

日時：2022年8月7日(日) 16：15～18：15

会場：虎ノ門ヒルズフォーラム(ハイブリッド開催)

学術大会会頭：小林 美和 (こばやし皮膚科クリニック)

座長：小林 美和 (こばやし皮膚科クリニック)

講演1 酒皰治療のupdate 日本版

演者：山崎 研志 (りふ皮膚科アレルギー科クリニック/東北大学皮膚科)

座長：黒川 一郎 (明和病院皮膚科)

講演2 コロナ禍でのマスクとニキビ

演者：古川 福実 (日本赤十字社 高槻赤十字病院)

講演3 痤瘡・痤瘡瘢痕に対する美容治療

演者：堀内 祐紀 (秋葉原スキンクリニック)

— 巻頭言 —

第11回日本痤瘡研究会学術大会(2022年8月7日)の記録集をお届けします。本大会は、小林美和理事が会頭として企画され、第40回日本美容皮膚科学会総会・学術大会(森田明理会頭)のご協力でハイブリッド形式で開催されました。

最初の講演では、メトロニダゾールゲルの酒皰への適応拡大を受けて、山崎研志先生に「酒皰治療のupdate日本版」と題して、酒皰の主たる症候別の分類とそれに基づく日本における治療方針の立て方を詳細にお話いただきました。2つ目の講演は高槻赤十字病院名誉院長の古川福実先生による「コロナ禍でのマスクとニキビ」で、マスク着用での痤瘡の悪化についてです。高槻赤十字病院の職員を対象としたマスクによる皮膚障害に関するアンケート調査をもとに、マスクによる痤瘡様皮疹の頻度を推定し、さらにマスクの性能を解析した調査結果をお話いただきました。マスクの種類による機能の差を、通気性評価、摩擦評価、画像評価によって明確に示されていて、説得力のあるご講演でした。3つ目の講演は、堀内祐紀先生に痤瘡瘢痕(肥厚性、萎縮性、炎症後紅斑)に対する各種施術やレーザー治療について、実際の症例を示してお話いただきました。患者さんのQOL改善への思いがあふれる講演でした。

日本痤瘡研究会は、痤瘡研究者の意見交換の場をつくり、痤瘡の基礎研究や疫学調査、臨床研究を推進することによって、日本の痤瘡研究を発展させ、科学的根拠のある治療法の確立とその普及に努めることを目的に発足しました。皆様の積極的なご参加を願うとともに、新しい情報を共有するために、演題や演者の提案も募集しています。事務局までご連絡ください。

2023年1月

日本痤瘡研究会理事長

林 伸和

酒皸治療のUpdate 日本版

りふ皮膚科アレルギー科クリニック／東北大学皮膚科

山崎 研志



はじめに

日本においては、「酒皸」に対して保険適用を有する治療薬は永らくイオウ・カンフルローションの一択であった。国外で30年以上にわたってもっとも標準的に酒皸治療に用いられる薬剤はメトロニダゾール外用薬であるが、ようやく2022年5月にメトロニダゾール外用薬(ロゼックスゲル0.75%)が日本でも保険適用となった。一方で、酒皸の病型や症候によってはメトロニダゾール外用薬の効果が不十分な場合がある。酒皸の病型と症候の観察と患者背景の確認を通じて、個々の酒皸患者に対して最も有効な治療方法を提案していく必要がある。

酒皸の診断と病型

酒皸は顔面中央部の紅斑を特徴とする慢性炎症性疾患である。頬部、眉間部、鼻部、頤部に左右対称性に紅斑や丘疹・膿疱を主体とした皮疹が分布する。顔面中央部でも眼囲や鼻唇溝部から口囲にかけての酒皸の皮疹出現頻度は低く、眼囲や鼻唇溝部から口囲にかけての皮疹が発症起点である場合には口囲皮膚炎を考慮する[1]。2002年に酒皸エキスパート達のコンセンサス会議を通じて、酒皸を想起すべき主症状と副症状が提起された[2, 3]。主症状には一過性の顔面潮紅、持続性紅斑、毛細血管拡張、丘疹と膿疱の4つが挙げられ、これらの一つ以上を認める場合には酒皸も診断候補に入れようという提唱である(表1)。その他に副症状として酒皸患者に高頻度に求められる火照り感などが副症状としてあげられている(表1)。1つの主症状は、酒皸以外の顔面に皮疹を来す

