第52回　京都医学会
専門医会レクチャー
2026.10.4

アトピー性皮膚炎治療戦略

京都府立医科大学皮膚科
助教　井岡奈津江

COI 開示：申告すべきCOIはありません

アトピー性皮膚炎の定義

・アトピー性皮膚炎は、増悪と軽快を繰り返す、瘙痒 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。

・特徴的な左右対称性の分布を示す湿疹性の疾患で、年齢により好発部位が異なる。

・乳児期あるいは幼児期から発症し小児期に寛解するか、あるいは寛解することなく再発を繰り返し、症状が成人まで持続する特徴的な湿疹病変が慢性的にみられる。

・なお、頻度は低いが思春期/成人発症のアトピー性皮膚炎も存在する。

日本皮膚科学会
アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2024

アトピー素因

①家族歴・既往歴（気管支喘息、アレルギー性鼻炎、 結膜炎、アトピー性皮膚炎のうちいずれか、あるいは複数の疾患）
または② IgE 抗体を産生しやすい素因。

＊アトピー性皮膚炎の定義ではアレルギーの存在は必須ではない＊
→診断においてアレルギーの証明が必須となるアレルギー性鼻炎などとは異なる。

・家族歴、 既往歴では蕁麻疹を考慮しない。
・IgE 抗体を産生しやすい素因は血中総 IgE 値とアレルゲン特異的 IgE 抗体価を考慮する。
・総 IgE 値は皮膚炎の活動性に応じて上昇するため、軽症では低値のことが多い。
・軽症の場合 はアレルゲン特異的 IgE 抗体価が参考になる。

日本皮膚科学会
アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2024

アトピー性皮膚炎の定義・診断基準

定義・概念： アトピー性皮膚炎は、増悪と軽快を繰り返す、瘙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。

診断基準 ：

1．瘙痒

2．特徴的皮疹と分布

①皮疹は湿疹病変

急性病変：紅斑、湿潤性紅斑、丘疹、漿液性丘疹、鱗屑、痂皮

慢性病変：浸潤性紅斑・苔癬化病変、痒疹、鱗屑、痂皮

②分布 ・左右対側性

好発部位：前額、眼囲、口囲・口唇、耳介周囲、頸部、四肢 関節部、体幹

参考となる年齢による特徴

乳児期：頭、顔にはじまりしばしば体幹、四肢に下降.

幼小児期：頸部、四肢関節部の病変.

思春期・成人期：上半身（頭，頸，胸，背）に皮疹が強い傾向.

３．慢性・反復性経過（しばしば新旧の皮疹が混在する）

乳児では 2 カ月以上、その他では 6 カ月以上を慢性とする。

上記 1、2、および 3 の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。

そのほかは急性あるい は慢性の湿疹とし，年齢や経過を参考にして診断する。

佐伯秀久，大矢幸弘，古田淳一ほか：アトピー性皮膚炎診療ガ イドライン 2021，日皮会誌，2021；131：2691-2777.

