

# マルホ皮膚科セミナー

2017年11月16日放送

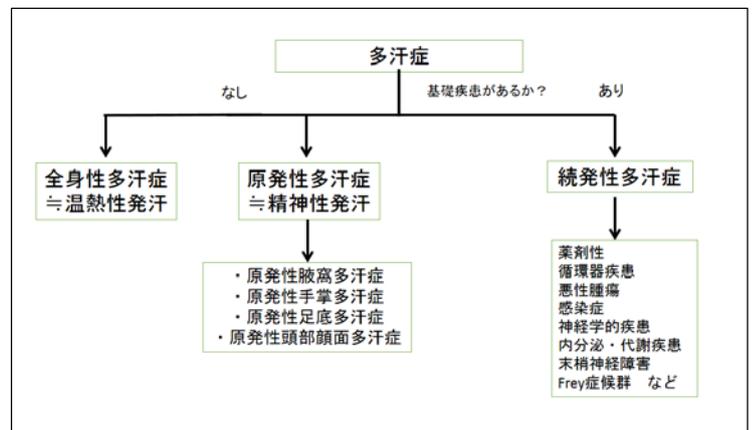
「第116回日本皮膚科学会総会 ②

教育講演1-3 多汗症をいかに治すか」

池袋西口ふくろう皮膚科クリニック  
院長 藤本 智子

## 診断、分類

本日は多汗症をいかに治すかというテーマでお話をさせていただきます。まず多汗を主訴に来院する患者さんの診断、分類をすることになります。まず全身性なのか局所性なのか、また原発性なのか続発性なのかを鑑別することが重要です。続発性の多汗症にはいろいろありますが、どの部位に発汗が起こるのかを聴取、確認することが重要です。発汗の範囲を確認することが重要な理由としては、多汗の症状が実は無



汗の部位の発汗を代償するために起きている可能性があるため、それを見逃さないようにすること、例えば左右差がないか、入浴時や運動時に無汗部位がないかなどを聴取することが必要です。また続発性多汗症の鑑別として、甲状腺機能や膠原病などのスクリーニング血液検査などの確認が必要な場合があります。以上、続発性多汗症が否定され、特に頭部、顔面、手掌、足底、腋窩といった局所に温熱や精神的な負荷、またそれらによらず大量の発汗が起こり、日常生活に支障をきたすようになる状態を、原発性局所多汗症と診断して、治療方針を決定していきます。

## **原発性局所多汗症の治療**

### **1. 塩化アルミニウム水溶液外用**

次に局所多汗症の治療についてお話しします。まず、第一選択肢としては、すべての部位において塩化アルミニウム水溶液の塗り薬が適用になります。作用機序としては、塩化アルミニウムの成分が角層内の汗管と結合し、発汗の出口を塞ぐという器質的な機序が考えられています。治療効果についても信頼度の高い文献が多く、通常の診療では20%の塩化アルミニウム水溶液を用いて、その他重症度に応じて50%程度の濃度まで、症状に応じて濃度を使い分けることがあります。長期の安全性については、50%濃度塩化アルミニウム水溶液を1年以上使用した患者さんにおいて安全性を認めたという報告があります。

副作用については、塗った部位の刺激性の接触皮膚炎が主な症状であり、手のひらに対しての治療中、約半数の発現頻度がありました。しかしこれは使用回数を制限することで継続使用が可能でありました。その他外来診療での指導としては、顔面、頭部、腋窩の部位に対しては10%~20%の程度で、粘膜面への使用を避けていただいて、外用していただくことを指導しております。手のひら、足の裏は発汗量が多く角層も厚いため、やや濃い濃度、20~50%のものやサリチル酸ワセリンに溶解した軟膏基剤の使用をすすめています。最近塩化アルミニウムを含んだ市販の外用薬やOTCとして市販で多く商品が発売されていますので、まず市販のもので試されても良いと思います。

### **2. 水道水イオントフォーシス療法**

次に、水道水イオントフォーシス療法についてお話しします。この治療は保険診療で治療が可能です。水道水に発汗部位である手のひら、足の裏を浸して、そこに直流電流を通電することにより、発汗量が減少するという信頼度の高い文献が多くあります。その機序としては、通電する際に生じる水素イオンが、汗孔部を障害し、狭窄させることにより発汗を抑制させるとしています。実際の場合では、水道水で満たしたプラスチック製の容器の中に金属板の端子を入れ、直流電流の回路を作成します。そこに両手両足を入れて、10~19mAの幅の患者さんの痛みに応じた強さで10~15分程度通電します。週1回程度の通院で5、6回目から効果が実感できることが多いです。この治療と塩化アルミニウムの治療が第一選択肢の治療として有効であるといえます。