表1 酒皸を考慮すべき顔面の症状

酒皸：顔面の中央部の紅斑を特徴とする慢性炎症疾患	
主症状 (1症状以上の存在)	副症状 併存して認められやすいもの
<ul style="list-style-type: none"> 一過性の顔面潮紅 持続性紅斑 毛細血管拡張 丘疹と膿疱 (面皰があるときは痤瘡と診断) 	<ul style="list-style-type: none"> 火照り感・熱感や刺すようなヒリヒリ感(特に頬部に) 紅色局面 乾燥様外観(粗造、鱗屑。脂漏性湿疹の合併) 浮腫 眼症状(痒痒、刺激感、充血、麦粒腫、霰粒腫、角膜障害) 顔面以外の末梢での酒皸様症状 瘤腫様変化

表2 主たる症候に基づく酒皸の病型分類

病型分類名	従来の分類名	主な症候
紅斑毛細血管拡張型 Erythematotelangiectatic Rosacea (ETR)	第1度酒皸	紅斑と毛細血管拡張、火照り感を主体とした症状があるもの(赤ら顔)
丘疹膿疱型 Papulopustular rosacea (PPR)	第2度酒皸	痤瘡に類似する丘疹・膿疱を有するが面皰を伴わないもの
瘤腫型・鼻瘤 Phymatous rosacea (PR), Rhinophyma	第3度酒皸	鼻部を中心とした瘤腫を形成するもの
眼型 Ocular rosacea (OR)	眼合併症	眼瞼・眼球結膜の充血や炎症を伴うもの

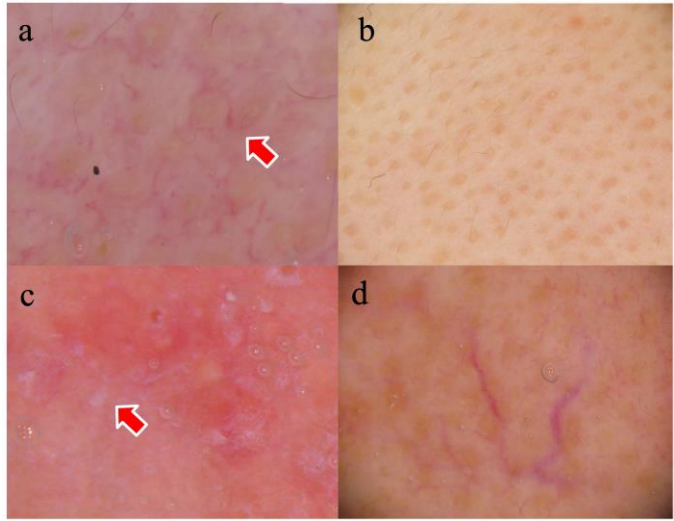
疾患の多くで確認される症状であり、+副症状のそれぞれ1つ以上を確認した場合に積極的に酒皸を疑うのが適当であろう。酒皸を念頭に置きつつ酒皸を確定する場合には、顔面に紅斑や丘疹を来す疾患の鑑別や併存を考慮することが必須である[4]。

酒皸は主たる症候によって、4病型に分類することが広く国際的にも認知されている[5, 6]。赤ら顔を主症候とする紅斑毛細血管拡張型酒皸(erythematotelangiectatic rosacea, ETR)、痤瘡に類似した丘疹と膿疱を主症候とする丘疹膿疱型酒皸(papulopustular

rosacea, PPR)、瘤腫型酒皸・鼻瘤(phymatous rosacea, PR)、眼型酒皸(ocular rosacea, OR)の4型である(表2)。主たる症候で4型に分類するが、患者毎に複数の症候が重複しているため、ETRとPPRの併存患者：ETR+PPRなども稀ではない。ETR+PPRの症候を呈する患者では、PPRの主症候の丘疹と膿疱が改善した後もETRの主症候としての脂腺性毛包周囲の紅斑や毛細血管拡張が残存することをしばしば経験する。