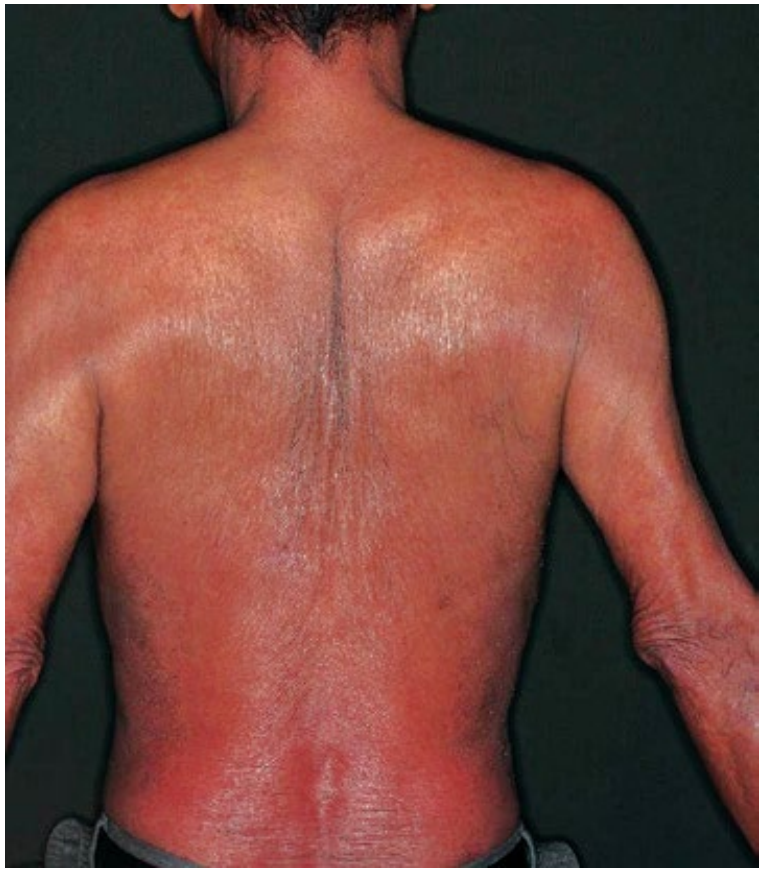
除外すべき診断（合併することはある）

・接触皮膚炎 ・手湿疹（アトピー性皮膚炎以外の手湿疹を除外するため）
・脂漏性皮膚炎
・皮膚リンパ腫　・単純性痒疹　・乾癬　・疥癬
・免疫不全による疾患　・汗疹
・膠原病（SLE，皮膚筋炎）
・魚鱗癬　・ネザートン症候群　・皮脂欠乏性湿疹
・伝染性軟属腫　・伝染性膿痂疹　・カポジ水痘様発疹症

佐伯秀久，大矢幸弘，古田淳一ほか：アトピー性皮膚炎診療ガ イドライン 2021，日皮会誌，2021；131：2691-2777.

皮膚リンパ腫





菌状息肉症

セザリー症候群

皮膚生検、血液検査

疥癬





直接真菌検鏡検査・ダーモスコピー

日本皮膚科学会
アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2024

重症度

軽症：面積にかかわらず、軽度の皮疹＊のみみられる。

中等症：強い炎症を伴う皮疹＊＊が体表面積の 10% 未満にみ られる.

重　症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の 10% 以上、30% 未満にみられる。

最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の 30% 以上にみられる。

＊軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変

＊＊強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化 などを伴う病変



重症の皮膚症状

日本皮膚科学会
アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2024

Eczema Area and Severity Index（EASI）による重症度評価法

1．症状の重症度（各0～3点）
点数の基準0：なし1：軽度2：中等度3：高度
　1.5や2･5は可能であるが0.5は用いない。

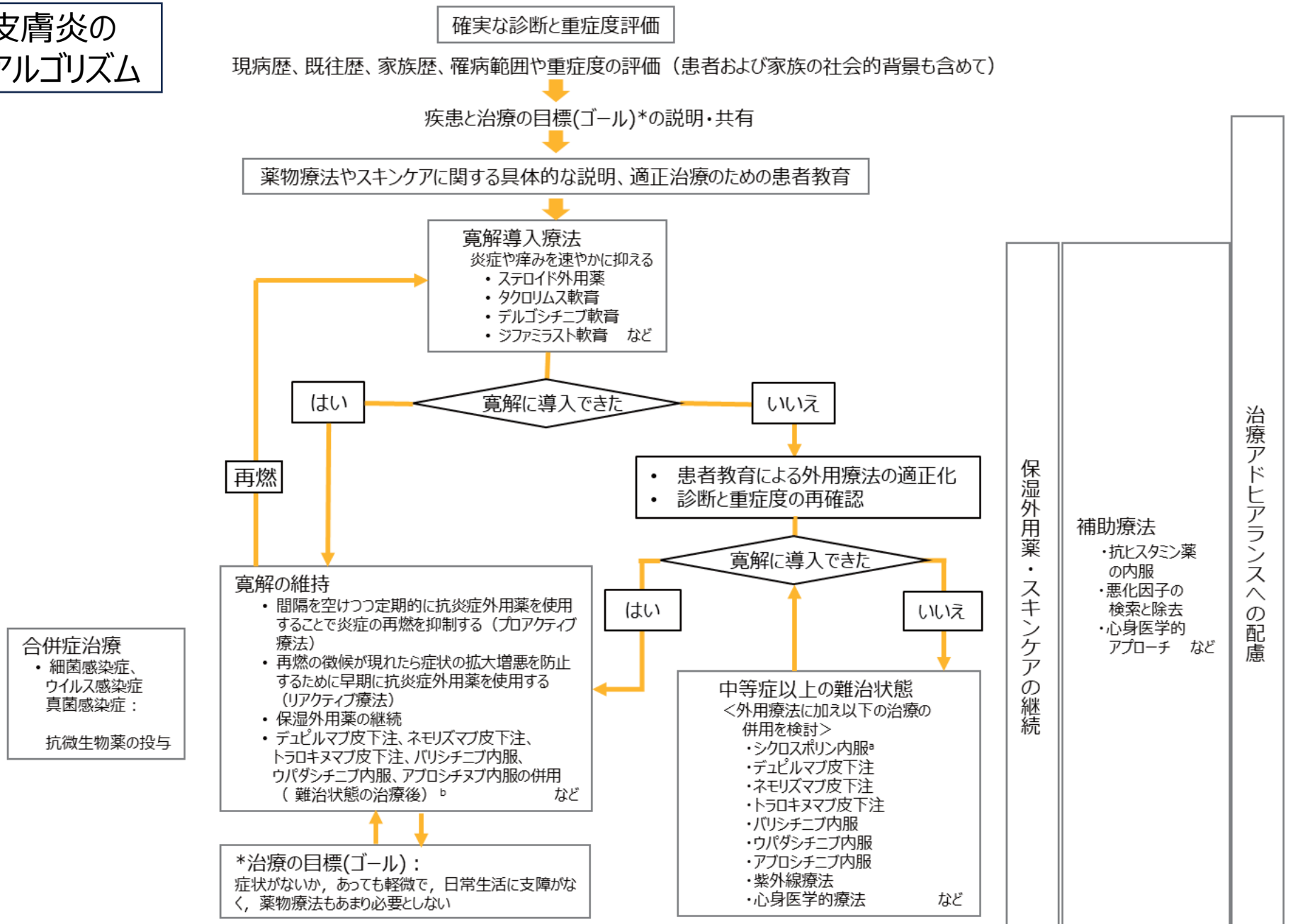
2. 皮疹の面積スコア（0～6）
0%（なし）
1：10%未満
2：10～29%
3：30～49%
4：50～69%
5：70～89%
6：90～100%

