

マルホ皮膚科セミナー

2024年1月8日放送

「第122回 日本皮膚科学会総会 ⑮

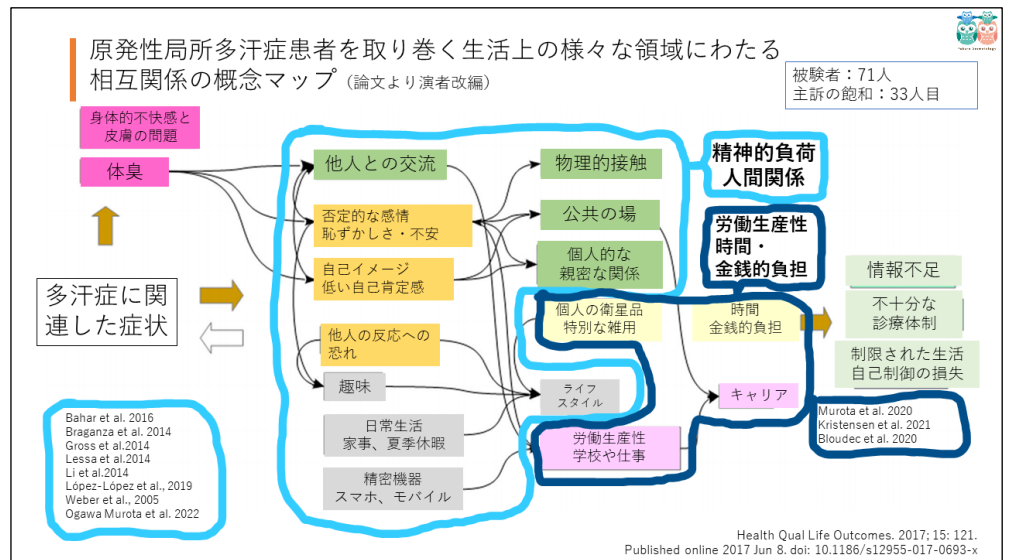
教育講演54-1 多汗症診療最前線」

池袋西口ふくろう皮膚科クリニック
院長 藤本 智子

多汗症患者が抱える負担

本日は、多汗症についてお話をさせていただきます。まず、多汗症患者の抱える生きづらさをご紹介します。多汗症患者さんは、自身の汗自体の不快感、また体臭について、悩みをお持ちです。

その悩みの内容としては、一つは汗に対処するための衛生用品にかかる費用や時間負担の問題、二つ目は汗のことで学校の勉強や、会社でのパフォーマンスが落ちてしまうというような自身のキャリアに結びつくような問題で、労働生産性として報告されています。



一方で汗が多いことで、他人との交流、物理的な接触や公共の場で他人と触れ合うことを避けたりとか、親密な関係を避けること、それによってもたらされる感情的にも恥ずかしい不安といったような精神的負担という面の悩みに大別されます。

これらは患者さんの負担として論文にも多く出ておりました、実際、脇の多汗症が生産性に与える影響としましては、約30%低下すること、金額にしてひと月に3,120億円もの疾病負担額に相当する

論文がありますし、海外でも、多汗症患者さんは不安障害とうつ症状の有病率が有意に高かったという論文が多数認められております。

このように、まず多汗症自体が、様々な日常生活に支障を生じさせます。その緊張や苦手の景観と意識から、多汗症状がさらに増強し困難な体験が積まれます。この負のループに陥っていく中で、患者は孤独感や疎外感、無力感を感じ、また集団生活や人との関わりを避けるようになって、非常に生きづらくなるというような患者さんの負担が見えてくると思います。