酒皸の病理組織学的病変の主体は、脂腺性毛包周囲の真皮内にある。真

図1 酒皸に観察されるダーモスコピー所見



- a) 脂腺性毛包を取り囲む紅斑や毛細血管拡張 (polygonal vessels) (矢印)
- b) 毛孔開大と脂腺の拡張によるyellow-brownish patch
- c) 脂腺性毛包中心部の白色角化物様物質(demodex tail) (矢印)
- d) 毛孔分布と一致しない不規則な毛細血管拡張

皮内病変の観察にはダーモスコピーが有用であり、酒皸症候の確認や湿疹皮膚炎群の表皮病変との鑑別にダーモスコピーを活用することをお薦めする[7]。ETRやPPRでは、①脂腺性毛包周囲の紅斑や毛細血管拡張 (polygonal vessels)[8]、②毛孔開大と脂腺の拡張によるyellow-brownish patch、③脂腺性毛包中心部の白色角化物様物質、④毛孔分布と一致しない不規則な毛細血管拡張、が種々の程度に混在して確認される(図1)。③の白色角化物様物質の集積はdemodex tailと表現されて報告されたが、毛包虫が見つからない場合もあり、毛包漏斗部の過角化でも観察される[9]。丘疹・膿疱部では上記の変化に加えて、毛孔一致性の膿疱が確認される。PRでは毛細血管拡張、毛孔開大・脂腺拡張の変化に加えて開大した毛孔内に黒色調の皮脂・角質混合物の貯溜(角栓)が認められる。湿疹皮膚炎群の診断の際にも、表皮の観察だけでなく、ダーモスコピーでpolygonal vesselsや不規則な毛細血管拡張を観察した顔面の紅斑・赤ら顔の患者では、酒皸を背景とした病態を考慮しつつ治療にあたる。

酒皸治療薬のUpdate

欧米では、メトロニダゾール外用薬が酒皸標準治療薬として1980年代から使用されている。メトロニダゾールには抗寄生虫・抗微生物作用とともに、抗ROS(活性酸素種)作用がある[10, 11]。酒皸皮膚では健康皮膚に比してROS活性が高いことが知られている[12, 13]。酒皸皮膚におけるROS活性の誘導機構は定かではないが、酒皸皮膚では自然免疫受容体Toll-like receptor (TLR)のうちTLR2の発現が亢進しており[14]、TLR2による炎症性ケモカイン産生にROSが関与していることが示されている[15, 16]。また、酒皸増悪因子の一つとされる紫外線は表皮細胞にROSを産生させる[17, 18]。よって、メトロニダゾールの作用の一部は酒皸病変部におけるROS抑制作用

によるものと考えられる。

日本での酒皸に対するメトロニダゾール外用薬の開発はなかなか認可されなかった。日本国内ではメトロニダゾール外用薬の1つであるロゼックスゲル0.75%が、「がん性皮膚潰瘍部位の殺菌・臭気の軽減」を適応として2014年12月に販売承認を得た。2015年に日本皮膚科学会から、ロゼックスゲルの酒皸に対する適応拡大の要望が出され、海外でのメトロニダゾール使用状況を添えて公知申請を行った。しかしながら、日本での酒皸に対するロゼックスゲルの使用実績がないことから、日本での臨床試験を省略した適応拡大は認められなかった。その後、日本でのロゼックスゲル販売権を取得したマルホ社がPMDAとの相談を行い、2018年にロゼックスゲル0.75%を用いた偽薬対照二重盲検試験の計画が立案され、2019年から日本国内で初となる酒皸患者を対象とした試験が開始された。日本国内では丘疹膿疱型酒皸を有する被験者130余名が試験に参加し、ロゼックスゲル群と基剤のみを用いる偽薬群の比率1:1の二重盲検試験が行われた[19]。本試験では、外用12週後の炎症性皮疹の減少率50%以上と炎症に伴う紅斑の一段階以上の改善とともに満たす患者比率を有効性の主要