3. 年齢別の部位係数評価する4つの症状
･紅斑（赤み）･浮腫･丘疹（腫れ･ブツブツ）･掻破痕（かきむしり傷）
･苔癬化（皮膚のごわつき）
【8歳以上】頭頸部：0.1体幹：0.3上肢：0.2下肢：0.4
【7歳以下】頭頸部：0.2体幹：0.3上肢：0.2下肢：0.3

Investigator‘s Global Assessment (IGA:研究者グローバル評価)

0皮疹なし（Clear）：炎症性の徴候（紅斑、丘疹・浮腫、掻破痕、苔癬化）が完全に消失している状態。
1ほぼ皮疹なし（Almost clear）:かすかな紅斑、またはごく軽度の丘疹・浮腫がある状態。
2軽症（Mild）:明らかな淡い紅斑、および軽度の丘疹・浮腫がある状態。
3中等症（Moderate）:明らかな紅斑、および中等度の丘疹・浮腫がある状態。
4重症（Severe）:強い紅斑、および高度の丘疹・浮腫がある状態。

アトピー性皮膚炎の診断治療アルゴリズム



a:シクロスポリンは原則として連続投与期間は12週間以内とする。再投与が必要な場合は2週間以上の休薬期間をはさむ。
b:中等症以上の難治状態に対して当該薬を導入後、6カ月を目安として寛解の維持が得られた場合には一時中止などを検討する。

