期熱症候群)	感染や自己抗体なく発熱、倦怠感、関節痛などとともに蕁麻疹様の皮疹が出没する。皮疹は痒みを伴わない。クリオピリン遺伝子の機能亢進による。	病型の確定 血液検査(CRP・SAAの上昇、末梢白血球数増加)、皮疹部の生検による血管炎の確認(全例に認められるわけではない)、クリオピリン遺伝子(CIAS1)の解析。

ば診断は容易である。また、実臨床のほとんどの蕁麻疹には抗ヒスタミン薬が第一選択であり、それなりの効果を得られることは多い。しかし、おしなべて皮疹を誘発できる蕁麻疹は抗

ヒスタミン薬の効果が低いことが多く、直接的な誘因を回避することが大切である。また、このタイプの蕁麻疹にはステロイドの効果は得られないことが多い。さらに、蕁麻疹の原因検索

LTRA: ロイコトリエン受容体拮抗薬

*: 治療内容は、蕁麻疹の症状と効果に応じてステップアップし、症状軽減が見られれば高いステップのものから順次減量、中止する。

** : 蕁麻疹に対する健康保険適用が未承認。

*** : 速やかに症状の軽減を図ることが必要な場合。

図4 特発性の蕁麻疹に対する薬物治療手順（文献7より）

のために行われやすいI型アレルギーの検査は、アレルギー性の蕁麻疹、食物依存性運動誘発アナフィラキシーにおいては重要であるが、それ以外の蕁麻疹に実施する意味はない。この他、蕁麻疹のためのいくつかの検査があるが、それらはI型アレルギーのように原因探索を目的とするものと、蕁麻疹の病型を確定することを目的とするものがあり、さらには特発性の蕁麻疹の場合のように、臨床的に関与が疑われる背景因子を除外する目的で行われるものもある。よって、蕁麻疹診療には適切な病型診断を行うことが必要で、かつ、その過程はまず臨床的に絞り込まれた病型に基づいて行うことが重要である。

2) 治療

蕁麻疹の治療の基本は原因・悪化因子の除去・回避と、抗ヒスタミン薬を中心とした薬物療法である^{1,7)}。前述したごとく、刺激誘発型の蕁麻疹では、一般に原因・悪化因子の除去・回避が大切であり、特発性の蕁麻疹では、これらの因子を同定と回避する努力を続けつつ、適切

な薬物治療により症状を制御することが大切である（表1）。図4に、特発性の蕁麻疹に対する薬物治療の治療ステップを示す。慢性蕁麻疹は、他の疾患と異なり、薬物治療により完全に症状が制御できたとしても、薬剤の使用を中止するとほどなく症状が再燃することについて強い不満と不安が訴えられることが多い。そこで慢性蕁麻疹の治療では、まず薬物治療（内服）により症状が現れない状態を達成（第1目標）し、その状態を続けることで、やがて無治療で症状が現れない状態を達成することが最終的な目標であることを明確に伝えることが大切である。

3) 薬物治療における注意点

前述のごとく、蕁麻疹の薬物治療では、まず治療により無症状となることを目指す。しかし、効果と患者負担のバランスを図ることも大切で、特に慢性蕁麻疹に対するステロイドの使用は副作用を生じやすく、また、治癒を早めることを示すエビデンスもないため推奨されない。一方、抗ヒスタミン薬を内服していれば無症状だがやめるとすぐ再燃するという場合は、

いったん無症状となった後もしばらく内服を継続し、病勢の鎮静化を図ることが大切である。発症後2カ月以上経過した慢性蕁麻疹では、2カ月以上無症状の期間が続いた後漸減することが推奨されている⁷⁾。

