

## 男性型脱毛症の診療ガイドライン

Q：男性型脱毛症の診療ガイドラインが公表されたと聞きましたが？

A：男性型脱毛症は昔から色々な治療法がありましたが、有効性について疑わしいものも多く、適切な治療を受けるためにも科学的根拠にもとづいた診療ガイドラインの導入が待望されてきました。2010年に日本皮膚科学会より、科学的根拠に基づいた男性型脱毛症の診療ガイドラインが発表されました。

男性型脱毛症は国内で約800万人が悩んでいると言われ、有効と謳われるさまざまな商品が発売されています。中には皮膚科医の立場からは科学的根拠に基づかない治療法が社会に横行し、無効な治療を漫然と続ける患者さんも少なくありません。こういった現状から、日本皮膚科学会より科学的根拠に基づいた男性型脱毛症の診療ガイドライン(2010版)が発表されました。欧米では既に診療ガイドラインが作成・公開されていましたが、人種、医療制度、社会的背景などに違いがあり、そのまま導入することはできませんでした。我が国の実情に即した男性型脱毛症診療ガイドライン(2010版)について紹介します。

### ガイドラインの位置づけ

このガイドラインは、現時点での我が国における男性型脱毛症の標準的治療試案として作られたものです。個々の患者の治療ではその患者に特有な背景や病態に配慮しながら最適な治療法を提供することが重要であり、このガイドラインは、その一助となるように策定されたものです。したがって、個々の患者への治療選択において、このガイドラインの内容に合致することを求めるわけではなく、また、医師の裁量を規制し、治療方針を限定するものでもないことが明記されています。

### 疾患概念

男性型脱毛症とは、毛周期を繰り返す過程で成長期が短くなり、休止期にとどまる毛包が多くなることを病態基盤とし、臨床的には前頭部と頭頂部の毛髪が、軟毛化して細くなり、最終的には額の生え際が後退し頭頂部の毛髪がなくなってしまう現象です。休止期脱毛と異なり、パターン化した脱毛が特徴です。

日本人の場合には20歳代後半から30歳代にかけて著明となり、徐々に進行して40歳代以後に完成されます。なお女性では男性と異なり、頭頂部の比較的広い範囲の頭髪が薄くなるパターンとして観察されます。

25年前の本邦における男性型脱毛症の統計から、日本人男性の発症頻度は全年齢平均で約30%と報告されています。この発症頻度は現在もほぼ同じで、20代で約10%、30代で20%、40代で30%、50代以降で40数%と年齢とともに高くなります。男性型脱毛症の発症には遺伝と男性ホルモンが関与しますが、遺伝的背景としてはX染色体上に存在する男性ホルモンレセプター遺伝子の多型や常染色体の3q26や20p11に疾患関連遺伝子の存在が知られています。

## 病 態

一般的に男性ホルモンは骨・筋肉の発達を促し、髭や胸毛などの毛を濃くする方向に働きます。しかし、前頭部や頭頂部などの男性ホルモン感受性毛包においては逆に軟毛化現象を引き起こします。

## 診 断

男性型脱毛症の診断は問診により家族歴、脱毛の経過などを聴き、視診により額の生え際が後退し前頭部と頭頂部の毛髪が細く短くなっていることを確認します。拡大鏡やダーモスコープを使用することもあります。男性型脱毛症の診断は比較的容易で、ゆっくりと頭髪が抜け、頭部全体が疎になる円形脱毛症の亜型、慢性休止期脱毛、膠原病や慢性甲状腺炎などの全身性疾患に伴う脱毛、貧血、急激なダイエット、その他の消耗性疾患などに伴う脱毛、治療としてのホルモン補充療法や薬剤による脱毛などを除外することが大切です。

## 治 療

我が国における男性型脱毛症の治療については表1にClinical Question(CQ)と、それぞれのCQに対する推奨度を示しました。

なお、かつら(義髪)の使用は治療ではありませんが、男性型脱毛症の外観をカムフラージュし、自毛を補填する重要なパーツです。かつらの有用性を示す客観的データはありませんが、男性型脱毛症患者においては、かつらによる整容的な改善が期待でき、大きな副作用の報告もないことから、かつらの使用を否定しません。