評価項目として設定した。本試験では1日2回の洗顔後の外用が被験者に指導された。12週後の主要評価項目では、ロゼックスゲル群は偽薬群に比較して統計学的有意差をもって有効性を示した。主要評価項目の経時的推移では、ロゼックスゲル群は外用開始2週後から統計学的有意差をもって偽薬群より多くの被験者で改善を認めた。特に、ロゼックスゲル群では炎症性皮疹の丘疹と膿疱の減少数が2週目以降から偽薬群に比較して有意差があり、改善が顕著であった。紅斑の改善も8週後以降には有意差をもってロゼックスゲル群で改善をみとめた。有害事象としては局所の刺激感や接触皮膚炎がロゼックスゲル群と偽薬群に認められ、偽薬群では酒皸の悪化も数例確認された。重篤な有害事象は両群共に確認されなかった。以上の結果から、酒皸患者を対象とした日本国内の試験において、ロゼックスゲルの有効性と安全性が確認された。日本国内試験の結果をもってロゼックスゲルの酒皸適応拡大の申請を行い、2022年5月に酒皸に対する適応拡大が承認された。ロゼックスゲルが酒皸に対して保険適用されることにより、ようやく日本でも酒皸に対する国際標準治療薬の1つが保険診療に導入されたといえる。

酒皰病型・症候に対するメトロニダゾール外用の考察

酒皰の症候は、脂腺性毛包を中心とした炎症反応による血流増加による紅斑、真皮の器質的変化をとともなう毛細血管拡張による血流増加、外気温の変化に伴う顔面皮膚の血流増加による一過性潮紅、脂腺性毛包を中心としたリンパ球、組織球、肥満細胞の浸潤による丘疹や膿疱の形成、瘤腫型酒皰・鼻瘤にみられる真皮の線維化亢進による形態変化、脂腺性毛包内の毛包虫の増加など、複数の症候から成り立っている。酒皰の治療はこれらの症候を寛解導入することであるが、1つの薬剤で酒皰の全ての症候を抑制することは2022年時点ではできない。そこで、個々の酒皰患者の症候にあわせて優先順位をつけて治療を根気よく続けていく必要がある。メトロニダゾール外用薬は、酒皰症候のなかでは、炎症性皮疹の丘疹と膿疱の抑制効果、脂腺性毛包周囲の炎症による紅斑に対して効果が期待できる。一方で、器質的変化をとともなう毛細血管拡張や一過性潮紅、線維化亢進による形態変化に対するメトロニダゾール外用薬

の効果は限定的である。メトロニダゾール外用薬の有効な症候や場面を確認しつつ、適切に患者指導と治療に役立てたい。

終わりに

「日本人には酒皰患者がすくない」という文言が長く日本語教科書には記載されてきたが、この文言を裏付ける医科学的な検証はない。エビデンスに基づかない文言のために、永らく酒皰は日本の皮膚科医に neglectされた疾患であった。結果として、酒皰患者は適切な診断を受けられずにステロイドを処方され、「ステロイド酒皰」として症状が顕現化してからようやく診断にたどり着く症例が往々にして観察された。

「ステロイド酒皰」と診断される場合はまだまだが、皮疹性状や皮疹分布の進展様式を確認せずに「ステロイド使用歴あり」という理由だけで「ステロイド酒皰」を「酒皰様皮膚炎と誤診」している症例が圧倒的に多い。メトロニダゾール外用薬が酒皰に保険適用になった2022年を契機に酒皰の診断について検証しつつ、酒皰症候治療の unmet needs

