

蕁麻疹の病態と治療における最新知見：何が変わったのか？

藤田医科大学ばんだね病院総合アレルギー科

藤田医科大学医学部先端アレルギー免疫共同研究講座

藤田大学総合アレルギーセンター

矢上晶子

蕁麻疹は皮膚科外来で最も頻繁に遭遇する疾患の一つで、急性・慢性、特発性・刺激誘発型など多様な病型をとる。病態の中核は皮膚マスト細胞の脱顆粒により放出されたヒスタミン等が微小血管・神経に作用し、紅斑・膨疹・痒みを生じる。

本講演では蕁麻疹診療を概説するとともに、近年進展した自己免疫性蕁麻疹の知見を加えて整理した。

蕁麻疹診療では、まず病型診断が治療選択の前提である。特発性蕁麻疹は6週未満を急性、6週以上を慢性とし、感染・食物・薬剤・ストレス・自己抗体などが関与し得る。刺激誘発型にはアレルギー性（食物・薬剤・ラテックス等）、食物依存性運動誘発アナフィラキシー、非アレルギー性（造影剤・特定食品など）、アスピリン/NSAIDs 関連、物理性（機械刺激・寒冷・温熱・日光・圧迫・水・振動）、コリン性、接触蕁麻疹が含まれる。血管性浮腫は気道浮腫に留意すべき病態で、特発性・誘発型に加え、ブラジキニン起因性（ACE 阻害薬、C1-INH 不全、後天性自己抗体等）および遺伝性血管性浮腫を鑑別する必要がある。

検査は「病型の絞り込み」と「原因探索」に目的を限定し、画一的な一括検査は推奨されない。誘発試験や病歴に基づく選択的検査を基本とし、必要に応じて皮膚生検、補体、薬剤関連評価を行う。

治療の基本は原因・増悪因子の回避と抗ヒスタミン薬である。第2世代 H1 拮抗薬を第一選択とし、効果不十分時は薬剤切り替え・併用あるいは適正な増量を検討する。急性増悪では短期の全身性ステロイドを条件付きで用いるが、慢性管理における長期ステロイドは推奨されない。慢性的に症状を繰り返す難治例には、補助療法（H2 拮抗薬、抗ロイコトリエン薬等）を考慮し、なお制御困難な場合はオマリズマブ、あるいはシクロスポリン（保険収載外）を段階的に導入する。寛解後は計画的な減量・中止と頓用化で再燃リスクを抑える。

近年、自己免疫性蕁麻疹の概念が明確化した。①自己抗原に対する IgE が関与する「自己アレルギー型（Type I autoallergy）」と、②IgG 自己抗体が高親和性 IgE 受容体（FcεRIα）や IgE を標的として肥満細胞/好塩基球を活性化する「自己免疫型（Type IIb autoimmunity）」が知られる。後者では総 IgE 低値、抗甲状腺自己抗体陽性、好塩基球機能低下、D-dimer 上昇などが示唆所見となり得る。補助的評価として自己血清皮内試験（ASST）や好塩基球活性化試験（BAT）、Chronic Urticaria Index 等が用いられ、難治

性・高活動度例の層別化と治療選択に寄与する。

以上より、蕁麻疹診療は病型診断の精密化とエンドタイプに基づく治療の個別化が鍵である。ガイドラインに沿った段階的治療を基盤に、自己免疫性機序の評価を組み込み、難治例に対しては生物学的製剤他を適切に使用することで、症状ゼロまたは生活支障最小化を現実的な治療目標として達成しうる。今後はバイオマーカーの標準化と長期転帰のエビデンス整備が望まれる。