

第1回座談会

患者タイプを踏まえた 化膿性汗腺炎治療の最適化

— “見えない困りごと” を解消し、不可逆な組織破壊を防ぐ —

2026年6月12日 京都宝ヶ池プリンスホテル



岩手医科大学皮膚科学講座

角田 加奈子 先生



自治医科大学附属

さいたま医療センター皮膚科 教授

前川 武雄 先生

化膿性汗腺炎は、炎症の持続によって不可逆的な組織破壊が進行し、やがて深刻な機能障害を招く疾患であり、疼痛や排膿に伴う臭といった症状は、患者さんのQOL (Quality of Life) にも大きな影響を及ぼしています。従来、本疾患は病変が癒痕化するなど重症になるまで診断が遅れるケースも多く、治療には限界もありました。しかし、近年の治療の進歩に伴い、早期から持続的に炎症を抑制することで、予後の改善が可能になりつつあります。

そこで今回、化膿性汗腺炎診療の第一線で活躍されている角田加奈子先生と前川武雄先生をお招きし、早期発見のポイント、性別やライフステージなどの患者タイプに応じた治療方針の検討、合併症や発がんリスクを見据えた包括的診療の重要性などについてお話を伺いました。

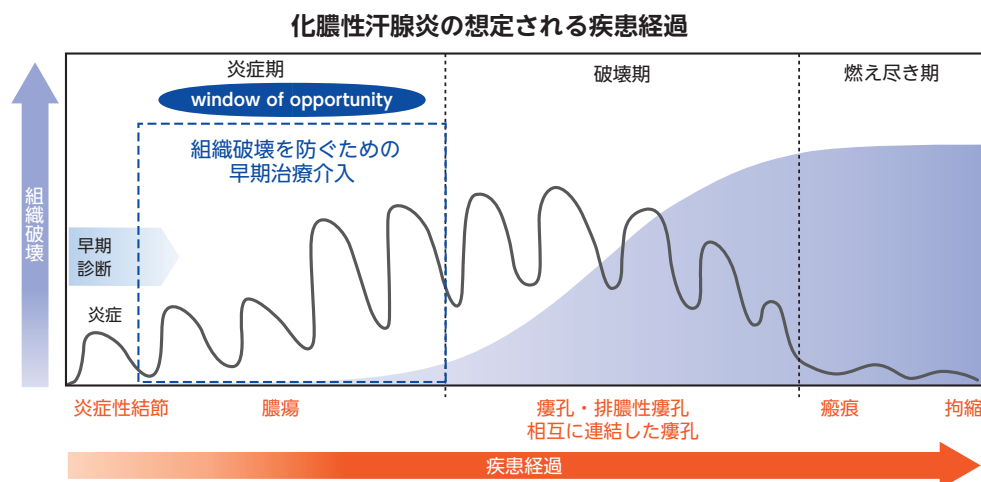
炎症の先にある組織破壊を防ぐ： 化膿性汗腺炎における早期治療の重要性

前川先生：化膿性汗腺炎は、腋窩や鼠径部を中心に疼痛を伴う結節・膿瘍が繰り返し出現する慢性的炎症性皮膚疾患です。病変部に炎症が持続すると瘻孔を形成し、やがては正常な皮膚・皮下組織が癒痕組織へと置き換わり、本来の構造そのものが失われてしまいます¹⁾。重症例では、腋窩・鼠径部・臀部に広範な瘻孔や癒痕を生じ、「腕が上がらない」「歩行時に

痛い」「臭いが原因で社会生活が制限される」といった状態に陥ることもあります。ここに至ると、薬物治療によって炎症を抑えることはできても、破壊された組織や形成された癒痕を元に戻すことはできず、外科的な治療が必要となります。

こうした状況を背景に、近年では化膿性汗腺炎治療においても組織破壊を防ぐための早期介入として“Window of opportunity”という考え方が重視されるようになりました(図1)^{1, 2)}。患者さんの5年後、10年後の生活を守るためには、早期診断・早期治療介入のタイミングを逃さず、瘻孔や