### **3. A型ボツリヌス毒素製剤局注**

次にA型ボツリヌス毒素の局注の方法についてお話しします。ボツリヌス製剤として本邦では、A型ボツリヌス毒素、ボトックスが重度の腋窩多汗症に対して保険が適用になりました。投与後平均して半年の間、安定、持続した効果がみられ、かつ安全性の確認もされて、2012年の11月から保険診療となっています。

その一方で、掌蹠の多汗症に対しては、発汗量が  $2\text{mg}/\text{cm}^3/\text{min}$  以上の重度の多汗症状を有する症例に対し、片手で 90 単位ほどの使用を行うことにより、7 ヶ月程度効果が持続すると報告されている一方で、投与単位が足りないと思われる症例においては、十分な効果が期待出来ないこともあります。現在ボトックス製剤が 1 バイアルあたり 100 単位であることから、手のひら、足の裏に対しての投与数は症例の重症度によって、その個人によって単位数を変える必要があります。このことから、保険外の診療である点を加味すると、治療普及に関しては今後の課題といえると思います。また頭部、顔面の多汗症に対しても保険が通っていませんが、カナダの皮膚科学会の指針では頭部、顔面に対して最大 100 単位までのボトックスの治療が推奨されている国もあり、現在では自費でその診療が行われています。

#### 4. 内服療法

次は内服療法です。多汗の範囲が全身にわたる場合など、塗り薬や局所的な方法では治療困難な症例に対して、抗コリン薬や漢方薬などの内服治療が行われます。多汗症に対して有効性の報告が多いのは抗コリン薬です。単独の使用では効果が十分とはいえないものの、塗り薬や他の治療の補助的な位置づけとして治療するには非常に使いやすく、特に現在良い治療法がない頭部、顔面の多汗症に対して良い選択肢であるといえます。本邦で唯一多汗症に対して保険適用を有するのはプロバンサインの内服薬です。内服をすると、抗コリン作用として口渇症状が出るのが副作用として一番多く挙げられます。また閉塞性の緑内障の方には禁忌ですので、問診の際に必ずきいて、その方には投与してはいけないということになります。

漢方薬ですが、多汗に対して用いられる漢方薬でエビデンスの高い漢方薬はあまりありません。しかし、防己黄耆湯、加味逍遥散、桂枝茯苓丸などは試してもよい方法として挙げられます。

その他の内服の治療としては、ベンゾジアゼピン系のグラндаキシンや抗コリン作用を有する SSRI のパキシルなど、顔面多汗症に対して、三環系抗うつ薬のトリプタノールが有効であった報告がありますが、いずれも保険適用ではありません。

#### 5. 交感神経遮断術

多汗症の治療は、これらの治療の組み合わせを用いることと、患者さんの多汗に対しての治療の期待度を鑑みて進めていくこととなります。ここで皮膚科医として知っておかなければならないものとして交感神経遮断術の治療があります。交感神経遮断術とは、交感神経を外科的な方法によって、胸部の交感神経を遮断する方法です。主に手掌多汗症に対して適応になることが多いです。ただし、交感神経遮断術は不可逆的な外科的な手術であり、その後の代償性発汗により精神的苦痛を受ける例が存在することを考えると、われわれ皮膚科医としてはそれまでの治療に最善を尽くすことを考えていくべきだ

と思います。また現在、片側の遮断術においては代償性発汗が生じないことがわかっており、まず利き手の交感神経遮断術を受けることは患者さんにとって利益になる場合があると思います。また、ガイドライン上でも T2 領域を避けることを推奨しており、術前のインフォームドコンセントを十分行うような信頼できる専門機関への紹介が出来ることが望ましいです。

### おわりに

現在多汗症の新規治療薬に展望が出てきております。多汗症の治療は現在のところ、治療の選択肢が比較的少ないため、治療側も対処困難な印象があったと思います。しかし近年、抗コリン薬の外用薬など、新規薬剤の研究開発が予定されています。今後多くの人にとって有効率が高く、副作用の少ない手段が新しく加わることでより良い診療の提供ができる可能性があると思います。