4. ラテックスアレルギー

ラテックスアレルギーは、天然ゴムに含まれる蛋白質に対する即時型過敏症である。ラテックスに対する過敏性をもつ個体が原因抗原を含むラテックス製品に触れる、もしくは空気中を浮遊する抗原粒子を吸引することにより症状を生じ、具体的には皮膚の痒み、紅斑、蕁麻疹が現れることが多い。より重篤な例では鼻水、くしゃみ、目の刺激感、喉の痒み、喘鳴発作などの呼吸器系の反応を伴うこともある。皮膚症状の面からみると、アレルギー性の蕁麻疹という側面ももつが、しばしば皮膚以外の臓器症状を伴う。また、医療従事者、天然ゴムを扱うことの多い職業人、アトピー性皮膚炎患者はハイリスク群である¹⁾。

1) 検査

詳しい病歴に基づき、ラテックスゴム手袋のすすぎ液によるプリックテスト、市販のラテックス抽出抗原に対する血清特異的IgE検査値などを踏まえて診断する。2015年からは、医療従事者患者に対する感度、特異度が高いラテックスコンポーネントであるHev b6.02に対する特異IgEの測定が保険収載された。接触皮膚炎と同様、原因抗原の同定と回避が決定的に重要である。治療はアレルギー性の蕁麻疹に準じ、また、アトピー性皮膚炎などの背景疾患をもつ場合は

それらに対する対応も必要である（表1）。

2) 臨床的意義

ラテックスアレルギーは、しばしばブナ目樹木の花粉やバラ科食物と交叉反応を示すため（ラテックス・フルーツ症候群）、ラテックス、果物のいずれかの過敏性が確認された患者では、関連する他の抗原に対する過敏性も調べておくことが望ましい。特にアトピー素因のある患者では、感作を防ぐためにも手の湿疹を防ぎ、医療従事者では職場におけるラテックスフリー環境の実現や配置などの配慮も大切である。

おわりに

皮膚アレルギー疾患は、血液検査に代表される汎用的な検査値を読む力より、皮疹を診る力、病型・悪化因子を見極める力、外用薬を使いこなす力など、皮膚科専門医に求められる診療能力が問われることが多い。しかし、比較的軽症のもの、薬物治療への反応性が高いものでは、他疾患とともに皮膚科医以外の臨床医が担当することもあり。その場合は、まず診療の前提となる診断が適切に行われること、不適切または過剰な検査が行われないことが大切である。ステロイドについては、必要かつ過剰でない薬剤の使用が大切で、疾患ごとの治療の勘所を意識して診療にあたりたい。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：秀 道広；講演料 (MSD, 田辺三菱製薬), 研究費・助成金 (サノフィ), 寄付金 (協和発酵キリン, 田辺三菱製薬), 田中暁生；研究費・助成金 (サノフィ), 寄付金 (協和発酵キリン, 田辺三菱製薬)

文献

- 1) 日本アレルギー学会：アレルギー総合ガイドライン2016. 協和企画, 2016.
- 2) 重症多形滲出性紅斑ガイドライン作成委員会：重症多形滲出性紅斑スティーヴンス・ジョンソン症候群・中毒性表皮壊死症診療ガイドライン. 日皮会誌 126 : 1637-1685, 2016.
- 3) 日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン作成委員会：アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2016年版. 日皮会誌 126 : 121-155, 2016.
- 4) 日本皮膚科学会学術委員会：本邦における皮膚科受診患者の多施設横断四季別全国調査. 日皮会誌 119 : 1795-1809, 2009.
- 5) Tanei R, Hasegawa Y : Atopic dermatitis in older adults : A viewpoint from geriatric dermatology. Geriatr Gerontol Int 16 : 75-86, 2016.
- 6) 戸倉新樹：外因性と内因性アトピー性皮膚炎：臨床的二分法. 医学のあゆみ 256 : 30-34, 2016.
- 7) 秀 道広, 他：蕁麻疹診療ガイドライン. 日皮会誌 121 : 1339-1388, 2011.
- 8) 田中稔彦, 他：特発性の蕁麻疹の初期治療と病悩期間に関する解析. アレルギー 64 : 1261-1268, 2015.
- 9) Hiragun M, et al : Prognosis of chronic spontaneous urticaria in 117 patients not controlled by a standard dose of antihistamine. Allergy 68 : 229-235, 2013.