

# 日本皮膚科学会ガイドライン 尋常性痤瘡治療ガイドライン2016（抜粋）

## ガイドライン作成および改訂の背景

従来の日本における尋常性痤瘡の治療は、主として炎症性皮疹を対象とし、内服あるいは外用の抗菌薬が中心だった。2008年にアダパレンが導入され、面皰に対する治療が保険診療の中で可能となり、痤瘡治療は大きく進んだ。また、面皰に先行する病理学的な毛包内への皮脂の貯留を示す微小面皰という概念ができ、炎症軽快後の面皰あるいは微小面皰に対する治療を継続する維持療法という考えが定着した。さらに、日本皮膚科学会からの要望を契機とする過酸化ベンゾイルの登場によって、薬剤耐性痤瘡桿菌の増加を回避することが可能になった。今回の痤瘡治療ガイドラインの改訂は、維持療法と薬剤耐性菌回避のための抗菌薬治療の一層の適正化対策を推進し、さらなる治療レベルの向上を目指すものである。

## 急性炎症期

炎症性皮疹を主体とし、面皰を伴う。炎症に対する積極的な治療が求められる時期をいう。急性炎症期の治療期間は最大3か月間を目安として、維持期の治療へ移行する。

## 維持期

炎症性皮疹軽快後の時期で、面皰あるいは微小面皰を主体とし、軽微な炎症（少数の炎症性皮疹や炎症性皮疹軽快後の病理学的炎症のある紅斑）を伴うことがある。軽快した状態を維持するため、面皰と微小面皰に対する治療を継続し、再発あるいは継続する炎症性皮疹には耐性菌誘導の懸念のない薬剤を選択する。

## 重症度

炎症性皮疹を主体とするものを対象とし、皮疹数による判定方法と写真によるグローバルな判定方法がある。皮疹数による判定基準を下記に付す。

軽 症：片顔に炎症性皮疹が5個以下

中等症：片顔に炎症性皮疹が6個以上20個以下

重 症：片顔に炎症性皮疹が21個以上50個以下

最重症：片顔に炎症性皮疹が51個以上

日皮会誌：126(6)、1045-1086、2016 より一部改変 ©社団法人日本皮膚科学会

**POLA**  
PHARMA 株式会社 ポーラファルマ

DCG101GT66  
作成年月2016年6月



# 尋常性痤瘡治療アルゴリズム2016\*

## 急性炎症期（原則3ヵ月までとする）

## 維持期

軽症の炎症+面皰

- A CLDM/BPO
- A アダバレン+外用抗菌薬
- A BPO
- A アダバレン
- A 外用抗菌薬
- B アダバレン+BPO
- C1 面皰圧出
- C1 ケミカルピーリング<sup>1)</sup>
- C1 AZA
- C1 漢方<sup>2)</sup>
- C1 ビタミンC外用<sup>3)</sup>
- C1 NSAID外用
- C1 イオウ製剤外用

中等症の炎症+面皰

- A CLDM/BPO
- A アダバレン+外用抗菌薬
- A アダバレン+内服抗菌薬
- A BPO
- A アダバレン
- A 外用抗菌薬
- A 内服抗菌薬
- B アダバレン+BPO
- C1 面皰圧出
- C1 ケミカルピーリング<sup>1)</sup>
- C1 AZA
- C1 漢方<sup>2)</sup>
- C1 ビタミンC外用<sup>3)</sup>
- C1 NSAID外用
- C1 イオウ製剤外用

重症・最重症の炎症+面皰

- A 内服抗菌薬+アダバレン
- A CLDM/BPO
- A 外用抗菌薬+アダバレン
- A 内服抗菌薬
- A BPO
- A アダバレン
- A 外用抗菌薬
- B アダバレン+BPO
- C1 面皰圧出
- C1 ケミカルピーリング<sup>1)</sup>
- C1 AZA
- C1 漢方<sup>2)</sup>
- C1 ビタミンC外用<sup>3)</sup>
- C1 イオウ製剤外用

炎症を伴う  
嚢腫/硬結\*

- B ステロイド局注<sup>4)</sup>
- C1 内服抗菌薬

面皰+軽微な炎症

- A アダバレン
- A BPO
- B アダバレン+BPO
- C1 面皰圧出
- C1 ケミカルピーリング
- C1 AZA
- C1 漢方<sup>2)</sup>
- C1 ビタミンC外用
- C1 NSAID外用
- C1 イオウ製剤外用

(微小) 面皰のみ

- A アダバレン
- A BPO
- B アダバレン+BPO
- C1 面皰圧出
- C1 ケミカルピーリング
- C1 AZA
- C1 漢方<sup>2)</sup>
- C1 イオウ製剤外用

## 全期間

癬痕

- C1 ステロイド局注<sup>6)</sup>

スキンケア

- C1 1日2回の洗顔
- C1 痤瘡用基礎化粧品
- C1 メイクアップ指導<sup>7)</sup>

略称

CLDM/BPO：クリンダマイシン1%と過酸化ベンゾイル3%の配合剤  
BPO：過酸化ベンゾイル 2.5%  
AZA：アゼライン酸  
A+B：AとBの併用  
(例：アダバレン+BPO：アダバレンとBPOの併用)

注釈

\*集簇性痤瘡や壊死性痤瘡、SAPHO症候群、PAPA症候群などを含まない  
1) グリコール酸、サリチル酸マクロゴール  
2) 薊芥連翹湯、清上防風湯、十味敗毒湯  
3) テトラヘキシルデカン酸アスコルビル、L-アスコルビン酸-2-リン酸ナトリウム  
4) 炎症のある嚢腫の嚢腫内への局注  
5) 薊芥連翹湯  
6) 肥厚性癬痕、ケロイドに対する局所注射  
7) QOL改善を目的としたメイクアップ指導

### 推奨度の分類

- A：行うよう強く推奨する(少なくとも1つの有効性を示すレベルもしくは良質のレベルIIのエビデンスがある)
- A\*：行うよう推奨する(Aに相当する有効性のエビデンスがあるが、副作用などを考慮すると推奨度が劣る)
- B：行うよう推奨する(少なくとも1つ以上の有効性を示す質の劣るレベルIIIか良質のレベルIIIあるいは非常に良質のIVのエビデンスがある、もしくはAに準ずると委員会が判断する間接的な有効性を示すエビデンスがある)
- C1：選択肢の一つとして推奨する(質の劣るIII~IV、良質な複数のV、あるいは委員会が認めるVIのエビデンスがある)
- C2：十分な根拠がないので(現時点では)推奨しない(有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)
- D：行わないよう推奨する(無効あるいは有害であることを示す良質のエビデンスがある)

### エビデンスレベルの分類

- I：システマティックレビュー、メタアナリシス
- II：1つ以上のランダム化比較試験
- III：非ランダム化比較試験(統計処理のある前後比較試験を含む)
- IV：分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究)
- V：記述研究(症例報告や症例集積研究)
- VI：専門委員会や専門家個人の意見

詳細は尋常性痤瘡治療ガイドライン2016をご参照ください。

日皮会誌:126(6), 1045-1086, 2016 より一部改変 ©社団法人日本皮膚科学会