

序

皮膚科のクリニックでは、大学とは対象疾患が大きく異なります。酒皰やその近縁疾患もその一つで、大学病院ではほとんど目にしませんが、クリニックでは存外に多いと感じていました。アトピー性皮膚炎のプロアクティブ療法が普及するにしたがって、長期にわたり局所免疫を抑制する外用薬を使用する機会が増えたこと、そして、新型コロナウイルス感染症の対策としての日常的なマスクの着用などの要因で、とくに最近増加していると思います。

一方、多くの一般皮膚科・美容皮膚科のクリニックで適切な診断や治療を受けずに、困窮している酒皰やその近縁疾患を有する患者さんが多いことに気づきました。背景として、生命にかかわる疾患でないので大学病院に紹介されず、医師を教育すべき医学部で教育の対象として組上に載らないことや、利益率の良い治療薬が存在しないため製薬会社が啓蒙の対象にしないことなどの複合的要因があると考えます。

日本語で記載されている一般的な皮膚科の教本を開くと、酒皰や酒皰様皮膚炎はかならずとりあげられています。また、毛包虫性痤瘡の記載もたいていあります。これらの記述はもちろん正しいのですが、これらの疾患間の関連性や治療に対する反応性、経過、他の皮膚疾患を合併しているときの対応の方法などは記載されていません。自分自身がそうであるように、この点において実臨床との壁を感じている皮膚科医が多いと思います。

本アトラスは、酒皰およびその近縁疾患の正しい診断と治療を記載したうえで、診断・治療例をアトラス形式で例示することにより、酒皰やその近縁疾患の本邦における診療レベルの向上に資することを目的としました。エビデンスにこだわると、正確ではあるものの、明確な記載が難しくなる場合があります。本書では、基本的に両者の両立を心がけましたが、どうしてもわかりにくい部分については、本書の性質上、エビデンスよりわかり易さを優先させた記載があります。この場を借りてお断り申し上げます。

本書が日々の診療で同疾患に相対している医師の診療の一助になれば幸甚です。

2022年1月

東京慈恵会医科大学皮膚科学講座教授

延山嘉眞

1. 酒皸の概念・診断

1. 概念と症状

酒皸は頬部、鼻、前額部を中心とした炎症性皮膚病変を特徴とする慢性疾患である¹⁾(図1-1)。

皮膚症状と眼症状がある。皮膚症状は、持続的な顔面の紅斑、丘疹、膿疱、毛細血管拡張、再発性の潮紅、鼻瘤（増殖性の結節形成）である。皮膚バリア機能の障害によって過度な経表皮水分喪失が生じる結果、乾燥、鱗屑、過敏、灼熱感が生じる¹⁾。また、顔面に紅斑や丘疹が多発することにより、審美的な側面から自己評価を低下させうる。さらに、抑うつ状態からQOLを著しく損なうこともある。眼の症状（眼型酒皸）は酒皸患者の半数以上に合併し、高頻度に異物感、乾燥、灼熱感、掻痒、発赤、羞明、流涙、霧視を生じる。角膜炎による視力障害はまれではあるが生じうる。

2. 増悪因子

寒暖差、ストレス、紫外線、香辛料、熱い飲み物、喫煙およびアルコールにより症状が増悪する¹⁾(図1-2, 1-3)。

3. 発症頻度

酒皸の発症頻度は報告によって相当異なる。32報の文献を基にしたメタ解析では、成人の0.09～24.1%が罹患すると試算されている²⁾。一方、眼の酒皸（眼型酒皸）に限ると0.4～1.0%と少ない^{3,4)}。酒皸患者の半数以上で眼症状がみられることを鑑みると、

