

ラジオNIKKEI

マルホ皮膚科セミナー

2021年2月1日放送

「第119回日本皮膚科学会総会 ㉑

教育講演 4 2 - 4 思春期痤瘡」

関西医科大学 皮膚科
教授 谷崎 英昭

疫学的調査成績 2018

日常臨床における痤瘡の受診患者の多くは20歳代の女性であります。未受診患者を含めると患者の主体は思春期の男女であると考えられます。軽症でも癬痕を残すことがあるため、思春期痤瘡からの積極的な対処が重要であると考えられています。前回1999年の調査から20年が経過して、その間にアダパレンや過酸化ベンゾイル、過酸化ベンゾイルを含有する配合剤などの新しい治療が導入、日本皮膚科学会尋常性痤瘡治療ガイドラインも公表、患者啓発活動も行われていることから、日本臨床皮膚科医会学校保健委員会が中心となって同様のアンケート調査による疫学調査を行いました。

調査は、小学6年生から大学生の916名を対象に、授業時に調査票を配布、回収して疫学調査を行いました。平均発症年齢は男性13.3歳、女性12.7歳で、有病率は中学3年生で87.3%と最も高く、生涯罹患率は95.8%以上と推定されました。初発部位は、複数回答可の条件で調査し、額、頬、顎、背中 of 順となっていました。また、家族歴のある割合は87.7%でありましたが、生涯罹患率が高いため、今回の結果だけから痤瘡の遺伝性を議論するのは困難と考えられました。痤瘡の症状がある人の自己申告の肌質では、20.8%が脂性肌、24.7%が混合肌、19.0%が乾燥肌、16.7%が普通肌でありましたが、痤瘡がある人では脂性肌あるいは混合肌の割合が比較的高い傾向であることがわかっています。

悪性因子に関しては、小中学生の1位は睡眠不足、2位が触ること、高校生は睡眠不足、ストレスの順、大学生はストレス、触ることの順で、悪化因子に挙げていました。一方で、今回の調査では食物による痤瘡の悪化はないとの回答が全体の25.0%を占めました。痤瘡の経験のある女性を対象とした調査では、全体の42.2%が月経と痤瘡の増悪に関

係があるとしており、特に月経周期が規則正しくなっていると考えられる大学生では53.1%が関係すると答えていました。痤瘡ができた時の対処法は、72.8%が肌の手入れを心掛けると回答し、洗顔、保湿、つぶすの順でありました。

痤瘡ができた時に気になる皮疹は、紅色丘疹が56.7%、膿疱39.3%と炎症性皮疹が主体であり、痤瘡瘢痕や炎症後紅斑、萎縮性瘢痕や肥厚性瘢痕についても一定の割合で気になるという結果でした。痤瘡の治療目標は、「完全にきれいに」と回答したのは全体の76.1%であるのに対して、痤瘡への対処として医療機関を受診するものは16.2%で、1999年の前回調査での11.8%よりもやや高くなっていましたが、依然低い割合でした。医療機関での治療満足度は、満足25.2%、やや満足46.1%と他の対処法と比べて高くなっていました。最後に、面皰（コメド）の認知率は、知っている5.8%、聞いたことがある11.9%でした。受療率を上げるためにも、更なる疾患啓発活動の必要性を示唆していました。

今回の調査結果は、発症年齢や思春期痤瘡の経過などの疫学的な側面は、前回1999年と同様の結果であり、このことは調査の手法が適切で、信頼性の高い結果であることを示していると思います。現在、日本臨床皮膚科医会学校保健委員会では、痤瘡についての教育用資材を作成し、学校での出張授業を行える環境を整え、疾患啓発活動を行っています。前回調査と比較して受療率が向上していることや、面皰の認知率をみると一定の疾患啓発活動の成果は見られていますが、未だ十分ではないことを示していると考えられ、今後も疾患啓発活動を拡充しつつ、継続していく必要があると考えられました。

痤瘡の病態

痤瘡の発症機序としては、「Cutibacterium acnes（いわゆるアクネ桿菌、にきび菌）の増殖」、「毛包漏斗部の角化異常」、「皮脂分泌の亢進」、「炎症」の4つとされています。最新の研究では、微小面皰形成の段階からより微小な炎症が生じているため、アクネ桿菌の増殖を抑えるのみならず、早期から「アクネ桿菌に対する直接的反応と自然免疫を介した反応、それによって生じる炎症反応」を抑えることが重要となると考えられています。そして、非炎症状態に見える段階での面皰治療、更に炎症を伴った状態における抗炎症・抗菌治療が重要となり、その結果、瘢痕化リスクの軽減につながると考えています。

思春期に多く見られるのは、ホルモンの影響が大きいと考えられています。顔面を中心に、炎症を伴わない皮疹である面皰から、炎症を伴う紅色丘疹、膿疱へ進展します。面皰は、通常目に見えないほど小さい、組織変化の段階である微小面皰から進展し、面皰に炎症反応が加わって紅色丘疹となり、更に感染によって膿疱となります。膿疱より炎症が更に深く進行していくと、嚢腫・結節となり、治癒後に瘢痕（＝にきびあと）を残すこととなります。

診断は、にきびの個数によって軽症から最重症までの4段階に分類されています。軽症は、片方の顔に炎症性のにきびが5個以下と定義され、中等症では6個以上20個以下、

重症では片方の顔に炎症性のにきびが 21 個以上 50 個以下、最重症では片方の炎症性のにきびが 51 個以上となります。

痤瘡の治療

治療方法は、皮疹の状態により異なります。治療の基本は、毛穴につまった脂を取り除くことと、アクネ桿菌に対する治療です。具体的には、見た目の炎症が少ない場合には、アダパレンの外用、過酸化ベンゾイルの外用、面皰圧出療法、洗顔・保湿などのスキンケア、イオウ製剤の外用、漢方薬などによる治療となります。

炎症、赤みを伴っている場合には、面皰の治療に加えて、抗菌薬の外用や内服を併用します。時に嚢腫や結節を形成した場合には、ステロイドの局所注射、抗菌薬の内服を、癬痕を形成した場合には、トラニラストの内服、手術療法、自費診療となりますがケミカルピーリングなどの治療法を組み合わせで選択します。

規則的な生活のリズムやバランスのとれた食生活の指導も、ホルモン、皮脂腺の分泌に対してよい影響を与えますので、患者さんと相談しながら取り組むのがよいと思われます。

痤瘡治療には昔から抗菌薬がよく用いられてきましたが、いわゆる耐性菌の出現を抑制する必要性が近年強調されています。そのため、抗菌作用、抗炎症作用、角質剥離作用などの作用機序をもつ薬剤を上手に使用し、必要のない期間に抗菌薬を長く使用することは注意しなければなりません。また、治療の第一選択肢として用いられるアダパレンの外用、過酸化ベンゾイル製剤は、時に接触皮膚炎や接触皮膚炎様の炎症が生じることがあるため、医師の指導によって認容性向上や治療アドヒアランスを上げることが重要となります。

最後に、痤瘡癬痕数は痤瘡重症度と相関すると言われていています。一見正常な皮膚に見える微小面皰においても、マクロファージや IL-1 α 陽性細胞などの浸潤が既に起き、炎症が生じていることも知られており、癬痕形成前の抗炎症治療がより重要となります。痤瘡癬痕の治療は、精神的苦痛が長期間にわたるため、少しでも痤瘡が気になりだし、「完全に治したい」と希望される患者さんがおられましたら、皮膚科に受診していただきたいと考えています。