



第60・61回日本臨床皮膚科医会 北海道ブロック研修講演会

学術担当 小泉皮膚科クリニック 小泉 洋子

日本臨床皮膚科医会北海道ブロックは平成27年に2回の研修講演会を開催しました。

第60回研修講演会は4月18日、京王プラザホテル札幌にて開催されました。副ブロック長の嵯峨賢次先生司会のもと、「BPO製剤の臨床治験に参加して」と題して札幌皮膚科クリニック院長の根本治先生が、「2015ざ瘡はパラダイムシフトへ」と題して医療法人明和会病院皮膚科部長にきびセンター長の黒川一郎先生がご講演されました。

BPO製剤の臨床治験に参加して根本治先生は過酸化ベンゾイル (BPO) の登場でざ瘡の治療はどう変わるのか話されました。ざ瘡治療のガイドライン日本皮膚科学会重症度判定基準は片顔に炎症性皮疹数によって軽症5個以下、中等症6～20以下、重症21～50、最重症51以上と分類している。治療の中心は中等症以上であろう。丘疹膿疱が多数ある時どうするのか。微小面皰にはアダパレン外用、アクネ桿菌には抗生物質内外用する。期待される新しいざ瘡治療薬がBPOである。デュアック配合ゲルはBPOとクリンダマイシンを含み、角質剥離作用、アクネ菌増殖抑制、抗炎症作用を有する。治験に参加して、クリンダマイシンに1日2回外用とデュアック就寝前の非劣性を検討した。結果、炎症性皮疹数、非炎症性皮疹数、全般重症度改善はデュアックが勝っていた。安全性、有害事象ではデュアックに皮膚乾燥、接触皮膚炎があった。皮膚に紅斑が出るときは開始1～2週でみられた。デュアックに紅斑、刺激症状は多くみられるが、安全性に問題はなく耐性菌検出は低い。海外の報告ではデュアック、BPO、クリンダマイシン、基剤の順に炎症性皮疹が減少した。デュアックは軽症から重症までざ瘡治療のガイドライン上の基本的治療の骨子になりうる。

黒川一郎先生は日本ざ瘡研究会理事をなさっています。1) ざ瘡の病態、2) ガイドラインの改定、3) クリンダマイシン/BPOの歴史、4) にきびセンターとざ瘡関連疾患について講演されました。ざ瘡

は微小面皰という目に見えない時期から始まり、紅色丘疹と膿疱紅暈紅斑という炎症性皮疹、強い炎症を伴うう腫結節ができる。遺伝的素因、内分泌的因子により皮脂分泌が亢進する。脂腺性毛包に毛包漏斗部の角化異常がおこる。アクネ菌の増殖と炎症の誘導が次に起きる。治療のアルゴリズムは早い時期に早く治療を行うことである。アダパレンと抗菌剤の併用が外用療法の第一選択である。アダパレンにより開始2週に乾燥刺激症状が出ることもある。アダパレンは1日1回。クリンダマイシン、ナジフロキサシンは2回である。耐性菌検出率は増加の傾向にあるので注意する。治療開始の遅れは癬痕の重症度に非常に深くかかわるから早期の攻撃的治療がよい。

2015年ガイドラインが改定される。抗菌剤はアダパレン、BPOと併用する。外用薬にアゼライン酸を記載する。しゅさがざ瘡ガイドラインの項目で取り上げられ、メトロニダゾール外用薬、BPO、イオウ、アゼライン酸、抗菌剤、アダパレン、漢方薬、イベルメクチンなどで治療する。眼型は取り扱わない。

クリンダマイシン/BPO配合剤の開発の経緯。BPOは酸化作用が強力で抗菌作用もある。クリンダマイシンの耐性を減らすのではないかと考えられている。クリンダマイシンは抗炎症作用、免疫調整作用もある。BPOのラディカンを増強して相乗効果がある。配合ゲルは濃グリセリンとジメチルポリシロキサン2つの保湿成分を含む敏感な肌に合わせた処方である。炎症性皮疹を早くなくしたい。痕を残さずきれいに治療したい患者さんのニーズに答えるものである。

明和病院にきびセンターは2011年に発足した。洗顔指導、ケミカルピーリング、イオントホレーシス、色素沈着にトランサミン・ハイドロキノン、外科的治療なども行っている。