図1 化膿性汗腺炎治療におけるwindow of opportunity





癬痕などの構造破壊性病変が出現する前に炎症を十分にコントロールすることが不可欠です。

角田先生：以前は排膿性瘻孔や癬痕が形成されて初めて化膿性汗腺炎と診断されるケースも散見され、そこからの治療には限界がありました。

したがって、疼痛を伴う炎症性結節が繰り返し出現している時点で化膿性汗腺炎を疑うことが大切であり、進行が速い場合などには速やかに基幹病院へ紹介するなど、早期から重症化予防の視点が求められます。

性差を踏まえた“困りごと”の把握： 羞恥心にも配慮しながら見逃しのない評価を

角田先生：化膿性汗腺炎では、好発部位の関係から“困りごと”には性差があります。たとえば、女性では乳房周囲に病変がある場合、下着の締め付けによる痛みの悪化や外観を気にする方が多い傾向があります。実際、化膿性汗腺炎の重症度は、男女で大きな差は認められないにもかかわらず、女性は男性に比べて性に関する心理的苦痛（Frankfurt Self-Concept Scale for Sexuality；FKKS SSEXスコア）が強く、QOLへの影響が大きいことが報告されています³⁾。

加えて、女性の場合には妊娠による化膿性汗腺炎の増悪^{4, 5)}や、化膿性汗腺炎が妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・早産などのリスクと関連するというデータ^{6, 7)}も報告されています。そのため、重症の化膿性汗腺炎で妊娠希望のある患者さんについては、婦人科との連携も含め基幹病院での診療が望ましいでしょう。

前川先生：一方で、男性の好発部位は臀部や会陰部で、女性と比較して重症化してから受診することが多いです^{1, 8, 9)}。デスクワークや車の運転など、長時間座っているような職種の方も多く、仕事への影響も大きい傾向があります¹⁰⁾。さらに、休暇が取りづらいなどの理由で、症状があっても長く我慢している方も多いと推測されます。

角田先生：性別にかかわらず、化膿性汗腺炎患者さんを対象とした米国の大規模なアンケート調査では、受診遅延の理由として42.4%が“恥ずかしさ”と回答しており¹¹⁾、これも重症化の一因になっているのだと思います。当院では、周りに音が漏れない空間での診察、タオルを使った配慮、診察室に入る人数を最小限にする、男性医師が女性患者さんを診察する場合は女性看護師が同席するといった対応を行っています。

前川先生：診察環境の配慮と同様に重要なのが、診察時の見逃し防止です。化膿性汗腺炎の好発部位は、衣服で隠れるデリケートな部位が多いため、患者さん自身も医師に見せることをためらいがちです。特に、外陰部や鼠径部の病変については、恥ずかしさから医師に伝えづらいと感じている方も多く、患者さん本人の訴えだけでは、病変の見逃しにつながります。そのため、診察前に確認の必要性を説明し、患者さんの同意を得たうえで、「腋窩以外に、鼠径部や臀部にも同じような症状はありませんか」など、好発部位を具体的に尋ねることが重要です。訴えのある部位だけを診察するのではなく、羞恥心に十分配慮しながら病変の分布を確認することが、見逃しの防止につながります。

年齢やライフステージに沿った 個別性の高い診療が求められる

角田先生：化膿性汗腺炎が与える影響は年代によっても大きく異なります。たとえば小児～青年期の場合、臀部の痛みにより長時間の座位を維持できず、授業への参加が困難で、不登校になっていた患者さんも経験しました。小児の化膿性汗腺炎患者さんを対象とした米国の研究では、不安が22%、うつ病が19%に認められること（一般集団ではそれぞれ7.1%、3.2%）¹²⁾や、18歳未満での化膿性汗腺炎診断は新規うつ病リスクを26%高めること¹³⁾、スポーツへの参加減少がみられること¹²⁾なども報告されています。