過小評価されている可能性がある。日本人では信頼に足る疫学データに乏しい。

4. 発症年齢

酒皸はすべての年齢で見られるが、30歳以降に診断され、40～59歳でピークを示す⁵⁾。小児にもまれではあるが発症する(図1-4)。実際、イギリスからの報



図1-2 酒皸 春季の紫外線により増悪した症例

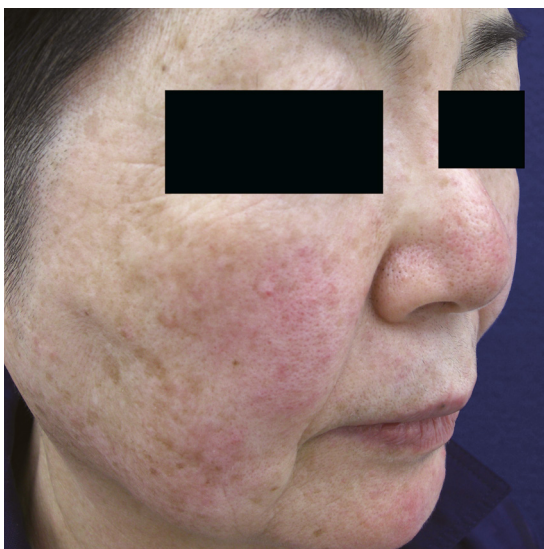


図1-1 酒皸 頬部、鼻、前額部を中心とした炎症性皮膚病変

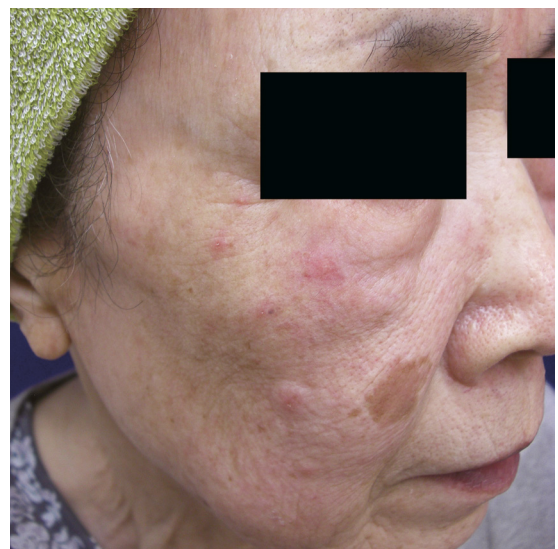


図1-3 酒皸 冬季の寒暖差（室内外の気温差）により増悪した症例

1. 酒皰・酒皰様皮膚炎

症例1 67歳 女性

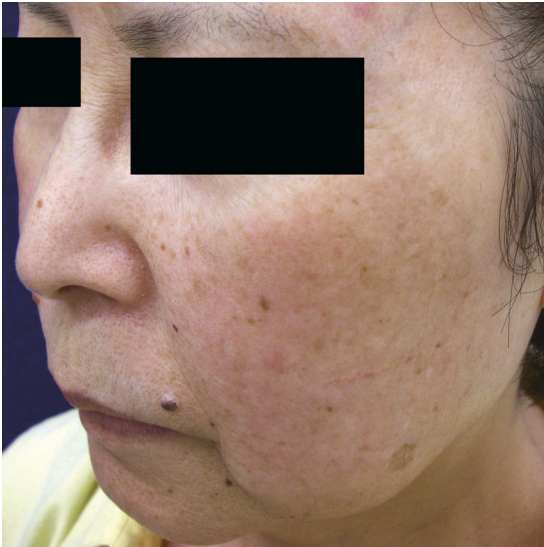


図1-1 診断確定時

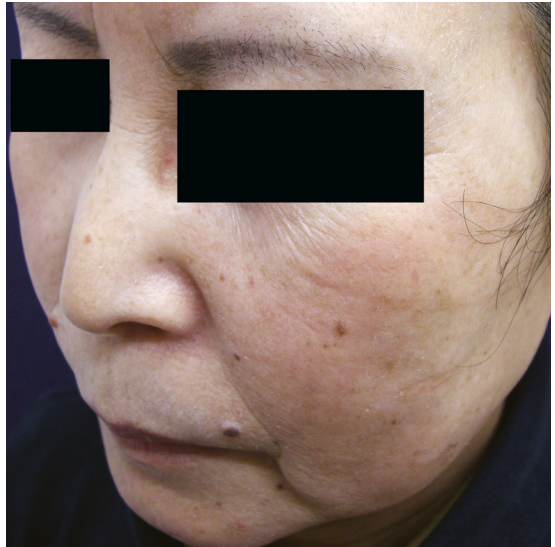


図1-2 診断確定5カ月後

経過

数年前より顔面の一過性の潮紅，毛細血管拡張および持続性の紅斑を自覚していた。日常的なマスクの着用が契機となり，むずむずとした痒痒感を主訴に8月に当院を受診した。酒皰やその類症を考えたが，検鏡で毛包虫が検出されなかったため，0.03%タクロリムス外用とした。2週後に局所的に紅斑が目立つようになった（図1-1）。検鏡でやはり毛包虫は検出されなかった。