について皮膚科医から発信していくことが求められる。

文献

1. 山崎研志: 酒皰様皮膚炎を適切に・早期に診断する. *Monthly Book Derma*, 2022; 320:94-99.
2. Wilkin J, et al: Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol*, 2002; 46(4):584-587.
3. 山崎研志: 酒皰の臨床. 変貌する痤瘡マネージメント, 2012;32-36.
4. 山崎研志: 痤瘡の診断と治療. *PEPARS*, 2022;187: 849-852.
5. Wilkin J, et al: Standard grading system for rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and staging of rosacea. *J Am Acad Dermatol*, 2004;50(6):907-912.
6. 林伸和ほか: 尋常性痤瘡治療ガイドライン2017. *日本皮膚科学会雑誌*, 2017;127(6):1261-1302.
7. 山崎研志: 酒皰をダーモスコピーで観察する. *皮膚病診療*, 2022; 44(1): 84.
8. Lallas A, et al: Polygonal vessels of rosacea are highlighted by dermoscopy. *Int J Dermatol*, 2014;53(5): e325-327.
9. Serarslan G, Makbule Kaya Ö, Dirican E: Scale and Pustule on Dermoscopy of Rosacea: A Diagnostic Clue for Demodex Species. *Dermatol Pract Concept*, 2021;11(1): e2021139.
10. Akamatsu H, et al: The inhibition of free radical generation by human neutrophils through the synergistic effects of metronidazole with palmitoleic acid: a possible mechanism of action of metronidazole in rosacea and acne. *Arch Dermatol Res*, 1990;282(7): 449-454.
11. Miyachi Y, Imamura S, Niwa Y: Anti-oxidant action of metronidazole: a possible mechanism of action in rosacea. *Br J Dermatol*, 1986;114(2): 231-234.
12. Oztas MO, et al: The role of free oxygen radicals in the aetiopathogenesis of rosacea. *Clin Exp Dermatol*, 2003;28(2): 188-192.
13. Bakar O, Demirçay Z, Yuksel M, Haklar G, Sanisoglu Y: The effect of azithromycin on reactive oxygen species in rosacea. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2007;32(2): 197-200.
14. Yamasaki K, et al: TLR2 expression is increased in rosacea and stimulates enhanced serine protease production by keratinocytes. *J Invest Dermatol*, 2011; 131(3):688-697.
15. Lee HM, et al: Roles of Reactive Oxygen Species in CXCL8 and CCL2 Expression in Response to the 30-kDa Antigen of Mycobacterium tuberculosis. *J Clin Immunol*, 2009;29(1):46-56.
16. Yang CS, et al: ASK1-p38 MAPK-p47phox activation is essential for inflammatory responses during tuberculosis via TLR2-ROS signalling. *Cell Microbiol*, 2008;10(3): 741-754.
17. Peus D, et al: UVB activates ERK1/2 and p38 signaling pathways via reactive oxygen species in cultured keratinocytes. *J Invest Dermatol*, 1999;112(5):751-756.
18. Peus D, et al: H2O2 is an important mediator of UVB-induced EGF-receptor phosphorylation in cultured keratinocytes. *J Invest Dermatol*, 1998; 110(6):966-971.
19. Miyachi Y, et al: Metronidazole gel (0.75%) in Japanese patients with rosacea: A randomized, vehicle-controlled, phase 3 study. *J Dermatol*, 2022;49(3):330-340.

コロナ禍でのマスクとニキビ



日本赤十字社 高槻赤十字病院

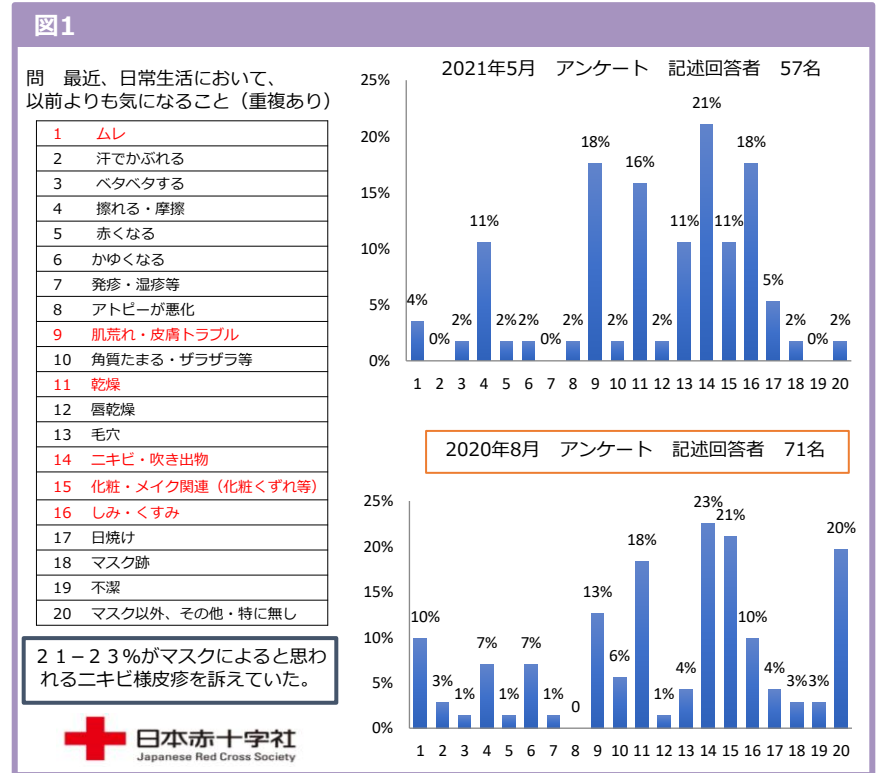
古川 福実

コロナ禍での日常生活に関するアンケート調査とマスクの種類による機能等の違いを検討し、ニキビへの影響について考察したので報告する。2020年8月(第2波)と2021年5月(第4波)、2022年3月(第6波)の新型コロナウイルス感染症診療に従事する職員へ高槻赤十字病院看護部が主体となってアンケート調査を行った。

