2022 年 3 月 7 日放送

「第 120 回日本皮膚科学会総会　⑮
教育講演５６－１　化膿性汗腺炎とは？」

日本大学　皮膚科
助教　葉山　惟大

化膿性汗腺炎とは？

本日は近年、疾患概念が変わりつつある化膿性汗腺炎の概要を紹介いたします。

化膿性汗腺炎という疾患名をご存知でしょうか？本邦では臀部慢性膿皮症のほうが馴染み深い疾患名かもしれません。海外では臀部慢性膿皮症は臀部の化膿性汗腺炎と同義語と考えられています。従来、これらの疾患名は細菌感染症や膿皮症の項目に分類されてきました。したがって本邦ではこれらの疾患を感染症と考えがちでした。しかしながら近年の研究で化膿性汗腺炎は細菌感染症ではなく、毛包を中心とした炎症であり、好中球を中心とした慢性の自己炎症性疾患の一つと考えられるようになってきました。近年、特に研究が進んでいる疾患であり、治療薬も多数開発されています。

化膿性汗腺炎の定義

化膿性汗腺炎は慢性・炎症性・再発性・消耗性の皮膚毛包性疾患であり、患者の生活の質を著しく障害します。欧米では日常診療でよく見る頻度の高い疾患であり、治療ガイドラインも整備されています。しかし、本邦では感染症と誤解されていたという事情もあり、疾患概念や治療法が十分に普及されているとは言えませんでした。

私達は化膿性汗腺炎の疾患概念や診療方針の普及のために海外のガイドラインを参考に「化膿性汗腺炎診療の手引き 2020」を作成しました。手引きの作成を開始した 2020 年、本邦において化膿性汗腺炎の研究データは少なく、研究面だけでなく臨床面でも十分なエビデンスがあるとは言えない状態でした。このような背景があったため、まずは疾患概念

と基本的な治療方法の普及を目的とし、診療の手引きとして作成することにしました。本診療の手引きは定義と診断基準、疫学、発生機序、合併症、治療の章から構成されます。

定義と診断基準の章では海外のガイドラインを参考に作成した診断基準につき解説しています。

化膿性汗腺炎の確定診断には、下記 3 つの項目を満たす必要があります。

①皮膚深層に生じる有痛性結節、膿瘍、瘻孔、及び瘢痕など典型的な皮疹が認められる。

② 複数の解剖学的部位に 1 個以上の皮疹が認められる。好発部位は腋窩、鼠径、会陰、臀部、乳房下部と乳房間の間擦部である。

③ 慢性に経過し、再発をくり返す。（再発は 6 カ月で 2 回以上が目安とされています。）

また、以下の 2 つは化膿性汗腺炎の診断を補助する所見であります。

④化膿性汗腺炎の家族歴。

⑤微生物の培養検査で陰性、あるいは、皮膚常在菌のみを検出する。

化膿性汗腺炎（HS）の定義

HSの確定診断には、下記3つの項目を満たす必要がある。

①皮膚深層に生じる有痛性結節、膿瘍、瘻孔、及び瘢痕など典型的な皮疹が認められる。
② 複数の解剖学的部位に1個以上の皮疹が認められる。好発部位は腋窩、鼠径、会陰、臀部、乳房下部と乳房間の間擦部である。
③ 慢性に経過し、再発をくり返す。

また，以下の2つはHSの診断を補助する所見である。
④化膿性汗腺炎の家族歴。
⑤微生物の培養検査で陰性、あるいは、皮膚常在菌のみを検出。

化膿性汗腺炎診療の手引き2020より引用

化膿性汗腺炎は感染症ではない証拠として

① 炎症があるにもかかわらず病変近くのリンパ節腫脹がみられない。

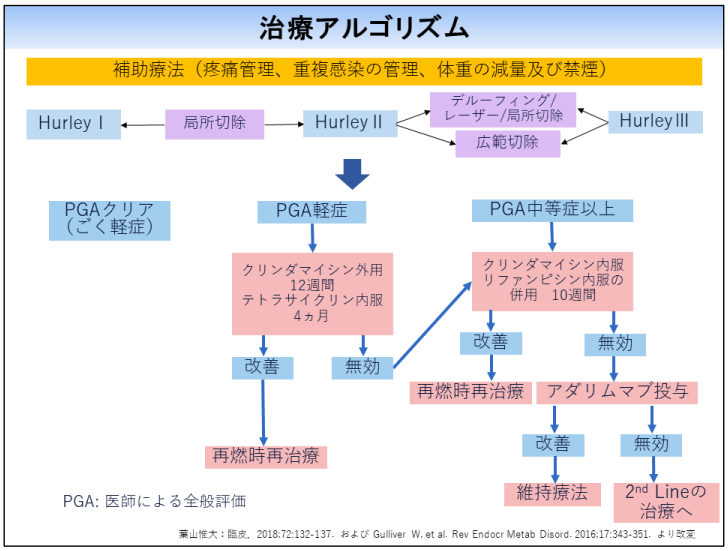
② 皮膚に瘻孔が多数あるにも関わらず黄色ブドウ球菌や溶連菌の重複感染は極めて稀である。

③ 感染症を助長するステロイドや免疫抑制剤、TNF α 阻害薬が有効である。

などが挙げられます。しかしバイオフィルムの形成は炎症の進展に寄与する可能性がありますし、重症例では二次感染を起こすこともありますので注意が必要です。

化膿性汗腺炎の重症度分類

化膿性汗腺炎の治療には重症度の評価が重要となります。診療の手引きには海外のガイドラインを参考に作成した治療アルゴリズムが掲載されています。化膿性汗腺炎の治療は患者の主観的評価と医師による客観的評価に基づいて実施されることが推奨されます。病初期には外用を含む薬物療法が試みられますが、再発を繰り返す病変では外科的治療が適応となります。病変が広範囲に及ぶ場合には



