脱毛症

東京医科大学皮膚科主任教授
坪　井　良　治
（聞き手　池田志斈）

脱毛症について、男女別に漢方治療も含めてご教示ください。
＜北海道開業医＞

池田　脱毛症といっても、たくさんあると思いますけれども、まず円形脱毛症についてお話をうかがいたいと思います。

坪井　脱毛症には円形脱毛症だけでなく男性型脱毛症、薬剤による脱毛、出産後の脱毛等がありますが、そういった中からまず円形脱毛症のお話をさせていただければと思います。

池田　円形脱毛症の診断のポイント、検査等を教えていただけますか。

坪井　ほかの脱毛症等もポイントは同じだと思うのですが、問診のポイントは、いつからということです。生まれてすぐから脱毛があるのか、１カ月前から急にできたのか、数年をかけて徐々に進んだのか。部位としては、ある限局的な部位だけ丸い脱毛斑があるのか、全体なのか。頭皮にかゆみとか湿疹などの病変があるのか。そういったこともポイントになると思います。

池田　鑑別も含めまして、診断に必要な検査はどのようなことが行われるのでしょうか。

坪井　問診が済んだら、あとはしっかり髪の毛を見ていただくことが大事です。そのためには、拡大鏡、あるいはダーモスコピーといわれるような拡大鏡を使って、毛穴があるかないか、髪の毛の太さ、長さ、そういったものを観察していただくことが大切です。軽く引っ張って髪の毛が抜けるかどうか、その毛根の先がどういうふうなかたちになっているかということが大事です。

また、円形脱毛症の場合には、橋本病などの甲状腺疾患を合併していることがあるのです。したがって、血液検査をされる場合はこの点を注意していただきたいと思います。

どうしても脱毛が鑑別できない場合には、皮膚科の専門医を紹介していただき、皮膚生検を実施する場合もあります。

池田　いろいろ検査をされて、最終的に円形脱毛症という診断に至る根拠といいますか、そういったものはどういうものがあるのでしょうか。

坪井　円形脱毛症の診断は、血液検査でわかるものではありません、やはり見た目が一番大事です。視診が重要になりますが、中でも一つは毛孔があるかどうかということと、先ほどお話ししましたように、軽く引っ張ってみて髪の毛が抜けるかどうか。毛根の先がとがっているかどうか。黒くてとがっている場合は、成長期破壊毛ということで、リンパ球が毛根を攻撃しているということになりますので、診断は円形脱毛症です。

円形脱毛症というのは繰り返すのが特徴です。円形脱毛斑が小さくて数が少ないものは放置しても自然に治っていきます。日本では精神的なストレスを強調する傾向がありますが、現在では自己免疫疾患であることが判明しております。円形脱毛症は繰り返すということをまず考えていただきたいと思います。

池田　円形脱毛症のタイプといいますか、どのようなかたちがあるのでしょうか。

坪井　一般的には、１つできる単発型、それから多発型、頭全体の全頭型、体の体毛も抜けてしまうような汎発型、それからophiasisといって、帯状に生えぎわなどが抜けてしまうもの、これはかなり頑固ですが、そういったものに分類されます。

池田　次に、円形脱毛症の治療ガイドラインがあるとうかがったのですけれども、実際にどのような治療が行われるのでしょうか。

坪井　日本皮膚科学会から2010年に円形脱毛症診療ガイドラインが出されました。円形脱毛症の治療というのはいずれも対症療法で、根本的に治すものはないのですが、その限界の中で推奨度を決めています。残念ながら、円形脱毛症というのは繰り返す病気で、なかなか無作為に比較することが難しく、治験も行われておりませんので、エビデンスが少ないのです。

推奨度をA、B、C、Dとして、Aが最も勧められるとしますと、円形脱毛症の場合には残念ながらAはありません。

Bというのが一番お勧めできるのですが、２つだけです。一つは、ステロイドの局所注射、これはトリアムシノロンアセトニド、商品名はケナコルトといいますが、これを生食で希釈して脱毛部分に注射するというのが一番効果があると思います。ただ、副作用として注射の痛みや、長期に使用しますと頭皮が萎縮することがありますので、子どもには適しませんし、大人で面積

の限られた限局的な脱毛症に使います。

もう一つの推奨度Bは局所免疫療法といいまして、化学試薬であるSADBEとかDPCPを脱毛局所に塗って軽いかぶれを起こす治療ですが、これは保険適用がないということと、かなり操作が煩雑ですので、一部の皮膚科医でしか行われておりません。一般診療で実施するのはあまりお勧めできないと思います。