2020年8月に119名(女103名 男5名 未記入11名)のうち71名、2021年5月に106名(女91名 男1名 未記入14名)のうち57名が、「最近、日常生活において、以前よりも気になること」について記述回答しており、そのうち21~23%がマスクによると思われるニキビ様皮膚疹を訴えていた。2020年に10%以上が訴えていた症状は、ムレ、肌荒れ・皮膚トラブル、乾燥、ニキビ・吹き出物、化粧・メイク関連(化粧くずれ等)、しみ・くすみであった(図1)。2022年3月の調査では95名のうち45%が、ニキビ様皮膚病変が出現すると回答し、その後の経過については、32%は治ったが、20%は継続していると回答した。

COVID-19関連マスクによる皮膚障害は、痤疮が圧倒的に多く、次いで顔前面の紅斑、かゆみ、圧迫による皮膚障害、色素沈着、耳の後ろの紅斑などと報告され、マスクと肌の摩擦、マスクによる蒸れ、マスクを外した際の急激な乾燥が原因だろうと考えられている。

次に、サージカルマスク(不織布マスク)、ウレタンマスク、布製マスクの機能等について検討した。サージカルマスクは、基本的に3層からなり、2枚の不織布の間に微粒子(ウイルスや細菌)を吸着するメル



トブローン不織布という最も重要な不織布がはさまれている。

一般品不織布マスク(4層)、廉価品不織布マスク(3層)、ウレタンマスク、ガーゼマスク(3枚重ね)の通気性評価と摩擦評価の比較試験を行った。通気量はウレタンマスクがもっとも高いが、ウイルス防御効果はない。サージカルマスクは廉価品では通気量が高かった。通気抵抗はウレタンマスクとガーゼマスクで低く、サージカルマスクでは種類によって差があった。特にサージカルマスクの中には通気抵抗が高いものがあり、相対的に息がしにくい可能性が考えられた。

摩擦係数はウレタンマスクが突出して高く、サージカルマスクにおいてはいずれも差はなかった。表面の粗さはガーゼマスクが最も粗かつ

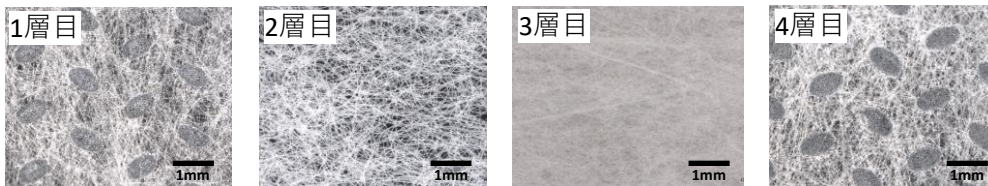
た。ウレタンマスクを着用している人にニキビが多い理由は、摩擦係数が高いことが考えられるが、素材が原因ではなく着用している年齢層が若いからという考え方もある。

マイクロスコープで生地を調べると、同じサージカルマスクでも種類によってメルトブローン不織布に厚みが均一ではなくムラが認められるものがあり、質にかなり差があることがわかった(図2)。

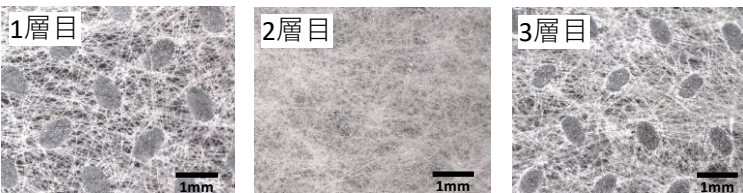
日常生活で今後もマスクを着用する必要があるので、マスクの質や素材にも気配りしたスキンケアの指導が重要である。

