

ラジオNIKKEI

マルホ皮膚科セミナー

2023年4月17日放送

「第86回 日本皮膚科学会東部支部学術大会 ②

シンポジウム5-3 脱毛症診療のポイント

—専門外来における患者さんとの会話の中から—

杏林大学 皮膚科
助教 福山 雅大

はじめに

毛髪、特に頭髪や眉毛、睫毛は個人のアピアランスを左右するだけでなくコミュニケーションツールとしての役割も同時に担っており、脱毛症は患者さんの社会生活に影響を与え、大きな精神的負担となりうります。そのため、脱毛症に悩む患者さんの中にはSNSやソーシャルメディアを用いて事前に疾患について学び、得た情報を元に自分なりの解釈を加えた上で医療機関を受診することも多いと思われます。日々の脱毛症診療を適切かつ円滑に遂行するためには、抜毛テストやトリコスコピーといった適切な診療テクニックを用いて病態を正確に把握するのはもちろんのこと、エビデンスの高い知見に基づいた正確な情報を丁寧に説明しながら患者さんと対話し、不安や疑問点を解消していくことで信頼関係を構築していくことも必要です。ここでは、代表的な毛髪疾患である円形脱毛症、特に急速進行型円形脱毛症に対するアプローチの仕方を中心に、患者さん目線に沿った脱毛症診療のポイントについて、解説したいと思います。

円形脱毛症

円形脱毛症は、円形から類円形の脱毛斑を呈する非瘢痕性かつ可逆性の後天性脱毛症であり、日常診療で遭遇する機会が比較的多い毛髪疾患です。典型例であれば診断は比較的容易であり、急性期に脱毛斑の辺縁から抜毛テストを行うと毛の下端が萎縮した dystrophic anagen hair が抜去され、脱毛斑をトリコスコピーでみると毛が破壊されたことを示す黒点や断裂毛、毛の産生障害を示す漸減毛などが確認されます。円形脱毛症は脱

毛斑の数や罹患部位、面積から、単発型、多発型、全頭型、汎発型、蛇行型の臨床型に分類され、特に全頭型や汎発型、蛇行型は難治で予後不良とされています。小さな脱毛斑でも患者さんからすると今までにないほどの脱毛が生じたと感じ、その脱毛量の多さに驚き医療機関に駆け込む方も多いと想像されます。特に、急速にびまん性に脱毛する急速進行型円形脱毛症（rapidly progressive alopecia areata; RP-AA）では、突然大量の脱毛がみられるため、時に患者さんはパニックになり医療機関を受診します。そのような場合、患者さんの思いを傾聴しながらコミュニケーションをはかり、患者さんの不安を取り除きつつ診察にあたるのが重要です。

急速進行型円形脱毛症

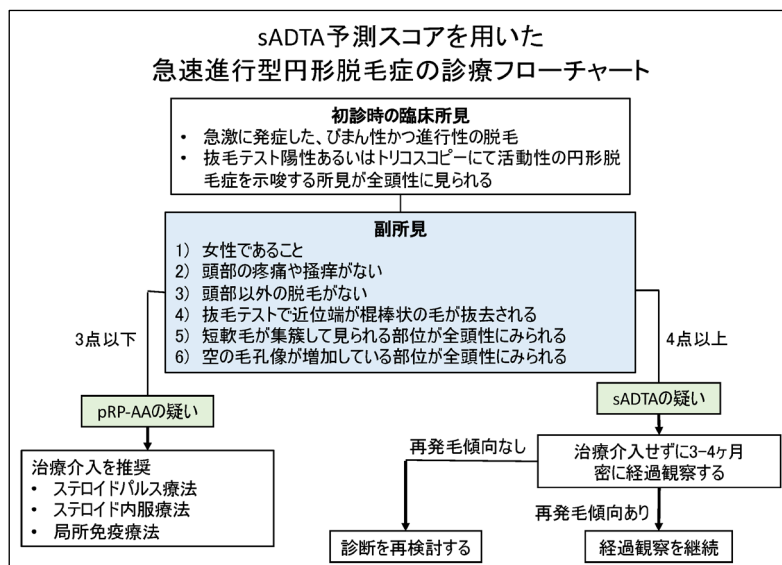
『日本皮膚科学会円形脱毛症診療ガイドライン 2017 年度版』では、発症後 6 ヶ月以内に急速に進行している、脱毛面積が 25%以上の成人症例において静注によるステロイドパルス療法を検討してもよいとされています。一般的にステロイドパルス療法はステロイドを長期内服する際に出現する種々の副作用は出現しにくく、比較的安全に施行できるとされています。そのため本邦では多くの施設が RP-AA に対しステロイドパルス療法を実施しているものと思われます。一方で患者さんの中には、“ステロイド”＝“副作用が怖い”といった印象を持つ方も多くいらっしゃいます。われわれの検討によるとステロイドパルス療法の副作用として、不眠や頭痛、倦怠感、動悸、胃部不快感のほか、血清カルシウム値の低下や正常範囲内での血清 IgG 値の低下などが挙げられました。ステロイド内服治療と比較するといずれも軽微なものではありますが、副作用がないわけではないことを正確に伝え、治療に納得していただくことが重要です。

