

# マルホ皮膚科セミナー

2013年7月11日放送

「第63回日本皮膚科学会中部支部学術大会⑥ シンポジウム 4-5

パターンとルールで考える円形脱毛症の治療」

大阪大学大学院 皮膚・毛髪再生医学

准教授 乾 重樹

## はじめに

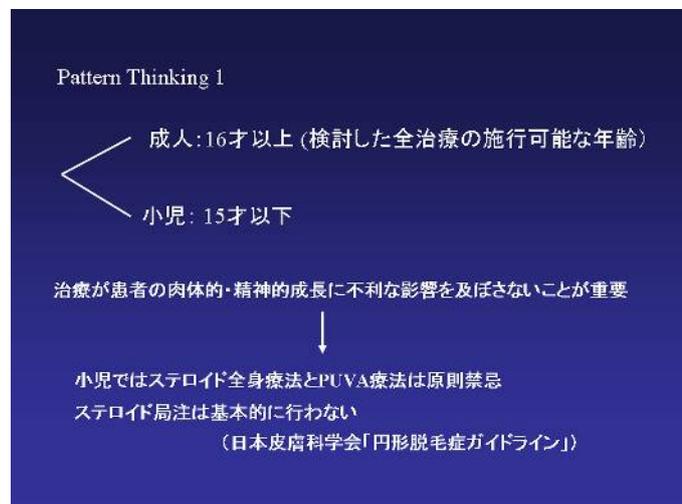
円形脱毛症に対しては、種々の治療法があります。日本皮膚科学会の円形脱毛症ガイドラインでは、ステロイド局注療法、局所免疫療法を「行うよう勧められる」という B 群、ステロイド外用薬、塩化カルプロニウム外用薬、セファランチン内服薬、第2世代抗ヒスタミン薬などを「考慮してもよい」という C1 群として分類しています。

では、円形脱毛症の患者さんを治療するにあたって、これらのなかから推奨度の高いものから順番に選択して行けばいいのでしょうか？

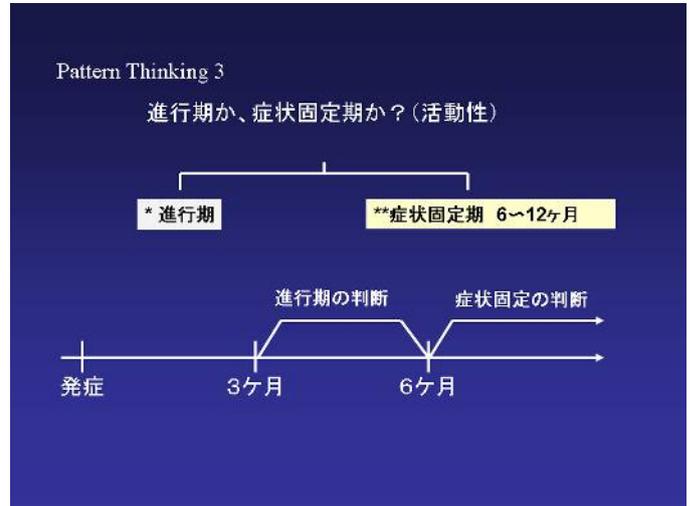
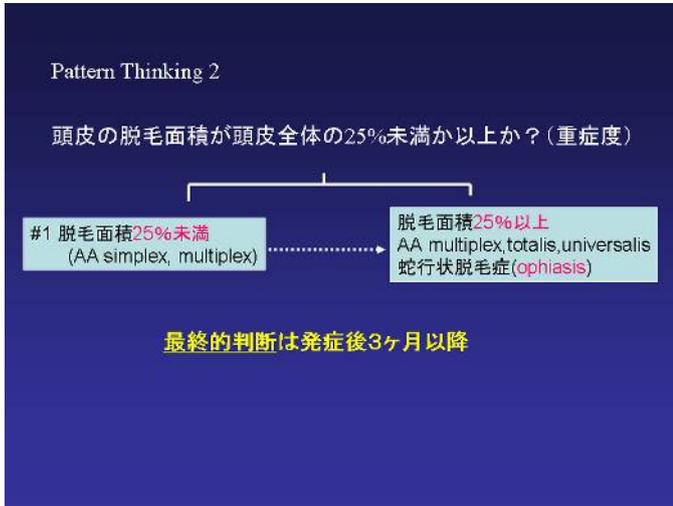
いえ、そういうわけにはいきません。実際には、患者さんの年齢、重症度、経過により、その治療選択には一定のパターンとルールがあります。今日は日本皮膚科学会のガイドラインでも採用されている治療のフローチャートに準拠し、その「パターンとルール」について考えてみたいと思います。