診断

紅斑毛細血管拡張型酒皰，酒皰様皮膚炎。

診断根拠

NRSの診断基準より紅斑毛細血管拡張型酒皰と診断できる。また，経過から酒皰様皮膚炎（医原性酒皰）といえる。

生活指導

遮光と保湿を指示した。

治療経過

検鏡にて毛包虫は検出されなかったが，酒皰やその類症の診断基準を満たすので，抗ダニ薬を投与した：ミノサイクリン塩酸塩100 mg/日，ルパタジンマル酸塩10 mg/日およびプレドニゾロン10 mg/日の内服に加え，タクロリムス1回/日およびイオウ・カンフルのショートコンタクト15分程度/日の外用を開始した。反応を確認し，2週後にミノサイクリン塩酸塩の内服を休止した。3週後にプレドニゾロンの内服も漸減のうえ休止した。イオウ・カンフルのショートコンタクト療法を継続している（図1-2）。

解説

毛包虫数は検出感度以下であったものの，検出感度以下の数の毛包虫により酒皰やその類症の症状が顕在化したと解釈できるかもしれない。イオウ・カンフルに対する忍容性が低いために，短時間の外用にとどめた。本症例でプレドニゾロン内服やタクロリムス外用を併用した目的は，イオウ・カンフルによる有害事象の予防，および酒皰やその類症の炎症機転の抑制である。

症例3 49歳 女性

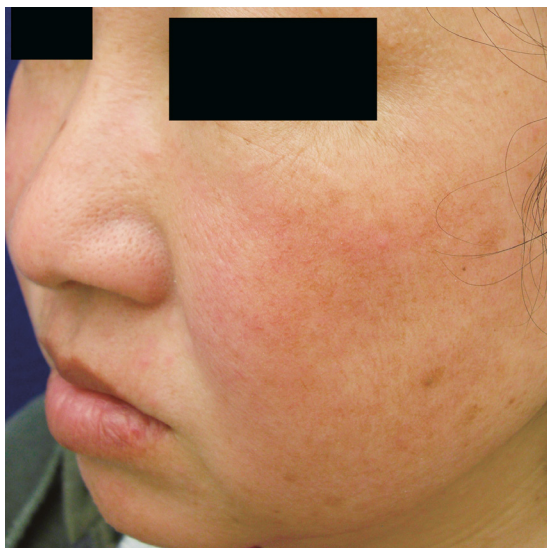


図3-1 診断確定時



図3-2 診断確定10カ月後

経過

数年前より顔面に紅斑があり、アトピー性皮膚炎の診断のもと、0.1%タクロリムスの外用によりコントロールされていた。日常的なマスクの着用が契機となり丘疹が出現し、掻痒が増悪した（図3-1）。好酸性膿疱性毛包炎や毛包虫症を鑑別疾患にあげ、検鏡を施行した。丘疹や膿疱より多数の毛包虫が検出された。

診断

丘疹膿疱型酒皸、酒皸様皮膚炎、毛包虫症。

診断根拠

NRSの診断基準より丘疹膿疱型酒皸と診断できる。また、経過から酒皸様皮膚炎（医原性酒皸）といえる。さらに病変部から毛包虫が多数検出されたことから毛包虫症といえる。日本皮膚科学会のアトピー性皮膚炎診断基準を満たさないため、アトピー性皮膚炎は誤診であった可能性がある。

生活指導

遮光と保湿を指示した。

治療経過

ミノサイクリン塩酸塩 100 mg/日、レボセチリジン塩酸塩 5 mg/日、およびプレドニゾロン 10 mg/日の内服に加え、0.03%タクロリムス連日およびイオウ・カンフル隔日の外用を開始した。軽快を確認し、2週後にミノサイクリン塩酸塩の内服を休止した。3週後に、プレドニゾロンの内服も漸減のうえ休止した。これらの内服薬終了後に再燃をきたし（検鏡で毛包虫が多数検出）、イベルメクチン 9 mg を屯用内服した。しかし依然としてコントロールされず、さらにイオウ・カンフルによる接触皮膚炎が併発したため、同外用薬を0.75%メトロニダゾール外用に変更し、症状は軽快した（図3-2）。