このような状況は、患者さん本人だけでなく、保護者にとっても大きな不安となるため、疾患の特徴や治療方針をていねいに説明することも重要です。思春期の患者さんの場合、保護者が同席していると自ら話さないことも多いため、保護者には席を外してもらったり、同席しないタイミングを利用して、患者さん本人から困りごとを聴取するなどの工夫が必要です。

前川先生：就労世代に目を向けると、ドイツの研究では、化膿性汗腺炎患者さんの失業率は12.6%（一般集団の約2倍）、Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) の欠勤率は13.3%（乾癬患者さんでは4.7%）と報告されており¹⁴⁾、この傾向は実臨床でも同様に感じます。しかし、患者さんは診察室で仕事上の問題を自ら申し出ることは少ないため、「仕事を休んだことはないですか」「業務のパフォーマンスは落ちていませんか」と医療者が声をかけなくてはなりません。仕事への影響が可視化されれば「欠勤を減らしたい」など具体的な治療目標にもつながり、患者さん自身が治療継続の必要性を理解しやすくなります。また、通院頻度を減らすため、投与間隔が4週の製剤を選択するなど、仕事のリズムに合わせた工夫も求められます。

角田先生：一方で、診断の遅れが非常に目立つのが高齢・更年期世代です。65歳以上では診断の遅延が平均16.3年であるという報告もあります¹⁵⁾。重症例が多いため、まずは痛みを取り、痛みのない日常生活を送れることを目標として治療していきます。また、化膿性汗腺炎の悪化因子である肥満を合併している場合もあり、さらに高血圧、2型糖尿病、うつ病などの合併症を有する方も少なくないことから、生活指導は重要なポイントです¹⁵⁾。合併症が未治療であれば、積極的に内科への紹介を行います。

前川先生：小児から就労世代、高齢・更年期世代まで、化膿性汗腺炎が及ぼす影響は年代によって異なり、多岐にわたります。そのため、治療を考えるうえでは、疾患の重症度だけでなく、年齢やライフステージ、それに加えて患者さんの“困りごと”を把握したうえで、個別性の高い対応が求められます。

QOL低下に直結する疼痛・悪臭・排膿への 対応を軸に治療方針を検討していく

角田先生：化膿性汗腺炎患者さんでは、発疹や瘻孔に伴う疼痛や悪臭・排膿などの症状によりQOLが低下します^{16, 17)}。患者さんの多くは「家族や職場の同僚に対して、悪臭や排膿

で迷惑をかけているのではないか」という点を心配しています。そのため、「化膿性汗腺炎の発疹を治しましょう」という説明よりも、「排膿や臭いという気になる症状を改善しましょう」という表現のほうが、患者さんに治療を受け入れてもらいやすい傾向があります。

前川先生：QOLの評価ツールとして、HiSQOL (Hidradenitis Suppurativa Quality of Life) などもありますが、私は日常診療ではDLQI (Dermatology Life Quality Index) を使っています。また、疼痛の評価には、痛みの強さを0～10の11段階で数値化するNRS (Numerical Rating Scale) を使っていますが、疼痛評価時には、単なる痛みの強さの把握にとどまらず、生活機能への影響を含めて総合的に判断することが重要です。たとえば、「夜眠れていますか」「学校や仕事を休んでいますか」といった日常的な質問も加えて痛みを評価するとよいでしょう。

角田先生：疼痛はQOLへの影響が大きく、鎮痛薬を継続して内服されている患者さんも少なくありません。当院でも、QOLの評価は主にDLQIを用いています。他の皮膚疾患でも日常的にDLQIでQOLを評価しており、他疾患との比較ができるという点も利点として挙げられます。

