
Mannlig skallethet

REDAKSJONELT

PETTER JENSEN GJERSVIK

Petter Jensen Gjersvik (f. 1952) er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, fagredaktør i Tidsskriftet og overlege og universitetslektor ved Hudavdelingen, Rikshospitalet.

Email: petter.gjersvik@rikshospitalet.no

Tidsskriftet

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Håret betyr mye for oss. Det beskytter mot ytre påvirkninger og gir signaler til verden rundt. Håret kan fortelle om kjønnstilhørighet, personlighet, sosial identitet og sensualitet (1). Når vi mister håret, mister vi så å si en del av oss selv. Dette gjelder pasienter som gjennomgår cytostatikakurer ved kreftsykdom og personer med utbredt alopecia areata (flekvis hårtap). Forbigående uttynning av hårmanken (telogent effluvium) er relativt vanlig, bl.a. etter graviditet. Visse hudsykdommer kan gi varierende grad av hårtap (2).

Den vanligste form for hårtap er androgenetisk alopeci – mannlig hårtap (2). De aller fleste menn får denne type hårtap, men tidspunktet prosessen starter på, varierer sterkt. Hos 5 % starter hårtapet før 20 års alder, og begynner vanligvis bitemporalt og noe senere over vertex.

Androgenetisk alopeci skyldes en genetisk bestemt følsomhet overfor androgener (2, 3). Den androgene effekten skjer gjennom en økt 5- α -reduktaseaktivitet med danning av økte mengder dihydrotestosteron fra testosteron lokalt i hårfolliklene. Dihydrotestosteron har høy affinitet for androgenreseptorer i cellekjernen og aktiverer gener ansvarlig for androgene biologiske responser. Hårfollikler i områder som er utsatt for hårtap, har større mengder 5- α -reduktase og flere androgenreseptorer (3).

Mannlig hårtap er så vanlig at det ikke oppfattes som sykdom, selv om den psykososiale belastningen kan være stor for enkelte (4). I alle aldersgrupper er det mange som er sterkt motivert for behandling. Mannlig skallethet har da også vært gjenstand for atskillig kvakksalveri opp gjennom tidene, også i våre dager. Behandling med dokumentert effekt har inntil nylig ikke vært mulig,

men de siste årene er det kommet tre aktuelle behandlingsalternativer: minoxidil (som appliseres lokalt på hodebunnen), finasterid (som tas peroralt) og hårtransplantasjon.

Det var under en utprøvnings av minoxidil som blodtrykkssenkende middel at effekt på hår ble observert hos pasienter med mannlig skallhethet. Påfølgende kliniske utprøvnings har dokumentert effekten av lokal applikasjon av minoxidil med transformasjon av vellushår til terminalhår hos om lag 30 % av forsøkspersonene (5). Imidlertid er effekten av liten kosmetisk betydning, men ofte god nok til at pasienten selv er fornøyd for en periode (2). Virkningsmekanismen for minoxidil er ukjent.

Finasterid er en selektiv 5- α -reduktaseinhibitor som brukes i behandlingen av benign prostatahyperplasi (6) og som hemmer danningen av dihydrotestosteron fra testosteron i hårfolliklene. Finasterid er registrert i USA og en rekke andre land for behandling av androgenetisk alopeci, og effekt er rapportert i dobbeltblinde studier. Ved datamaskinassistert hårtelling ble det i en studie med 1 553 menn registrert en 11 % *økning* i antall hår i vertexområdet etter 12 måneders behandling med 1 mg finasterid daglig, mot et 2,5 % *tap* i antall hår i placebogruppen (7). Et flertall av mennene som fikk aktiv behandling, var fornøyd med effekten, men skårene på ulike spørsmål om deres egen oppfatning av det kosmetiske resultatet varierte sterkt (3, 7). Tilsvarende funn er gjort for frontalt hårtap (8). Ingen alvorlige bivirkninger ble registrert.