薬物療法の単独あるいは外科的治療との併用が適していることもあります。治療方針を決めるためには重症度を決定する必要があります。

重症度分類には Hurley 病期分類が汎用されてきました。

Ⅰは孤立した膿瘍が見られるのみで軽症にあたります。

Ⅱは１つの病巣で瘢痕ができ、瘻孔が形成される段階となり中等症となります。

Ⅲは瘢痕と瘻孔からなる病巣が複数癒合し炎症と慢性的な排膿をともなう段階であり、重症となります。

この分類ではⅠ～Ⅲの 3 段階に分類するため患者の正確な重症後が判定できない、複数の解剖学的部位に病変がある患者での重症度判定が難しいなどの欠点がありました。そのため近年は International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System：IHS4 が良く用いられています。IHS4 は、HS 重症度を動的に評価するための臨床的スコアリングシステムです。病変（結節、膿瘍、瘻孔・瘻管）の数に基づき、重症度を 3 段階で評価します。結節は 1 点、膿瘍は 2 点、瘻孔・瘻管は 4 点とカウントします。合計スコア 3 点以下で軽度、4～10 点で中等度、11 点以上で重度と判定されます。治療評価法である Hidradenitis Suppurativa Clinical Response（HiSCR）に含まれる臨床徴候のみで評価できるため、HiSCR と組み合わせて使えます。HiSCR は治療に対する症状の臨床的変化を数値化した疾患活動性の指標です。この評価基準は治療前後の炎症性結節、膿瘍、排膿性瘻孔の数の変化に基づいて、臨床的に評価します。膿瘍と炎症性結節の総数が治療前から少なくとも 50%減少し、かつ、膿瘍と排膿性瘻孔の数が増加していなければ、HiSCR 達成と判定します。この評価法は近年治療効果の判定に多用されています。

Hurley病期分類

Ⅰ：孤立した膿瘍

Ⅱ：1つの病巣で瘢痕ができ、瘻孔が形成される。

Ⅲ：瘢痕と瘻孔からなる病巣が複数癒合し炎症と慢性的な排膿をともなう。

IHS4 (International hidradenitis suppurativa 4)

- HS重症度の動的評価のための臨床スコアリングシステムである。
- 結節、膿瘍、瘻孔・瘻管の数で評価される（結節、膿瘍は10 mm以上を数える。）
- 中等度から重度の症例の識別、早期発見を可能にする
- HiSCRに含まれる臨床徴候のみで評価するため、HiSCRと組み合わせて使いやすい

IHS4	重症度	
1X (炎症性結節の数) ＋ 2X (膿瘍の数) ＋ 4X (瘻孔・瘻管の数)	≦3 4～10 ≧11	軽度 中等度 重度

化膿性汗腺炎の疫学

化膿性汗腺炎の有病率は欧米では 1-2%と考えられていますが、アジア諸国ではかなり少ないと考えられています。韓国の統計では 0.06%と報告されています。本邦のレセプトデータから推定した値では 0.0039%と推定されます。しかし慢性膿皮症は 0.1589%と高値であり、実際にはもっと患者数が多い可能性があります。有病率の他にもアジアでは男性患者が多い、家族歴が少ない、重症患者が多い、肥満の患者が少ないなどの特徴があります。

患者背景の違い

	海外	本邦
男女比	1:2	2:1
発生時期	思春期以降	30代前後
好発部位	腋窩、乳房下部、鼠径	臀部
家族歴	30-40%	2-3%
重症度	Hurley Ⅲ 4%	Hurley Ⅲ 20-40%
重症化因子	肥満、糖尿病、多毛、クローン病	糖尿病

本邦では男性に多い。韓国でも同様の報告あり。東洋人の特徴？

好発部位が異なる。

家族歴が少ない。

重症患者が多い。

※異なる試験の結果をひとまとめにしています

1) Zouboulis CC et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 29: 619-44, 2015
2) Kurokawa I et al, J Dermatol. 42: 747-9, 2015.
3) Hayama K, et al. J Dermatol. 47:743-8, 2020

本邦では臀部に病変を持つ患者が多く、有棘細胞癌の発生に留意する必要があります。有棘細胞癌の発生は生命予後にかかわる重大な問題ですが、エビデンスレベルの高い対処法がないのも実情です。有棘細胞癌の発生リスクを念頭に置きながら適宜生検査を行い経過観察が必要です。

化膿性汗腺炎の今後の課題

化膿性汗腺炎は近年の研究により病態生理が次第に分かってきました。病変部における炎症性サイトカインのプロファイルが解析され、それに伴い生物学的製剤の開発が進み、現在臨床試験が進行中の薬剤がいくつかあります。また、本邦でも家族性化膿性汗腺炎の遺伝子変異が見つかるなど遺伝的側面に関する研究が進んでいます。このように化膿性汗腺炎の研究と治療は日々進歩しています。しかしながら問題点もまだたくさんあります。

現在問題点として①どのくらい患者がいるか不明。②本邦の実情にあった治療アルゴリズムがない。③患者さんはどのくらい困っているのかが分かっていない④患者の予後が不明、などが挙げられます。現在、これらの課題をクリアすべく複数の施設と協力して調査を進めています。