QOLを大きく下げる要因としては、排膿性瘻孔も挙げられます。排膿性瘻孔に伴う疼痛や排膿・悪臭の症状は、既存の抗菌薬の内服・外用だけではコントロールが難しい場合があり、より踏み込んだ治療が必要になります。

前川先生：排膿性瘻孔は単なる排膿路ではなく、瘻孔自体が炎症の供給源になり、慢性炎症の持続にも関与します。そのため、排膿性瘻孔のある患者さんでは生物学的製剤の導入をより積極的に考えるべきです。さらに薬物治療のみで疾患を制御できない場合は、外科的介入やステロイド局注などを併用する必要もあります。なお、重症例は生物学的製剤のみで

疾患を制御することは難しいため、広範囲の瘻孔、高度な瘢痕、肛門周囲病変などを認める場合には、早期から外科系診療科と連携して治療計画を立てることが望まれます。

角田先生：気になる症状が軽快すると治療をやめてしまう患者さんがいることも課題です。そのようなケースに陥らないよう、「今は単発性の炎症性結節が落ち着いているが、治療をやめると不可逆的な瘻孔形成や瘢痕形成が生じる可能性がある」という疾患の進行リスクを、診療時にていねいに伝えることが治療脱落の防止につながります。

前川先生：重症度にかかわらず、治療によって皮膚が元通りになると誤解してしまい、治療開始後に「意外と効果がない」と感じて治療をやめてしまう患者さんもいらっしゃるの、治療開始時には「生物学的製剤による治療で改善できる部分とできない部分があり、できない部分については外科的治療を検討すべきである」ことを共有しておくことが、治療への過度の期待や早期中断を防ぐ上で重要だと思います。

生活習慣病など合併症のスクリーニングや発がんリスクを踏まえた評価も必要

前川先生：化膿性汗腺炎は糖尿病や心血管疾患など、さまざまな合併症リスクが高い点にも注意が必要です(図2)¹⁾。米国の研究では、健康な人と比較すると、糖尿病リスクは1.82倍、高血圧は1.19倍であることや、デンマークの研究では、既存リスク因子の調整後も心筋梗塞リスクが1.57倍、心血管死亡リスクが1.95倍、全死亡リスクが1.35倍高いことなど