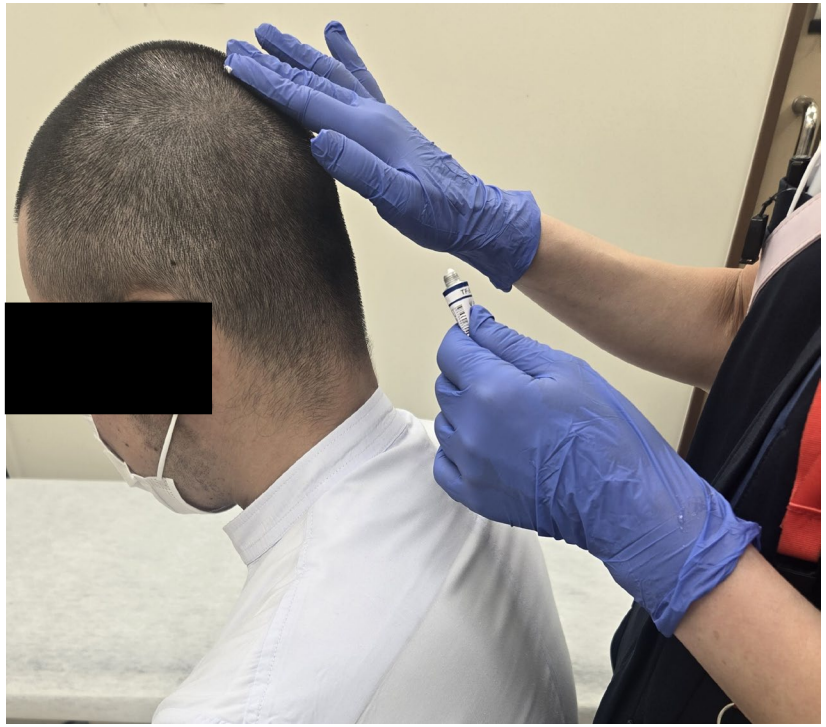
バイオマーカー

マーカー	上昇のメカニズム	基準値（上限）	臨床的な意義
血清 総 IgE値	Th2活性が過剰な免疫状態（IL-4高値）で，産生が亢進する。	明確な基準値はない。 500IU以上の高値はアトピー性皮膚炎で多い	アレルギー素因を示す。長期の経過における病勢を反映する。
特異的 IgE値	同上のメカニズムで産生される， アレルゲンに対する特異的抗体。	検出されることは当該アレルゲンに感作があることを示す。	必ずしも感作＝原因ではない。 原因アレルゲンの同定には詳細な問診が重要。
末梢血 好酸球数	IL-5により骨髄より産生誘導される。	明確な基準値はなく，臨床研究のアウトカムとされるカットオフは様々（300/mm3以上など）。	アトピー性皮膚炎の病勢を反映する。
血清 LDH値	細胞傷害により遊離される。 アトピー性皮膚炎では皮膚の細胞から遊離すると考えられる。	0～2歳：＜400 IU/L 2～6歳：＜300 IU/L 6～12歳：＜270 IU/L 13歳～：＜250 IU/L	アトピー性皮膚炎の病勢を反映する。
血清 TARC値	Th2細胞を遊走させるケモカイン。 ケラチノサイトなどから産生される。	6か月～12カ月未満：1,367pg/mL 1歳以上2歳未満：＜998 pg/mL 2歳～15歳：＜743 pg/mL 成人：＜450 pg/mL	アトピー性皮膚炎の病勢を好酸球やLDHよりも鋭敏に反映する。 アトピー性皮膚炎のマーカーとして保険適用。
血清 SCCA2値	Th2サイトカインにより上皮細胞から産生される。	＜1.6 ng/mL	アトピー性皮膚炎の病勢を鋭敏に反映する。15歳以下で保険適用あり。

日本皮膚科学会
アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2024

アトピー性皮膚炎の治療選択肢

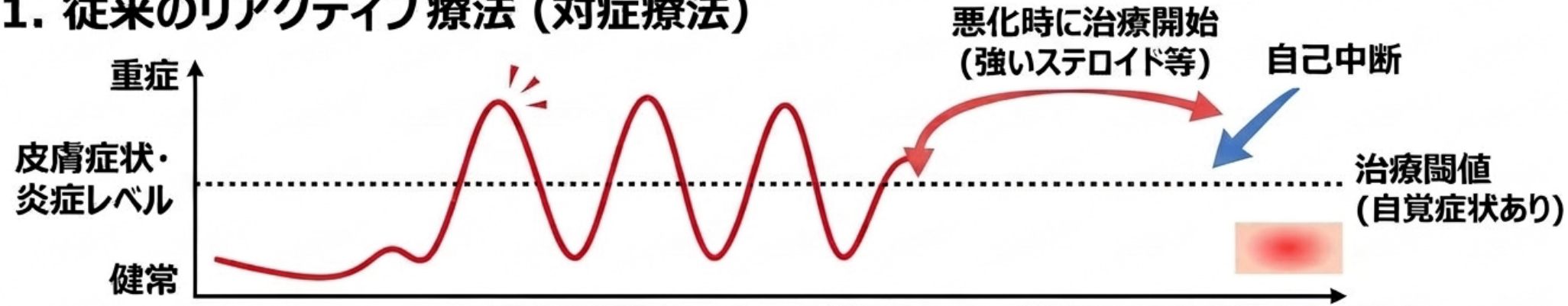
- 外用指導
  ステロイド・タクロリムス・デルコシチニブ・
  ジファミラスト・タピナロフ
- 光線治療
- 教育入院
- 免疫抑制剤内服
- JAK阻害剤内服治療
  - バリシチニブ
  - ウパダシチニブ
- 生物学的製剤
  - デュピルマブ
  - ネモリズマブ
  - トラロキヌマブ
  - レブリキズマブ