池田　そのほか、Cに分類されているものもありますけれども、これもよく行われるのでしょうか。

坪井　日本では、漢方ということにもなると思いますけれども、グリチロンというもの、甘草の成分でありますグリチルリチンを含んでいる内服薬ですけれども、これとセファランチン、ツヅラフジという植物のアルカロイドですけれども、これが内服薬として保険適用があります。

また、塩化カルプロニウム、商品名フロジンですが、血管拡張作用があり、これも保険適用が認められていて、皮膚科医の中で長年使われていますけれども、ほとんど治療効果の実感がありません。海外でもまったく使用されておりません。したがって、効果の面ではかなり疑問符がつくのですけれども、患者さんを長く経過観察してみていくという場合には安全な薬として一応C１、エビデンスはないけれども勧められるという群に入れています。

そのほか、C１群では第二世代の抗ヒスタミン薬、いろいろあると思うのですけれども、これは円形脱毛症の半分の方がアトピー性皮膚炎を合併しているということで、幾つかのエビデンスが出ています。一般医家にとっては抗ヒスタミン薬を内服させて、ステロイドの外用をするというのが一般的にお勧めできる方法ではないかと思います。

残念ながら、漢方薬で根拠があってお勧めできるような処方は今のところなさそうです。以上がC１ということになっています。

池田　次に男性型脱毛症、AGAといわれるものですけれども、まず診断からうかがいたいと思います。

坪井　男性型脱毛症は、男性と女性がありまして、男性は20～40歳代ぐらいでしょうか、女性は50～60歳で、閉経期前後ということになりますけれども、女性の場合には男性ホルモンの関与ははっきりしていません。一方、男性の場合は男性ホルモンとの関係が明らかでして、見た目での診断では、パターン脱毛といいまして、前頭部と頭頂部が薄くなって、後頭部の毛は残るというのが特徴です。もう一つは軟毛あるいは生毛といわれるように、細くて短い毛が増えるというのが特徴です。

池田　ヘアサイクルが短縮するということですけれども、これに関しましても診療ガイドライン2010年版がある

とうかがっているのですけれども、特徴はどういったところでしょうか。

坪井　男性型脱毛症でもエビデンスを集めてガイドラインを出しました。その中で推奨度は、先ほどお話ししたように、A、B、C、Dというのがありまして、Aが最も勧められるということですが、男性型脱毛症の場合にはAが２つあります。一つはフィナステリドという内服薬ですけれども、男性型脱毛症、特に男性の場合にはテストステロンからジヒドロテストステロン（DHT）への活性化ということで、それに関与している５αリダクターゼが重要なのですが、この阻害剤がフィナステリド、商品名プロペシアです。よく効きます。日本でも発売されて８年目になります。安全な薬ですけれども、まれに肝機能障害があるので、その点が要注意だと思いますが、これが内服薬としてはファーストライン、A群としてお勧めできます。

一方、外用剤としては、ミノキシジルが世界的に使われています。これはもともと血圧降下剤の内服薬だったのですけれども、副作用として多毛、毛が増えるということで、外用剤として使用されるようになりました。日本ではリアップシリーズとして発売されています。医薬品ですけれども、OTC薬ということで、処方するわけではありません。必ずしもエビデンスは高くありませんが、ミノキシジルとフィナステリドを併用するのが男性にとっては一番の治療法になると思います。

池田　植毛が行われているとうかがっていますけれども、どのように行われるのでしょうか。

坪井　自毛植毛術といいまして、自分の後頭部の毛を前のほうに持ってくるというのが自毛植毛術なのです。エビデンスは少ないですが、長年行われて、有効であるということです。ただ、最近ではすぐに植毛するのではなくて、先ほどのミノキシジルあるいはフィナステリドを使用して満足が得られない場合に推奨するというかたちになっています。

池田　推奨されない、これはDになるのでしょうか、そういった内容はどんなものがあるのでしょうか。

坪井　Dというのは、根拠があってお勧めできないというものですが、フィナステリドは内服薬として有効なのですが、これは女性には使えない。なぜかといいますと、女性には効果がはっきりしていないということと、妊娠中の女性が内服しますと、もし胎児が男児である場合には外性器に異常ができる、内服してはいけないということで、Dとなっております。

池田　ありがとうございました。