図2 化膿性汗腺炎の合併症

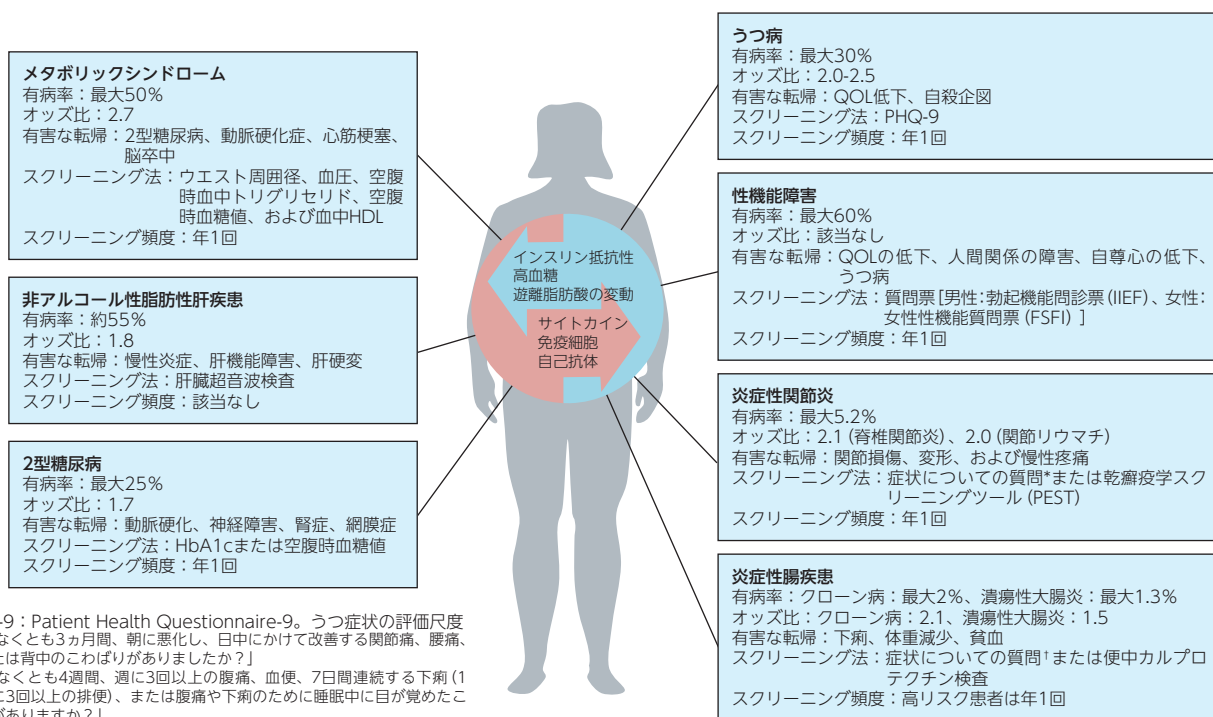
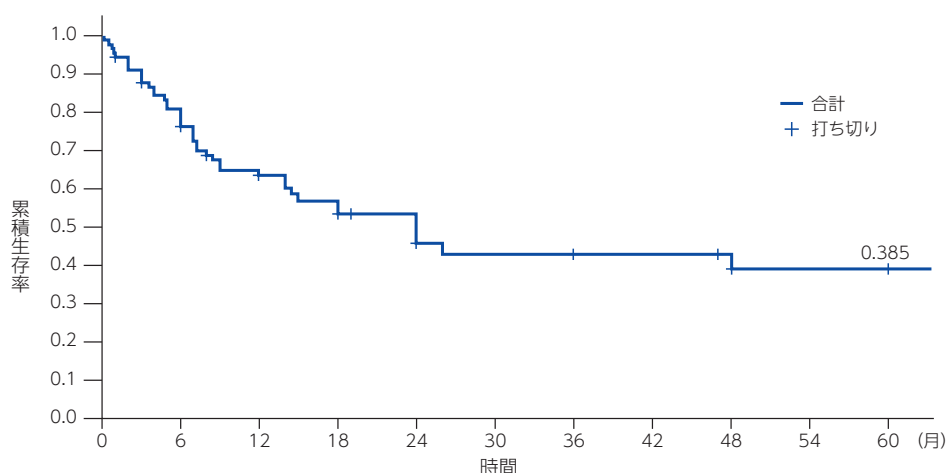


図3 化膿性汗腺炎に合併した有棘細胞癌の生存率



Racanelli E, et al. Cancers(Basel). 2021;13:1153.より改変
Copyright: © 2021 by the authors. 本図は、CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) のもとに転載が許可されています。

も報告されています^{18, 19)}。このように、化膿性汗腺炎では従来の心血管リスク因子の調整後も、心血管イベントや死亡リスクの上昇との関連が示されています。そのため、皮膚病変だけでなく、血圧、肥満、糖尿病、脂質異常症、喫煙歴などにも目を向けて診療することが重要です。

角田先生：診察時には、血圧や体重の測定のほか、「会社の健診で血糖値の異常などを指摘されたことはありませんか」といった確認も欠かせません。加えて、就労状況の確認のほか、就労していない場合は抑うつ傾向も問診しています。

前川先生：化膿性汗腺炎に対する生物学的製剤に関しては、腎障害例・透析例に対しても用量の調整をすることなく使用できる薬剤もあります。ただし、感染リスクが高い患者群であることを常に念頭に置き、腎臓内科との連携や感染モニタリングも考慮しなくてはなりません。