多汗症の診療意義とは？ うつ病および不安障害との関係：システムチックレビュー

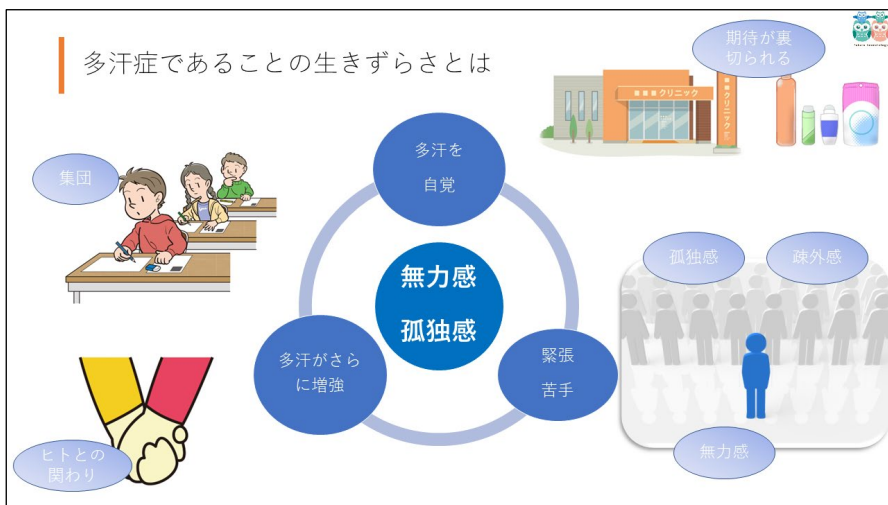
試験	対象	結果
Bahar et al., 2016	原発性多汗症（腋窩、手掌、足底、顔面）	多汗症の患者は 不安障害 と うつ病 が有意に高かった（それぞれ21.3%と27.2% vs 7.5%と9.7%）（ $p < 0.001$ ）。
Braganza et al., 2014	原発性多汗症（腋窩、手掌、足底、顔面）	49.6%が 不安障害 であり有意に高かったが、11.2%はうつ病で有意に高くなかった。
Gross et al., 2014	原発性局所多汗症（腋窩、手掌、足底）	BDI-IIで原発性局所多汗症の患者は うつ病 が有意に高かった（60% vs 10%）（ $p < 0.002$ ）。
Lessa et al., 2014	原発性局所多汗症（手掌、足底、腋窩）	SPIでは、 社会恐怖 を併発する多汗症患者が有意に高かった（47%、 $p < 0.019$ ）。Skindex-16では、QOLが著しく低下した。
Li et al., 2018	原発性手掌多汗症	17.6%が 不安障害 、16.7%が うつ病 であった。
López-López et al., 2019	原発性多汗症	HDSS 2~4の患者の21%は、BDIで うつ病 と分類された（ $p < 0.001$ ）。
Weber et al., 2005	原発性多汗症（腋窩、手掌および足底）	不安障害とうつ病はSTAIとHADSにおいて正常値が認められた。QOLは治療後に改善し、不安障害及びうつ病と逆相関した。

ほとんどの試験で原発性局所多汗症とうつ病及び不安障害の関係がみられた

目的： 原発性多汗症とうつ病および/または不安との関連を検討した対照研究をまとめること
 研究方法： PubMed, EmbaseおよびPsycINFOで以下の用語を用いて検索した。原発性多汗症およびうつ病または自殺念慮、抗うつ薬、不安、パニック発作、心配、抗不安薬、原発性多汗症患者とうつ病または不安症のいずれかとの関係を検討した英語でのすべての研究を、標題および抄録に従ってレビューした。
 Johannes K K et al., Acta Derm Venereol 2020; Jan 30;100(1):adv00044より転載

多汗症の治療により精神状態が改善する可能性

では、私達は多汗症診療に対して、どのような心得で診療していけばいいのでしょうか。一つの回答としまして、このような論文があります。アメリカの胸部外科からの報告ですが、こちらは胸部交感神経遮断術を受けた患者さん、手の重症の症状を呈するような、手掌多汗症の患者さんに対して最終手段である手術を受けてもらった人の、手術前と手術後の精神の改善度をみた論文になります。



この論文の要点は、手掌多汗症の患者さんの精神的なアプローチを全くしないで、多汗症のみの治療だけで、患者さんの治療前後の精神状態が改善するのかどうかをみたところにあります。

結果的に言いますと、この手掌多汗症重症の患者さんたちは、術前には精神的なうつ状態、不安状態という負荷がかかっていることがわかったんですけども、そのことで抗精神病薬を処方されていた方が、この手術、胸部交感神経遮断術の治療後に多汗症群で**53%**、約半分の方がこの抗精神病薬が処方中止となりました。