表 1

男性型脱毛症診療ガイドライン（2010年版）

Clinical Question	推奨度	推奨文
CQ1 男性型脱毛症にミノキシジルの外用は有用か？ (CQ1.1) 男性の男性型脱毛症 (CQ1.2) 女性の男性型脱毛症	A A	ミノキシジルは男性症例に対して5%ミノキシジル外用液を外用療法の第一選択薬として、また女性症例に対して1%ミノキシジル外用液を治療の第一選択薬として用いるべきである。
CQ2 男性型脱毛症に塩化カルプロニウムの外用は有用か？	C1	用いてもよい。
CQ3 男性型脱毛症に医薬部外品・化粧品の育毛剤の外用は有用か？		
CQ3.1 t-フラバノン	C1	用いてもよい。
CQ3.2 アデノシン	C1	用いてもよい。
CQ3.3 サイトプリン・ペンタデカン	C1	用いてもよい。
CQ3.4 セファランチン	C2	用いない方がよい。
CQ3.5 ケトコナゾール	C1	用いてもよい。
CQ4 男性型脱毛症にフィナステリド内服は有用か？ (CQ4.1) 男性の男性型脱毛症 (CQ4.2) 女性の男性型脱毛症	A D <sup>*1)</sup>	男性症例に内服療法の第一選択薬として用いるべきである。他方、女性症例には用いてはならない。
CQ5 男性型脱毛症に植毛術は有用か？ (CQ5.1) 自毛植毛術 (CQ5.2) 人工毛植毛術	B D <sup>*2)</sup>	フィナステリド内服やミノキシジル外用により十分な改善が得られない男女の症例に対して、十分な経験と技術を有する医師が行うとよい。

\*1) 妊婦または妊娠している可能性のある女性、授乳中の女性への投与は禁忌である。

\*2) 化学繊維で作られた人工毛を植える人工毛植毛術については多くの有害事象の報告があり、有害事象に関しては看過できないものもある。FDAでは人工毛自体を有害器具と指定している。有益性に関して、利益が危険性を上回る根拠は乏しい。

#### <推奨度の分類>

A：行うよう強く勧められる。

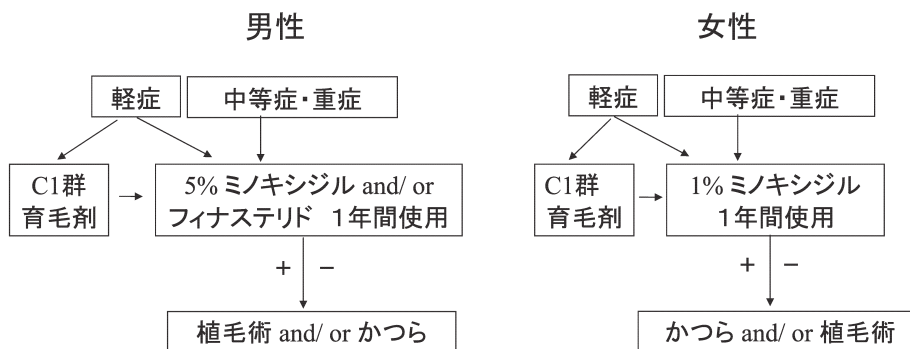
B：行うよう勧められる。

C1：行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない。

C2：根拠がないので勧められない。

D：行わないよう勧められる。

「男性型脱毛症診療ガイドライン」策定委員会



重症度<sup>3),4),8),10)</sup>

男性\*

軽症：II, IIa, IIvertex

中等症：III, IIIa, IIIvertex, IV, IVa, V

重症：Va, VI, VII

\* modified Norwood-Hamilton 分類

女性

軽症：Ludwig I

中等症：Ludwig II

重症：Ludwig III

図 1

#### 【参考文献】

- 「男性型脱毛症診療ガイドライン」策定委員会，男性型脱毛症診療ガイドライン(2010年版)，日本皮膚科学会HP：<http://www.dermatol.or.jp/>
- 北海道新聞2010年4月15日