外来におけるスペシャリティーナースによる
外用指導の様子

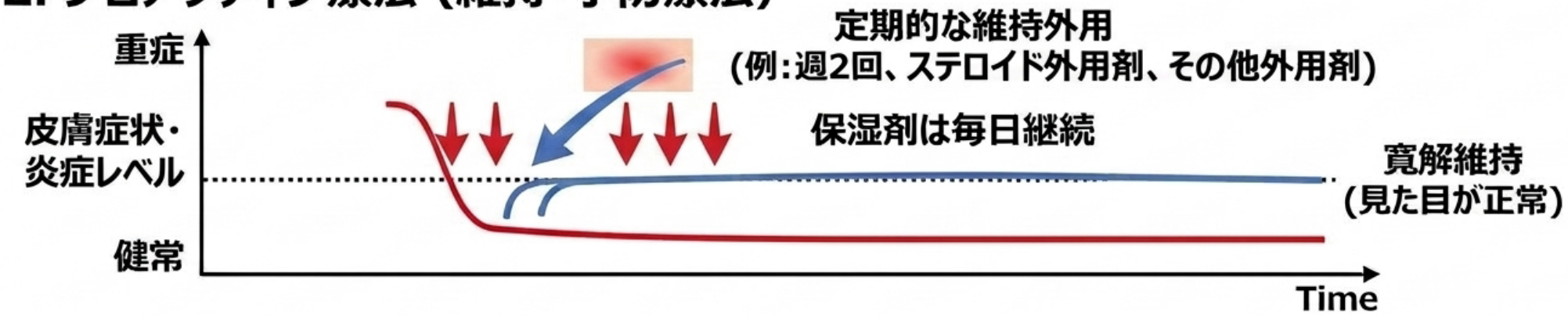
アトピー性皮膚炎：プロアクティブ療法とリアクティブ療法の比較

1. 従来のリアクティブ療法（対症療法）



再燃を繰り返し、トータルのステロイド使用量が多くなる傾向

2. プロアクティブ療法（維持・予防療法）



見えない炎症を抑え、長期寛解を維持。トータルのステロイド使用量は抑制

京都府立医科大学皮膚科
地域連携のしくみ

2026外来出番表

曜日		専門領域
月曜日	**福本毅＊**	**炎症性皮膚疾患**、汗関連疾患
火曜日	金丸麻衣	皮膚科一般
水曜日	**井岡奈津江＊**	皮膚科一般、**アレルギー性皮膚疾患** 汗関連疾患
木曜日	**益田浩司＊**	蕁麻疹、**アトピー性皮膚炎**、乾癬
金曜日	**丸山彩乃＊**	皮膚外科、皮膚腫瘍、乾癬 汗・唾液関連疾患

＊アレルギー学会専門医

専門外来

- 炎症性皮膚疾患（2025年6月より新設）

担当：**福本毅**教授

該当疾患：**アトピー性皮膚炎**・乾癬・汗関連疾患など幅広く対応

日時：木曜日午前・午後

- 蕁麻疹

担当：**益田浩司**准教授

該当疾患：蕁麻疹ほか**アトピー性皮膚炎**、乾癬

日時：火曜日午前

京都府のアレルギー疾患医療拠点病院

- 多職種連携のもとで診療

  医師、歯科医師、看護師、栄養士、薬剤師など

- 他科連携による検討会の実施

  小児科・膠原病リウマチアレルギー科

当科における炎症性疾患診療の特徴

検査方法

皮膚生検
血液検査（保存血清での外注委託検査）
画像検査
遺伝子検査
皮膚テスト
光線テスト
チャレンジテスト
発汗試験

治療

アトピー性皮膚炎教育入院
免疫抑制剤の導入・維持
生物学的製剤の導入・維持
ステロイド全身投与（ステロイドパルス・セミパルス含む）
血漿交換
免疫グロブリン療法
光線治療