これが表していることは、やはり多汗症患者さんの精神的負荷というものは、全部とは言いませんが、一部においては汗そのものの症状によって生じているということです。ですので、我々医師が多汗症患者さんにすべき治療アプローチというものは、まず精神的なアプローチというわけではなく、その多すぎる汗に対して、多汗症の治療をすればいいということになります。


もう一つの論文をご紹介します。これは私自身のものになりますが、やはり手掌多汗症の患者さんの汗のみに対し、精神的なアプローチなしで治療をした前後で精神状態は改善するかを検討したものになります。使った指標はDLQI、VASにてQOLを、SASという質問にて抑うつ状態を測る問診、もう一つは、精神的健康度を診断する30GHQというスコアを使いました。多汗症の診療において手の多汗症の症状は全員改善した患者群を対象としていますが、DLQIは有意な低下を認めま

手掌多汗症の治療介入により(精神的アプローチなしで)精神状態は改善するか

結果：多汗症患者のETS※術後は、精神的なうつ状態、不安状態の尺度が改善した
向精神病薬の処方率は**ETS治療後に多汗症群で 53%が処方中止**となった
対照群で 10%が処方中止となった

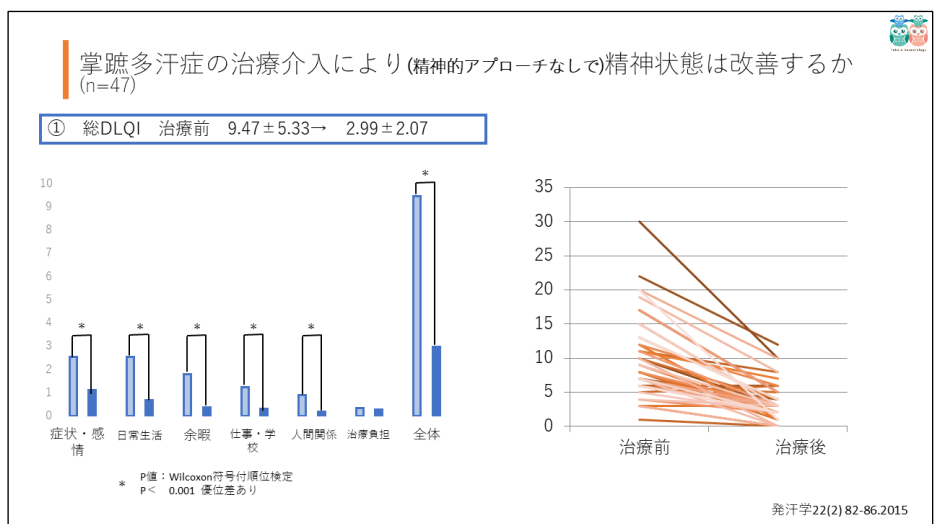
※ 本研究はETS前に各種保存治療を行ったインフォームドコンセント済み

一方で、ETS後も半数が向精神病薬の内服を継続していた
⇒ETS後に**17%が重度の代償性発汗**を示した。
ETS後に**重度の代償性発汗になった 28.6%のみが薬物投与を減らした**
ETS後の**重度の代償性発汗にならなかった57.6%が 薬物投与を減らした**



代償性発汗:ETS後に生じる体幹の多汗
NPO法人 多汗症サポートグループより提供
写真

Li DC, Hullbert A. Eur J Cardiothorac Surg. 2018;54:904-911.



した。また VAS スコアも有意な低下を認めております。一方で抑うつ状態や精神的健康度については約7割の人が改善した一方で、3割の方は汗の症状が良くなったにもかかわらず、精神状態が悪化した方がおられました。

