

新生児期からのAD発症予防は？

馬場 直子

昨年12月『アトピー性皮膚炎診療ガイドライン』が改訂された。主な改訂点は、①寛解導入療法、寛解維持療法の薬剤選択肢の中に、デルゴシチニブ軟膏やデュピルマブなどの新規薬剤が加わったこと、②外用療法で寛解に至らせることができなかった場合にそのまま全身療法へ向かうのではなく、再度患者教育による外用療法の適正化を行うこと、③それでも寛解しなかった場合は中等症以上の難治状態であるとみなして、シクロスポリン、デュピルマブ、バリシチニブなどの全身療法導入を検討すること、④治療のゴールを症状がほぼないか、あっても軽微で薬物療法もほぼ必要としない状態と明確に定義したことなど、より実臨床に則したアルゴリズムとなっていると思われる。

小児ADをみている私がとくに関心をもったのは、新生児期からの保湿スキンケアがADの発症予防になるか否かについてのCQである。2014年に本邦からHorimukaiらが報告したランダム化比較試験で、高リスク新生児に保湿剤を定期塗布した群は、乾燥部位のみワセリン塗布した対照群に比べて、32週後の評価でAD/湿疹の発症が32%減じたという結果であった。また、同時期にSimpsonらは英米での多施設ランダム化比較試験で、保湿スキンケア介入群ではAD発症の相対危険度が50%減少したという結果を発表した。これらの報告を受けてわれわれは患者指導において、新生児期からの定期的な保湿スキンケアにより、ある程度ADの発症を防ぐ可能性があることを患者さんに伝え、保湿スキンケアの重要性を説いてきた。ところが2019～2020年に、BEEP試験に代表されるような保湿剤外用のAD発症予防に否定的なランダム化比較試験が相次いで報告されたために、システマティックレビューにより予防効果の有意差が打ち消されてしまったのである。その結果CQ11で、現時点においてアトピー性皮膚炎の発症予防に新生児期からの保湿剤外用は一概には勧められない、ということになってしまった。しかしながら、その根拠となったBEEP試験の内容をよく読んでみると、介入群のアドヒアランス順守率が70%と低く、アドヒアランスが守られていない患者も評価に含まれており、また最初の1年間は保湿剤を塗布しているが、後半の1年間の保湿剤の塗布状況は不明のまま2歳時点で評価しており、さらに非介入群もスキンケア指導を受けていて、保湿剤の使用が禁止されていたわけではなく、介入群に使用された保湿剤は保湿成分が含有されたモイスタライザーではなくエモリエントであったなど、多くの点で疑問を感じる内容であった。もう1つのSkjervenらのノルウェー、スウェーデンにおける多施設ランダム化比較試験においても、対象者の背景、対照における保湿剤許容範囲、使用した保湿剤の特性・薬効、介入期間、評価時期・方法等の要因が異なっており、条件の違いにより結果が異なる可能性が考えられると思った。さらなるデータの蓄積に基づく今後のシステマティックレビューに期待したい、と解説で締めくくられているがまさにその通りであり、このCQをこのまま鵜呑みにして患者指導を変えたくないと個人的には思っている。読者の先生方はどのように感じられただろうか？