角田先生：感染リスクへの注意は欠かせませんが、透析患者さんにも使用できる薬剤があることは、治療の選択肢という意味で非常に有益だと思います。

前川先生：最後にもう一点、見逃せない合併症として、有棘細胞癌についても触れておきたいと思います。化膿性汗腺炎から発症する有棘細胞癌は予後不良であり、5年生存率は38.5% (図3)、男性・長期罹患・臀部病変の患者さんに多いことが海外から報告されています²⁰⁾。化膿性汗腺炎の診断から有棘細胞癌発症までの平均期間は約25年であり²¹⁾、化膿性汗腺炎の段階で早期切除することが重要です。また、瘻孔

から発症する有棘細胞癌は深部から発症することもあるため、皮膚表面の生検だけでは見逃す危険性があります。超音波検査やMRIを用いて深部病変を確認し、急な硬結の出現・増大・出血・肉芽・潰瘍などの変化が認められた場合には、速やかに生検を行うことが勧められます。

“Window of opportunity”を逃さず 一人ひとりに寄り添った最適な治療選択を

角田先生：化膿性汗腺炎は、個別性がとても強い疾患であることから、性別・年齢・ライフイベント・症状・合併症など、患者さんごとの疾病負荷を十分に評価し、個別に最適化された治療方針を立てることが求められます。その実現に向けては、window of opportunityを逃さない介入が重要です。そのためにも、今後は他の診療科の先生方にもこの疾患について広く知っていただき、早期発見・治療へとつなげていければと思います。

前川先生：化膿性汗腺炎は単なる“繰り返すおでき”ではなく、徐々に組織破壊が進行する疾患です。治療の目的は「今ある炎症を抑えること」だけでなく、「将来的な組織破壊と機能障害を防ぐこと」にあります。そのためには皮膚科だけで治療を完結せず、多職種や他診療科と連携し、患者さんのライフステージに寄り添った治療方針の決定とマネジメントが求められます。本日はありがとうございました。

文献

- 1) Sabat R, et al. Lancet. 2025; 405: 420-438.
- 2) Krueger JG, et al. Br J Dermatol. 2024; 190: 149-162.
- 3) Kurek A, et al. J Am Acad Dermatol. 2012; 67: 422-428. e1.
- 4) Seivright JR, et al. Dermatology. 2022; 238: 260-266.
- 5) Lyons AB, et al. JAMA Dermatol. 2020; 156: 681-685.
- 6) Fitzpatrick L, et al. J Am Acad Dermatol. 2022; 86: 46-54.
- 7) Li K, et al. JAMA Dermatol. 2024; 160: 1297-1303.
- 8) Shih T, et al. Int J Womens Dermatol. 2021; 7(5Part B): 672-674.
- 9) Sabat R, et al. Front Med (Lausanne). 2022; 9: 1028943.
- 10) Kirby JS, et al. JAAD. 2024; 3(suppl): AB52 (abstract 52655).
- 11) Rick J, et al. J Invest Dermatol. 2021; 141(5 suppl): S79 (abstract 458).

- 12) Seivright JR, et al. Pediatr Dermatol. 2021; 38: 1132-1136.
- 13) Wright S, et al. J Am Acad Dermatol. 2020; 83: 1360-1366.
- 14) Schneider-Burrus S, et al. Br J Dermatol. 2023; 188: 122-130.
- 15) Blum FR, et al. JAMA Dermatol. 2023; 159: 216-219.
- 16) Li Y, et al. Dermatology. 2023; 239: 1007-1012.
- 17) Alavi A, et al. J Cutan Med Surg. 2018; 22: 166-174.
- 18) Rohan TZ, et al. J Clin Med. 2025; 14: 1110.
- 19) Egeberg A, et al. JAMA Dermatol. 2016; 152: 429-434.
- 20) Racanelli E, et al. Cancers (Basel). 2021; 13: 1153.
- 21) Dixon A, et al. Wounds. 2023; 35: E448-E462.