解説

酒皸やその類症ではアトピー性皮膚炎に類似するバリア機能異常がみられるため、本症例のように誤診されやすいので注意を要する。また、本症例ではイオウ・カンフルの刺激性接触皮膚炎を併発した。このような場合、0.75%メトロニダゾールの外用はセカンドラインとして適している。

6. 酒皰やその類症＋花粉皮膚炎

症例1 ▶ 50歳 女性

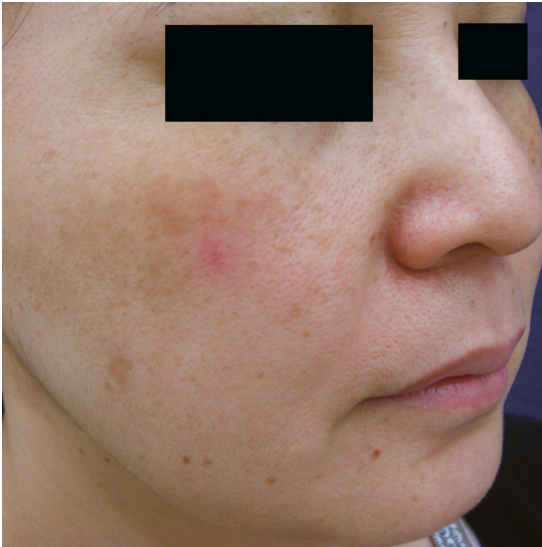


図1-1 診断確定時

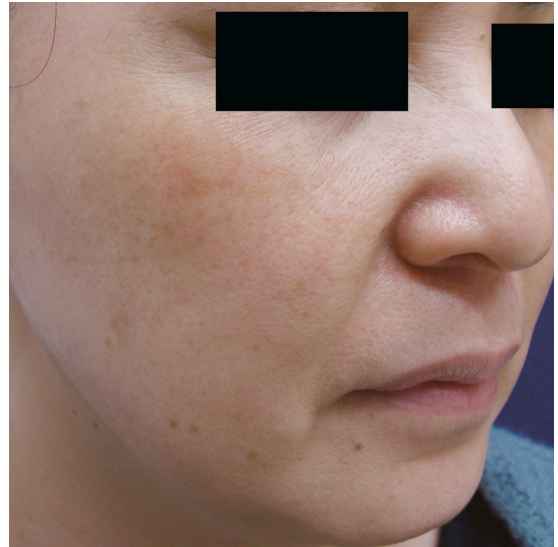


図1-2 診断確定8カ月後

経過

スギ花粉飛散時期に顔面の紅斑が出現した。花粉皮膚炎の診断のもと当院にて0.03%タクロリムス軟膏を連日外用していた。日常的なマスクの着用が契機となり、数カ月後の6月に強い掻痒と紅色丘疹の新生がみられた（図1-1）。検鏡にて毛包虫は検出されなかった。

診断

丘疹膿疱型酒皰，酒皰様皮膚炎，花粉皮膚炎。

診断根拠

NRSの診断基準より丘疹膿疱型酒皰と診断できる。また，経過から酒皰様皮膚炎（医原性酒皰）といえる。経過から花粉皮膚炎が考えられる。

生活指導

遮光と保湿を指示した。

治療経過

ミノサイクリン塩酸塩 100 mg/日，ルパタジンフマル酸塩 10 mg/日，およびプレドニゾロン 10 mg/日の内服に加え，0.03%タクロリムス連日およびイオウ・カンフル隔日の外用を開始した。軽快を確認し，2週後にミノサイクリン塩酸塩の内服を休止した。3週後に，プレドニゾロンの内服も漸減のうえ休止した。ほぼ寛解し，イオウ・カンフルによる有害事象もみられなかった。現在，0.03%タクロリムス軟膏とイオウ・カンフルを2回/週程度外用し，コントロールされている（図1-2）。

解説

本例は病変部における毛包虫の存在が証明されていないので，毛包虫症と診断しない。この場合，酒皰あるいは局所の免疫抑制状態が発症起点となった酒皰様皮膚炎と診断する。また，抗ダニ薬の内服や外用によく反応したことから，検出感度以下の毛包虫が病変の成立に関与している可能性がある。