各疾患の重症度にあわせて外来・入院での検査や治療をおこなっています！！

地域連携を通しての紹介・逆紹介

FAX予約
WEB予約（SAKU洛連携）

WEB予約には事前登録が必要
詳しくは病院HPにて

皮膚生検
画像検査
血液検査
パッチテスト
プリックテスト
光線テスト
発汗テスト

生物学的製剤導入
アトピー性皮膚炎教育入院
治験
手術（外来・入院）
緊急入院
など

大学病院

連携施設

診断後フォロー
症状改善後フォロー
術後の検創・抜糸・定期フォロー
生物学的製剤導入後の維持治療
退院後の治療
など

症例に合わせた
連携をしております

症例供覧

アトピー性皮膚炎の治療例（JAK阻害剤）

<u>症例</u>
40歳代男性
幼児期からアトピー性皮膚炎と診断
成人になり増悪傾向
近医皮膚科を時々通院して外用治療
外用はしっかりできているが経過不良のため当科受診

初診時臨床写真





全身に紅斑、丘疹、苔癬化
EASI*スコア　59.2
IGA**　4
%BSA*** 80%

*EASI:Eczema Area and Severity Index
**IGA:Investigator’s Global Assessment
***BSA:Body Surface Area

治療

注射薬は選択されず、内服希望

血液検査・胸部Xp検査で問題なし

ウバタシチニブ開始

血液検査

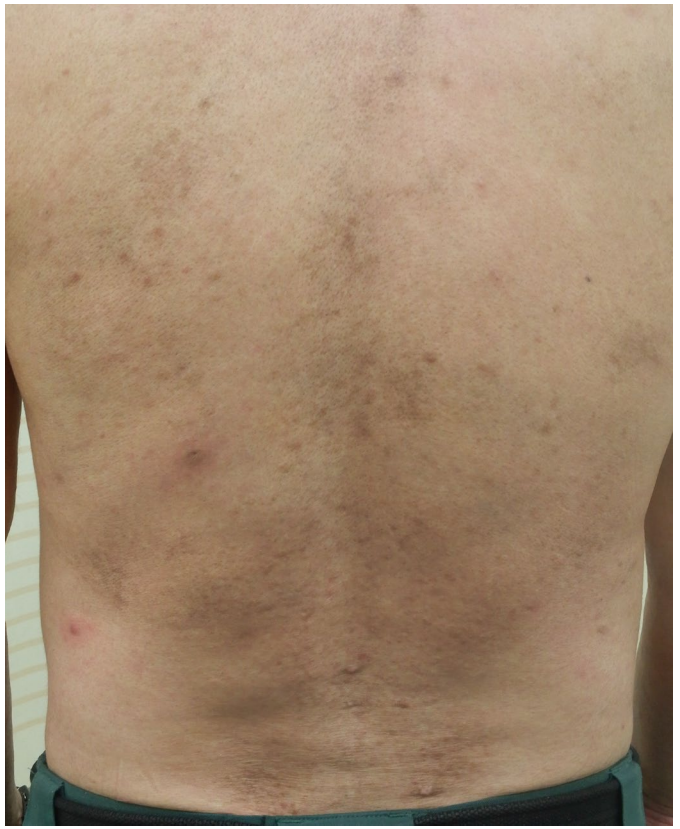
IgE	19833→16120	IU/ml
LDH	226→248	IU/l
WBC	7900→8200	/μℓ
好酸球数	5.2→6.4	%
TARC	4950→2149	pg/ml