## パターン分類

まず第一のパターン分類は患者さんの年齢です。16歳以上をガイドラインで検討された治療がすべて可能であるという意味で成人として扱い、15歳以下を治療法に制限のある小児として扱います。なぜなら、15歳以下の患者さんにおいては、治療が肉体的および精神的成長に不利な影響を及ぼさないことが重要であるからです。具体的には、ステロイド全身療法とPUVA療法は原



則禁忌とされ、ステロイド局注は基本的に行わないとされています。



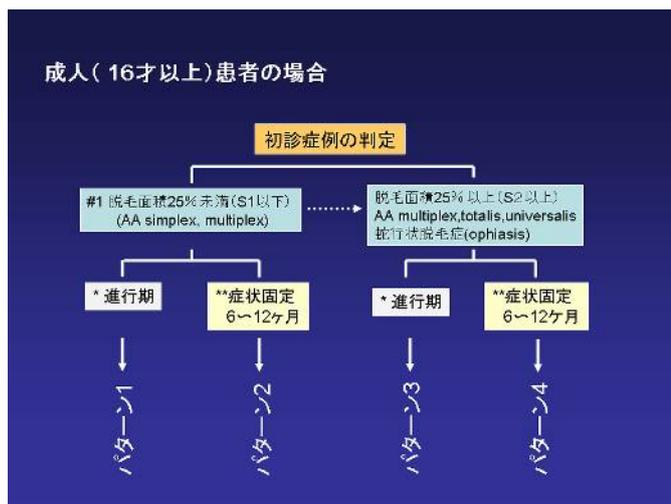
第二のパターン分類は、頭皮の脱毛面積が頭皮全体の25%未満の軽症型かそれ以上の重症型かという重症度分類です。このとき、蛇行状もしくはオフィアシス型の円形脱毛症は難治性であることが知られていますので、たとえ脱毛面積が25%未満であっても25%以上の重症型として扱います。また、経過中脱毛面積は拡大していきますので、最終判断は発症から3カ月後以降に行うべきです。

第三のパターン分類は、進行期か、それとも、症状固定期か、すなわち、疾患の活動性の評価です。進行期の判断はだいたい発症後3-6カ月で、症状固定期の判断は発症後6カ月以降で行うことをめやすとされています。

このとき、ダーモスコープを用いたトリコスコピー(スカルプダーモスコピー)が役に立ちます。すなわち、トリコスコピーによって切れ毛、黒点、感嘆符毛を多数認めれば、進行期であり、活動性があると判断します。逆に、6ヶ月以上経過して肉眼的にも拡大なく、これらの所見も一部にしかなければ、症状固定と判断します。これを第一のルールとして覚えて下さい。



さて、以上のパターン分類から、成人と小児の各々において、軽症型の進行期および症状固定期、重症型の進行期および症状固定期の4つのパターンに分類できることになります。



### パターン別による治療

まず、第一のパターン、つまり、脱毛面積が頭皮の25%未満で、かつ、進行期にある場合の治療は、ステロイド外用薬、セファランチン内服、アトピー素因があれば、第2世代抗ヒスタミン薬内服を中心に私は行っています。ここで、第2世代抗ヒスタミン薬については、私どもは、頭皮の脱毛が25%を超え、約1年間局所免疫療法を行っている円形脱毛症患者における調査にて、アトピー素因のある患者群で、第2世代抗ヒスタミン薬が治療による発毛面積について上乗せ効果を示すことを報告しています。

第二のパターン、つまり、脱毛面積が頭皮の25%未満で、かつ、症状固定期にある場合、言い換えると、脱毛が小範囲に固着してしまった場合は、ステロイド局注療法または局所免疫療法を行います。ここで注意が必要なのは、ステロイドパルス療法は、このパターンの患者群では著効率が低く、ステロイドパルス療法は適応にならないということです。限局した範囲に固着した円形脱毛症ではステロイドパルスは行わない、ということを第二のルールとして提案したいと思います。

さて、次に第三のパターンについてお話ししましょう。つまり、脱毛面積が頭皮の25%以上で、かつ進行期にある場合です。女性で多くみられる、びまん性に急速に進行する円形脱毛症が、このパターンに分類されます。

この場合には、私どもは静脈注射によるステロイドパルス療法をしばしば行っています。具体的にはメチルプレドニゾロン500mgを連続3日間、静脈注射にて投与します。しかしながら、問題になるのは、先ほど述べたような、びまん性に急速に進行する円形脱毛症では、ステロイド外用薬の治療で治癒してしまう例があることです。