このことから多汗症の治療介入によって精神状態は改善するかという問いに対して、

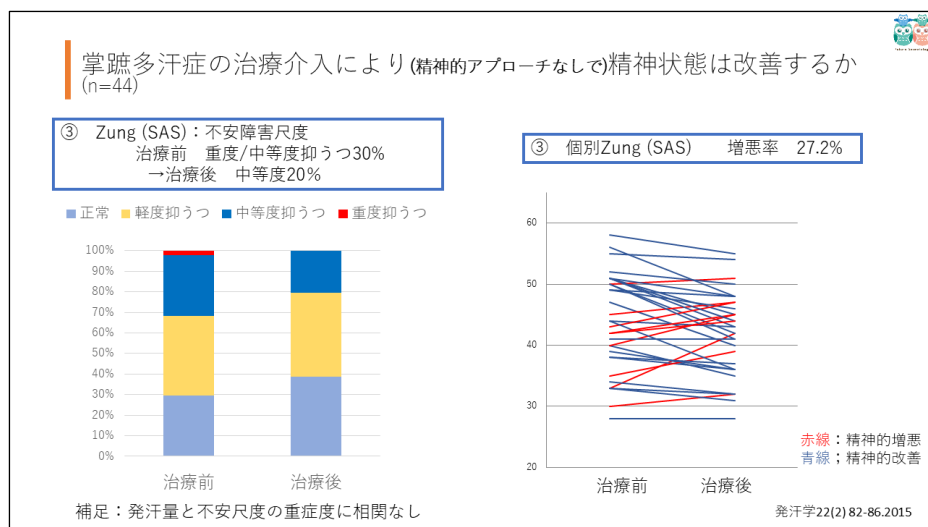
多汗症患者さんは精神的負担が強い群が存在しており、この多汗症に対し有効な治療を行い汗の量が減ることで、精神的負担を改善する群が7割の方がいるということですが、一方で3割の方は、多汗症状が改善するにも関わらず、精神状態が悪化する方もおられるということになります。

まとめですが、多汗症診療による心得では、多汗症診療では不安やうつ状態にある患者さんというものは、おられますが、我々皮膚科の対応としては、まず汗そのものの症状を改善する治療がファーストということで良いということになりまして、約7割、多くの方は、その汗の症状が改善すると患者さんが抱える精神的負担というものも改善することが認められました。一方で、汗の治療を行ってもなお、自覚的な症状改善が乏しい場合や、多汗症以外の精神的な負担が存在する方については、適切なコンサルテーションなども実施することが考慮されるというふうに考えます。

新しい多汗症診療ガイドライン

最後に、新しい多汗症診療ガイドラインが出ましたので、その活用方法についてお話をさせていただきます。まずその診療ガイドラインの存在する目的ですが、これは多汗症という新しい概念、疾患に対して、医師、患者、社会に対してこの正しい認知を広めるためにあります。これは患者さん自身が不利益を受けないため、現状で存在する治療を、正しい情報論文をベースに解説し、医師のみならず患者さん自身が広く社会において適切な医療を選択するための手段として使っていただきたい願いも含まれています。

ですので、対象は医師のみならず全員がアクセス可能なものになっています。また先ほどの多汗症の診療、この根拠となる精神的な負荷、労働生産性の低下などについて解説をしております。



さらに今日ここでは触れませんが、多汗症の部位ごとに診療アルゴリズム、どのような選択肢をどのような順番でしていただくのがいいのかということをご提唱しております。多汗症の診療ですが、そもそも多汗症の治療というのは、患者さん本人が困らなければ行う必要はない疾患でありまして、この診療自体、患者さん自らの希望により開始されるべきであります。

そのため多汗症の治療のゴールというのは、患者さんの生活の中で常に汗が出ないようにするというのではなく、患者さん自身が多汗のことで損なわれている生活の QOL、これが改善されることが目標となります。

いろいろな立場、年齢、職業、生活環境などがありますので、十分な対話の上で適切な治療選択肢というものを提示する診療が望まれております。この背景を元に診療をしていただけるとよいのではないかと思います。

おわりに

多汗症自体は、若い方が非常に困っている疾患ではありますが、実は幅広い年代の方が多く訪れます。昨今、地球温暖化など非常に環境も暑くなってきました、汗は必要な存在であり汗をかかなくすることもできません。しかし、多すぎる汗についても非常に日常生活で困っていることがわかりました。多汗症の診療は、患者さんの多様なニーズに叶うような治療選択肢を組み合わせ、充実した QOL がかなうような、適切な診療に結び付けていただきたいと思います。

汗との付き合い方は自分で決められる時代に入ってきました。1人1人に最適な答えとウェルビーイングを届けたいということで、本日は終わらせていただきます。ご清聴いただきましてありがとうございました。

「マルホ皮膚科セミナー」

<https://www.radionikkei.jp/maruhohifuka/>