経過

ウバタシチニブ15mg開始後著明に改善

定期的通院され再燃なく経過





胸部・背部に丘疹が小数個残るのみ

EASIスコア　2.8

IGA　1

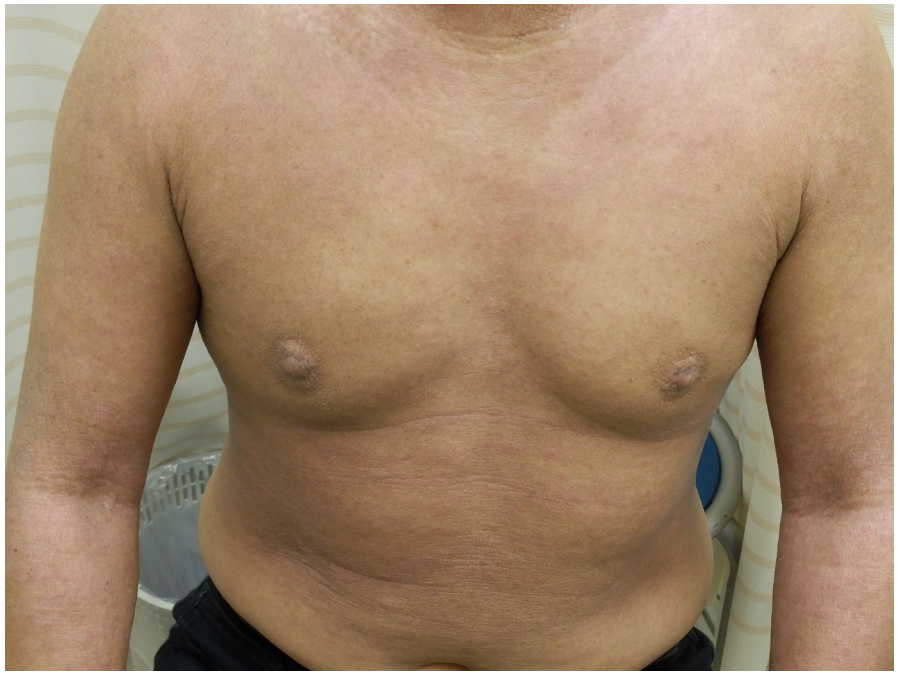
%BSA 4%

アトピー性皮膚炎の治療例（生物学的製剤）

<u>症例</u>
50歳代男性
幼児期からアトピー性皮膚炎と診断
成人になり増悪傾向
近医皮膚科を時々通院して外用治療
→ステロイド忌避
知人より当院を勧められ治療の相談に来院

初診時臨床写真







初診時全身に紅斑、丘疹、苔癬化を認める
EASI*スコア　51.6
IGA**　3
%BSA***　50%

治療
注射薬を希望
外用はステロイド以外を希望
デュピルマブ開始

血液検査

IgE	16076→6208	IU/ml
LDH	255→163	IU/ml
WBC	6500→4600	/μℓ
好酸球数	16.7→15.6	%
TARC	2461→367	pg/ml

経過

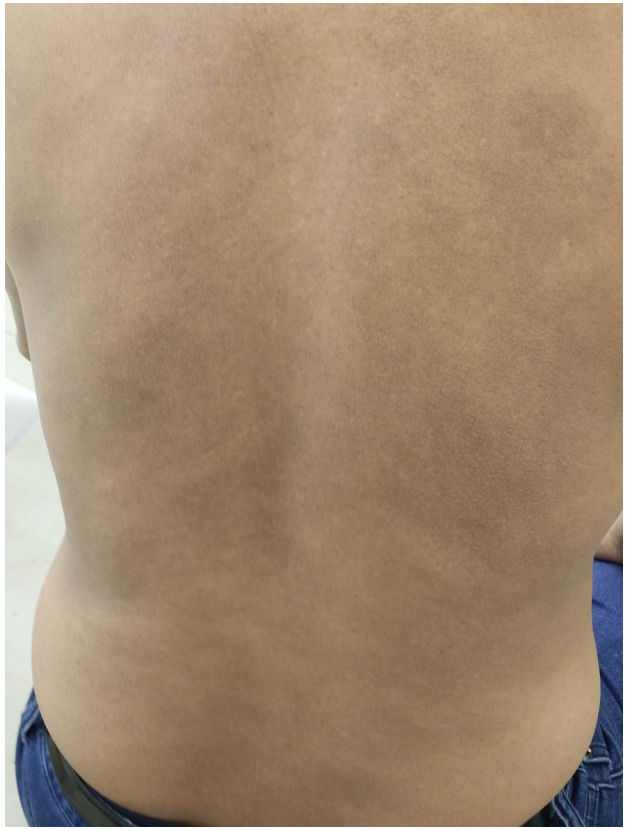
デュピルマブ開始後著明に改善

1年後再燃なくいったん中止

その1年半後に再燃しデュピルマブ再開

定期的通院され再燃なく経過







顔面頚部に紅斑軽度のこるのみ

EASIスコア　3

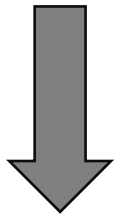
IGA　2

%BSA 5%

今後の展望

- どの治療薬を選択するか
  どの治療薬が一番適切なのか？

- 外用剤をどうしていくか
  現時点では治療の土台的な位置づけ→今後は？？



今後の治療戦略は変化していく可能性がある。