私の行っている主な治療

パターン1  
ステロイド薬外用  
第2世代抗ヒスタミン薬内服(アトピー素因のある場合)  
セファランチン内服

パターン2  
ステロイド局注、局所免疫療法

パターン3  
静注ステロイドパルス療法

パターン4  
局所免疫療法、抗アレルギー薬(第2世代抗ヒスタミン薬)内服(アトピー素因のある場合)

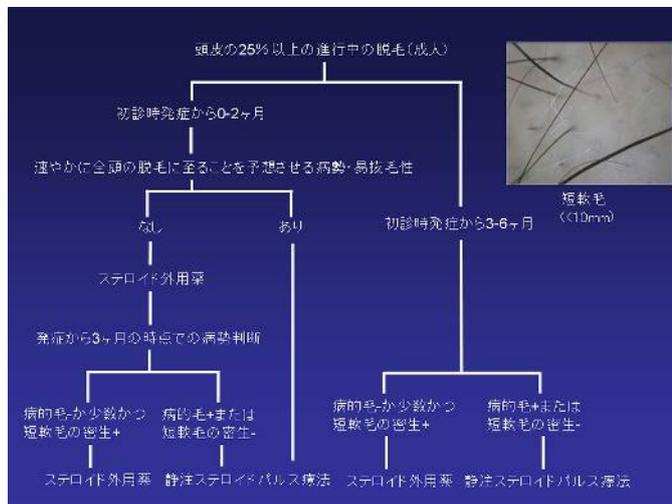
そのような症例では、必ずしもステロイドパルス療法は必要がないことになります。一方、このタイプの円形脱毛症では、最終的に全頭型や汎発型といった最重症型に移行してしまい、その後長く治療を行うことが必要になるケースもしばしばみられることです。

この点は私にとっても大きなジレンマではありますが、私自身は以下のルールに従って治療の選択を行っています。つまり、初診時、発症もしくは急性悪化から0-2ヶ月であり、速やかに全頭の脱毛に至ることを予想させる病勢や易抜毛性がなければ、まずステロイド外用薬を中心とした軽症例に準じた治療を行います。

その後、発症もしくは急性悪化から3ヶ月の時点でトリコスコピーを用いて、円形脱毛症の活動性を判断し、病勢が強ければ、ステロイドパルス療法を行います。他方、軟毛が多く生えており治癒傾向があれば、そのままステロイド外用薬を続行します。しかし、初診時、速やかに全頭の脱毛に至ることを予想させる病勢や易抜毛性があれば、すぐさまステロイドパルス療法を行います。

一方、初診時、発症もしくは急性悪化から3-6ヶ月であった場合は、トリコスコピーを用いて、病勢を判断し、治癒傾向があればステロイド外用薬を、疾患活動性が強ければ、ステロイドパルス療法を選択します。

さて、第四のパターン、脱毛面積が頭皮の25%以上で、かつ症状固定期にある場合です。多くの場合は、全頭型や汎発型となっています。治療としては、局所免疫療法を選択しています。もし、アトピー素因のある場合は、第2世代抗ヒスタミン薬を併用してもいいでしょう。



## 小児の治療

以上は成人例について述べましたが、小児の場合は、まず、ステロイド薬外用、セファランチン内服、アトピー素因のある場合、第2世代抗ヒスタミン薬を組み合わせます。しかしながら、脱毛面積も広く、難治性であると判断すれば、局所免疫療法を行っています。なお、私どものデータでは、成人を含めて局所免疫療法中に色素沈着型接触

小児：15才以下の場合

First line

- ステロイド薬外用
- 抗アレルギー薬（第2世代抗ヒスタミン薬）
- 内服（アトピー素因のある場合）
- セファランチン内服

難治例と判断したら

局所免疫療法

皮膚炎を生じた場合は治療抵抗性を示すことがわかりました。この場合は、一旦治療を中止し、ステロイド外用薬を用いて、色素沈着が消退してから、薬剤を変更して局所免疫療法を再チャレンジしています。これもひとつのルールとして覚えて頂ければと思います。

今日は、パターンとルールで考える円形脱毛症の治療と題して、私の行っている治療選択の方針について述べさせて頂きました。以上をまとめますと、1) 円形脱毛症の治療は、年齢、進行期か症状固定期か、脱毛面積によってパターン化でき、それに従い治療選択をしていきます。2) 疾患の活動性をみるにはトリコスコーピーが便利ですので、是非日常の診療に取り入れて下さればと思います。