また、ステロイドパルス療法施行後の治療方針を、施行前に患者さんにある程度説明することも重要です。ステロイドパルス療法の目的はすでに傷害された毛を修復することではなく、毛球部周囲の免疫応答を抑制し、新たな毛周期により成長期毛の再発毛を得ることにあります。つまり、傷害された毛が退行期、休止期を経て新たに成長期毛に入ることとなるため、ステロイドパルス療法の治療効果判定には投与後 2、3 ヶ月を要することに注意が必要です。また、初回治療に抵抗性であった症例ではステロイドパルス療法を繰り返し行うことの有用性は示されておらず、『日本皮膚科学会円形脱毛症診療ガイドライン 2017 年度版』でも原則一回の施行とするよう記載されています。複数回ステロイドパルス療法を施行した症例検討によると、初回治療に抵抗性であった症例では病理組織学的に毛球部周囲の炎症細胞浸潤が持続しており、ステロイドパルス療法を繰り返しても予後が改善しない傾向にあることがわかりました。以上から、初回治療後 2、3 ヶ月経過するも発毛傾向がみられない場合には他の治療法への切り替えを検討した方がよいと考えられます。ステロイドパルス療法施行前に、施行後 2、3 ヶ月は経過観察すること、もし初回治療に抵抗性であった場合には他の治療法を検討していくこと、などを患者さんに丁寧に説明することが円滑な診療に役立つと考えています。

self-healing acute diffuse and total alopecia (sADTA)

RP-AA の中でも特に予後良好な亜型は acute diffuse and total alopecia (ADTA) と呼ばれています。Sato-Kawamura らの原著によれば ADTA は、“発症後 3 ヶ月以内に脱毛面積が 80%以上となり、その後 6 ヶ月以内に 80%以上の脱毛斑が改善する”と定義されており、治療介入の必要性については明記されておりません。またこれまでの ADTA の症例比較研究を渉猟すると多くの症例でステロイドパルス療法やステロイド内服加療、局所免疫療法などの治療介入がなされてきました。一方、ADTA の亜型として無治療で自然軽快する

self-healing ADTA (sADTA) と呼ばれる病型が存在することが近年明らかとなりました。われわれの症例蓄積研究により、初診時に、①女性であること、②頭部の掻痒や疼痛などの随伴症状がないこと、③頭部以外に脱毛がないこと、④抜毛テストで得られた毛が棍毛主体であること、⑤トリコスコーピーにて全頭性に短軟毛が優位に多数見られること、⑥トリコスコーピーにて空の毛孔像が全頭性に多数見られること、の 6 項目のうち 4 項目以上満たす場合には sADTA の可能性が高いことが示されました。sADTA であれば無治療でも改善するため、ステロイドパルス療法などの不必要な治療介入を回避することができ、患者さんの予後への不安も解消できると考えられるため RP-AA 症例に遭遇した際には sADTA 予測スコアを用いた評価は有用であると考えられます。



トリコチロマニア

患者さんとの対話が特に重要な毛髪疾患としてトリコチロマニアがあります。トリコチロマニアは自らの毛を引き抜く癖により生じる脱毛です。境界明瞭な脱毛斑を呈するため、円形脱毛症との鑑別が困難なことも多いでしょう。臨床的にトリコチロマニアが強く疑われる場合でも、患者が抜毛行為を否定することも多く、このような場合に医療者が詰問すると患者や保護者が医療者側に不信感を抱く可能性があるため、細心の注意を払って診察にあたらなければなりません。

トリコチロマニアの脱毛斑は、円形や地図状、線状、曲線状といった幾何学的な像を呈します。円形脱毛症や他の炎症性疾患とは異なり、人為的な毛の破壊がトリコチロマニアの本態であるため、脱毛斑内に“抜き残し”ともいえる太く長い正常な毛が残存することも特徴といえます。抜毛テストでは円形脱毛症を合併していない限り陰性です。トリコスコー

ピーでは、物理的な毛幹破壊像である V-sign や flame hairs、強制抜毛にて生じる出血点を示唆する follicular microhemorrhage が確認できます。

トリコチロマニアは精神科領域にて強迫症関連障害群の1つに位置付けられ診断基準も定義されていることからわかるように、時に精神科的アプローチが必要とな

ることも少なくありません。しかし、皮膚科診察室にて患者とコミュニケーションをとり、日常生活の中で物理的な刺激を取り除かせる工夫、たとえばバンダナ等で物理的に頭髪を覆うなど、を提案することで改善が得られることもあります。本疾患の精神的側面にとらわれ過ぎないように、丁寧な診察を心がけることが重要です。

以上、患者さんとのコミュニケーションを中心とした脱毛症診療のポイントについてお話しいたしました。紹介したスコアリングシステムなども参考にいただき、皆様の診療の一助になれば幸いです。

DMS-5におけるトリコチロマニアの診断基準

1. 繰り返し体毛を抜き、その結果体毛を喪失する。
2. 体毛を抜くことで、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
3. 体毛を抜くことを減らす、またはやめようと繰り返し試みる。
4. 体毛を抜くこと、または脱毛は、他の医学的疾患に起因するものではない。
5. 体毛を抜くことは、他の精神疾患の症状によってうまく説明されない。

American Psychiatric Association (eds): DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引。医学書院、2017より改変

「マルホ皮膚科セミナー」

https://www.radionikkei.jp/maruho_hifuka/