



## 羅針盤



阿部 理一郎  
Riichiro Abe

新潟大学大学院医歯学総合研究科皮膚科 教授

## 悩みに答える！ 薬疹治療 ABC

薬疹の診療はやさしくもありむずかしくもあります。

明らかな皮膚以外の症状がなく、皮疹のみが出現し、さらに少し以前から新しい薬剤を内服していた、という問診があればまずは薬疹を疑うのは当然です。さらに診察において体幹、四肢に散在性に紅斑がみられれば、その診断に自信を持ってくると思われます。発熱もなく粘膜の症状もなく、疑わしい薬剤の中止に加え抗ヒスタミン剤と外用ステロイドを処方し、数日後の再診時に皮疹が消失していれば、やっぱり薬疹だったのかと安心して終診となるでしょう。

しかし、もし発熱を伴っていたり、数カ月前からしか薬剤変更がなかったとしたらどうでしょう。また皮疹が数個しかなかったり、片側しかなかったらどうでしょう。紅斑でなく正常皮膚色の丘疹のみだったら、紫斑のみだったらどうでしょう。薬剤を中止していったん皮疹は消えた後に再燃したらどうでしょう。これらは薬疹でしょうか？

また、原因薬剤の同定においても DLST やパッチテストが陰性の場合の判断、対応はどうしますか。

典型例は簡単ですが、薬疹は典型でない事柄があることも多く、どう判断するか悩ましくなります。さらには、最近新たな作用機序をもつ新規薬剤が多く開発され、薬

疹を誘発する報告も多くみられます。

それらの疑問にできるだけ、とくに若い先生方の悩みに答えようと本特集を企画しました。

本特集の前半は最近トピックスとなっている重症薬疹の診断・治療、新規治療薬、とくに生物製剤による薬疹、そして免疫チェックポイント阻害薬による新たなとらえ方が必要な irAE（自己免疫疾患関連副作用）について、それぞれの分野のエキスパートの先生方に解説していただきました。また診療において必須な薬疹の検査法、薬剤性アナフィラキシーの診断・治療についても、ご専門の先生にわかりやすく解説していただきました。

後半は、臨床的に忘れてはいけないタイプから新たに注目されているタイプまで、幅広く症例報告を執筆いただきました。薬剤ごとに出現する薬疹のタイプが異なることから、十分知識を持って診療に当たることはもちろんですが、その頻度が低いため積極的に疑わないと（頭に浮かばないと）長く診断がつかない場合が多くあります。貴重な症例を数多く提示していただきましたので、明日からの診療のプラスにしていただければと思います。

最後にご多用の中、時間を割いていただいてご執筆いただいた先生方に深謝いたします。