今後のにきび治療。新規薬剤により、アダパレン+BPO、外用抗菌剤など新しいにきび治療の幕明けとなるのではないかと。

61回研修講演会は11月7日、札幌プリンスホテルで開催されました。皮膚の日の市民公開講座の後、会員が集い研修しました。金沢赤十字病院皮膚科部長の川原 繁先生が「尋常性乾癬の外用療法：その役割の展望」を講演されました。平成22年以降乾癬治療はバイオ時代に突入しました。治療のゴールはPASI90がふさわしく、さらにPASI100 (100%皮疹がない) を目指したいという風潮があります。乾癬の外用療法の歴史を振り返ると1950年代までコールドタール、アントラセン、60年代までステロイド外用剤、その後P U V A光線療法が加わりました。ストロンゲストのステロイド外用剤により4週間で皮疹はきれいになるが、塗り続けると皮膚が菲薄化し血管が透けて見える。最大の問題点はやめると2週間

で再燃し前よりひどくなり、膿疱化してくることも
あることです。最も使われてきた外用剤であり即効
性があるが長期連用により副作用がある。90年代に
ビタミンD3外用薬タカルシトール、マキサカルシ
トール、カルシポトリオールが作られ第一選択薬で
あるべきであると考えられた。効果発現は遅く徐々
に効果がでるが急に再燃しない。高価、刺激感、血
中のカルシウムが上昇することがある。フリル状の
鱗屑ができることもある。ステロイドとビタミンD
3のお互いの利点を生かし欠点を補うように組み合
わせて使うのがよいと考えられ、混合、併用される
ようになってきた。健康保険レセプト情報から、50
万人の乾癬患者中44万人がステロイド、31万人がビ
タミンD3を外用している。1) 交互に外用する -
1日2回は面倒。2) 重ね塗りする - 面倒、べたつ
きが強くなる。3) 混合調整 - 濃度が2分の1にな
る、ジェネリックと混合されると安定性が疑われる。
ステロイドは酸性、ビタミンD3はアルカリ性で安
定である。カルシポトリオールとクロベタゾール混
合では2週間後98%安定であるが、ジェネリックス
テロイドでは37%という報告がある。自宅で外用治
療に30分以上かかると74%がストレスを感じる、以
下だと31%である。日常のストレスには外用するこ
と、外用による衣類の汚れが挙げられている。2014
年にドボベット、配合剤外用薬が発売された。

JAADの乾癬治療ガイドラインによると5%以下
の病巣の存在時は外用療法、短期間の全身療法であ
る。2010年以降治療ピラミッドが完成しているが基

本は外用療法である。金沢赤十字病院を受診した56
人の感染患者で外用療法は41人に行っている。ドボ
ベット外用でPASI75達成は39%であり、66%は症
状の軽快を得ている。

治ったところにいつまで外用したらよいか。ビタ
ミンD3単独に変更するとすぐ復活するので外用回
数を減らすのがよい。ビタミンD3を外用するとステ
ロイド剤による皮膚菲薄化が改善する。ステロイ
ド剤により抑制された1型コラーゲン産生を回復さ
せる。初期療法による改善後ビタミンD3とステロ
イドを週1~2回とビタミンD3連日外用を比較す
ると同様の効果が報告された。外用療法の将来につ
いて考えると、根治できる治療法が登場するまでは
外用は主たる療法または併用療法である。乾癬の2
~3割は関節炎を合併している。メタボリック症候
群や心血管系疾患糖尿病と深い関連がある全身性炎
症性疾患である。治療のゴールはPASI90がふさわ
しくPASI100を目指したい。安全に、保つことがで
きる高価でない治療を望む人が多い。乾癬の治療
においてあたらしい生物学的製剤が登場した後も外用
療法の役割は重要である。ビタミンD3とステロイ
ドの合剤は双方の弱点をお互いにカバーした有用な
薬剤である。軽症の症例には合剤を用いたい。

2015年に新しく使用されるようになった外用薬の
位置づけ効果安全性について研修しました。よくみ
られるご瘡、長期の治療を要する乾癬患者さんによ
りよい医療を行っていきたいです。

北海道医報ファイルについて

北海道医報本誌を1年分綴ることができるファイルを用意して
おります。

ご希望の方に無償にてお送りいたしますので、下記まで送付先な
らびに希望数をご連絡ください。

記

申込先：北海道医師会事業第一課
〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目
TEL 011-231-7661 FAX 011-252-3233
E-mail ihou@m.douji.jp