Bruken av minoxidil og finasterid har gitt oss økt kunnskap om hårfysiologi og hårsykdommer. Det er på mange måter en sensasjon at medikamenter kan reversere mannlig hårtap. Men ingen av de aktuelle medikamentene kan få hår til å gro på en skallet isse. Behandling må derfor igangsettes tidlig, og for å opprettholde effekten, må behandlingen være vedvarende (2). Ved bruk av minoxidil ser effekten ut til å avta noe etter hvert (5). Ved etablert skallethet som følge av androgenetisk betinget hårtap hos menn, er hårtransplantasjon, dvs. autotransplantasjon av multiple små stansegraft fra oksipitalområdet, eneste behandlingsmulighet (2).

Behandling som kan motvirke mannlig hårtap, er noe vi leger skal være forsiktig med å fordømme. Behandling med vitenskapelig dokumentert effekt kan tilbys menn som kanskje har redusert selvbilde som følge av hårtapet, og som ønsker å forsinke prosessen. Behandlingen kan kanskje redusere bruken av behandlingsmetoder uten dokumentert effekt og kan tenkes å være til hjelp for enkelte til å forsone seg med situasjonen. Økt vektlegging av pasientautonomi taler for dette syn.

Det er imidlertid grunn til å reflektere over hvordan muligheten for medisinsk eller kirurgisk behandling av en fysiologisk tilstand påvirker vår oppfatning av kropp og sykdom, helsevesen og prioriteringer, legerolle og pasientrolle. Dette er en type problematikk som i tiltakende grad har dukket opp med introduksjonen av dyre medikamenter beregnet på helseproblemer som er vanskelige å avgrense mot rene livsproblemer. Det er en tendens til at piller blir løsningen på det meste. Dette gjør noe med måten vi alle tenker på (9). Legemiddelindustrien bidrar til å forme både pasienters og legers oppfatninger om helse, sykdom og livsvansker. Oppmerksomhet, penger og medisinske forskere brukes til oppgaver som ligger utenfor medisinske tradisjonelle

områder. Dette må ikke skje på bekostning av forskning og klinisk arbeid knyttet til alvorlig sykdom og vanlige sykdommer av stor samfunnsmessig betydning eller helseproblemer relatert til fattigdom og underutvikling. Årsakene er ikke bare markedskrefter og legemiddelindustriens behov for profitt, men like mye vår higen etter den perfekte kropp og det problemløse liv.

Hvis vi som leger i for stor grad lar oss trekke inn i denne verden, vil vi kunne miste vår forankring i medisinen primære oppgaver: å fremme menneskers helse og å forebygge og behandle sykdom. Å hjelpe mennesker til å mestre sykdom og motgang er en viktig del av disse oppgavene. Menn med redusert selvbilde knyttet til hårtap eller som er engstelig for å miste håret, må først og fremst møtes av legen med empati, samtaler og informasjon.

LITTERATUR

1. Fyrand O. Det gåtefulle språket. Om hudens kommunikasjon. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
2. Mørk C. Hårtap. Årsak, diagnostikk, klinikk og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3103 – 6.
3. Barth JH. Should men still go bald gracefully? Lancet 2000; 355: 161 – 2.
4. Cash TF. The psychosocial consequences of androgenetic alopecia: a review of the research literature. Br J Dermatol 1999; 141: 398 – 405.
5. Olsen EA, Weiner MS, Amara IA, DeLong ER. Five-year follow-up of men with androgenetic alopecia treated with topical minoxidil. J Am Acad Dermatol 1990; 22: 643 – 6.
6. Tveter KJ, Beisland HO, Andersen JT, Wolf H, Ekman P, Johansson JE et al. Behandling av benign prostatahyperplasi med Proscar (finasterid). Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3226 – 30.
7. Kaufman KD, Olsen EA, Whiting D, Savin R, DeVillez R, Bergfeld W et al. Finasteride in the treatment of men with androgenetic alopecia. J Am Acad Dermatol 1998; 39: 578 – 89.
8. Leyden J, Dunlap F, Miller B, Winters P, Lebwohl M, Hecker D et al. Finasteride in the treatment of men with frontal male pattern hair loss. J Am Acad Dermatol 1999; 40: 930 – 7.
9. Hafstad A. Lege: Stadig høyere forbruk bekymrer. Aftenposten (morgenutgave) 2.2.2000.

Publisert: 20. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. februar 2026.