マイクロスコープ

●不織布マスク（一般品）4層構造



●不織布マスク（廉価版）3層構造



内側

均一ではなく薄い部分がある

外側



講演3

痤瘡・痤瘡瘢痕に対する美容治療



秋葉原スキンクリニック 堀内 祐紀

痤瘡、痤瘡瘢痕に対する美容治療は、ケミカルピーリングをはじめ、光・レーザー療法、コラーゲン誘導法、フィラーなど多数の治療がある。しかし、これらを駆使しても重症の痤瘡瘢痕治療が困難であるため、我々医師は痤瘡瘢痕を残さないよう、日々の外来で予防的治療を推進しているわけである。また、痤瘡瘢痕については多数の問題が残されており、その形状や大きさの分類、深さの評価は、適切な治療選択や予後予測に不可欠であるにもかかわらず、未だ評価方法が確立されていない。

痤瘡瘢痕は、社会生活や人間関係に心理的な悪影響を及ぼし、患者にとって、医師にとっても困難な問題である。先に結論を述べると、痤瘡、痤瘡瘢痕を速やかに消しゴムのように消し去る夢のような美容治療はない。しかし、治療を行うことで、痤瘡の再発防止やある程度の痤瘡瘢痕を目立たなくすることが可能であ

るため、私は保険治療だけでなく、美容治療を積極的に用いて患者の痤瘡・痤瘡瘢痕を治療している。

「ケミカルピーリング」

本邦で最もポピュラーな痤瘡に対する美容治療であろう。表皮と真皮乳頭層にダメージを与えることによる表皮の再生と炎症後のコラーゲン生成を目的とする。キメの乱れ、光老化、色素沈着、痤瘡、痤瘡瘢痕、毛孔開大、脂性肌などに適応がある。海外ではdeep peelingによるアグレッシブな治療が行われることもあるが、本邦ではアジア人種が多いためsuperficial peelingが好まれている。

「コラーゲン誘導法（CIT：Collagen-Induced Therapy）」

ダーマペン、ダーマローラーなどが代表。マイクロニードルを皮膚に複数回穿刺し、コラーゲンの成長を促す。皮膚にマイクロニードルを穿刺すると、細胞は内部の電位を変化

させることでこの侵入に反応し、この電荷が皮膚細胞を刺激すると成長因子をはじめとする様々なシグナルを放出する。これにより線維芽細胞が増殖、損傷箇所に移動し、コラーゲンが生成されることで効果を発揮する。

「フラクショナルレーザー」

Fractional thermolysis理論（微小な無数のレーザービームでダウンタイムを抑えるもの）を応用した治療である。大きく分けて、表皮、真皮を剥離するタイプや非剥離タイプのレーザーがあり、様々な機種が販売されている。それぞれ機器に特徴があり、ダウンタイムや瘢痕の形や深さ、数、随伴症状（シワ、毛穴など）を複合的に考慮し機種選択をするが、高額な機器が多いため、症状に合わせて使い分けている施設は国内でも限られているのが現状である。

「手術療法」

痤瘡後の肥厚性瘢痕、萎縮性瘢痕を手術的切除する古典的な方法である。小さく深いもの、瘢痕の症状が強いものに有効だが、結果は術者の技術に依存するため、熟練が必要である。

「フィラー」

皮内、皮下に充填剤を入れ、陥凹を目立たなくする治療法。ヒアルロン酸製剤や、コラーゲン製剤を使用するが、製剤選択と注入層、量を正しく判断する必要がある。

「Vビーム（ロングパルスダイレーザ）」

Vビーム後の患者においてTGF- β が増加することが示されている。TGF- β はコラーゲンの新生の強力な刺激となり、また炎症の解消を促進

するため、アクティブな痤瘡と痤瘡後紅斑、瘢痕のいずれにも改善をもたらす可能性がある。

「AGNES（アグネス）」

針脱毛の原理を利用した治療。高周波で皮脂腺を破壊する治療で、同じ部位に繰り返す痤瘡の再発予防が可能である。アダパレンやBPO製剤が使用できない患者、外用しても再発を繰り返す患者に良い結果を出している（図1）。

「マイクロボトックス（ボツリヌストキシン注射治療）」

痤瘡患者において、心理的ストレスがかかると皮脂の産生・分泌亢進が起こることが報告されており、また脂性肌の健常人においてボツリヌストキシン投与の1週間後および1、2、3ヶ月後の皮脂分泌が抑制される

ことが示されている（Rose AE, Goldberg DJ : Dermatol surg, 39 : 443-448, 2013）。

BOTOX VISTA®注用50単位1バイアルに生理食塩水 1.25mlで調整したものに 0.5%キシロカイン0.5mlを混和したものを細かく皮内注射することで表情筋の動きを温存し、皮脂分泌を低下させることで痤瘡の改善を促す（図2）。

私の願いは痤瘡・痤瘡瘢痕患者が一人でも減り、彼らが明るい未来を歩めるようになることである。今後様々な治療を用いて、痤瘡患者に真摯に向き合っていきたい。

図1 AGNES（アグネス）症例



治療前
外用治療を行うが
フェイスライン・頸部に
痤瘡が多発している

1回治療1ヶ月後

2回治療4ヶ月後
痤瘡新生が明らかに減少

併用薬：ビブラマイシン100mg/日、ツムラ桂枝茯苓丸、BPOゲル、BPO/CLDゲル

紹介した症例は臨床症例の一部を紹介したもので、全ての症例が同様な結果を示すわけではありません。

図2 マイクロボトックス症例



治療前
皮脂が多く、痤瘡新生を繰り返している

治療2週間後
皮脂が減り痤瘡新生も減少

紹介した症例は臨床症例の一部を紹介したもので、全ての症例が同様な結果を示すわけではありません。

【研究会役員】

理事長	林 伸和	虎の門病院皮膚科部長
副理事長	谷岡 未樹	谷岡皮フ科クリニック院長
理事	赤松 浩彦	藤田医科大学医学部応用細胞再生医学講座教授
	窪田 泰夫	香川大学名誉教授
	黒川 一郎	明和病院皮膚科部長/にきびセンター長
	小林 美和	こばやし皮膚科クリニック副院長
	古村 南夫	福岡歯科大学総合医学講座皮膚科学分野教授
	山本 有紀	和歌山県立医科大学皮膚科病院教授
	山崎 修	島根大学医学部皮膚科学講座教授
監事	古川 福実	日本赤十字社高槻赤十字病院名誉院長 同 顧問/皮膚・形成外科センター長
顧問	川島 眞	東京女子医科大学名誉教授
	宮地 良樹	静岡社会健康医学大学院大学学長/京都大学名誉教授

【研究会】

●第1回研究会

日時：2013年2月24日（日）

会場：トラストシティカンファレンス丸の内

●第2回研究会

日時：2013年8月11日（日）

会場：神戸国際会議場（第31回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

●第3回研究会

日時：2014年7月13日（日）

会場：東京ベイ舞浜ホテルクラブリゾート（第32回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

●第4回研究会

日時：2015年7月26日（日）

会場：大阪国際会議場（グランキューブ大阪）（第33回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

●第5回研究会

日時：2016年8月7日（日）

会場：京王プラザホテル（第34回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

●第6回研究会

日時：2017年7月30日（日）

会場：グランフロント大阪（第35回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

●第7回研究会

日時：2018年8月5日（日）

会場：東京国際フォーラム（第36回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

●第8回研究会

日時：2019年7月28日（日）

会場：熊本市民会館（第37回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

●第9回研究会

日時：2020年9月13日（日）

会場：京王プラザホテル（第38回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

●第10回研究会

日時：2021年8月1日（日）

会場：国立京都国際会館（第39回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

●第11回研究会

日時：2022年8月7日（日）

会場：虎ノ門ヒルズフォーラム（第40回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

●第12回日本痤瘡研究会学術大会（予定）

日時：2023年8月20日（日）

会場：京王プラザホテル（第41回日本美容皮膚科学会会場にて開催）

学術大会会頭：古村南夫(福岡歯科大学)

講演1：脂腺の増殖について

演者：山本俊幸(福島県立医科大学)

講演2：痤瘡の光治療(基礎から実践まで)

演者：伊東秀記(立川皮膚科クリニック)

講演3：海外における新規外用薬の最近の進歩

演者：古村南夫(福岡歯科大学)