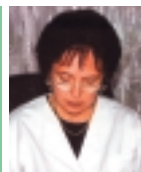


Postępowanie w diagnostyce i leczeniu wypadania włosów

Prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło
Kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego



WSTĘP

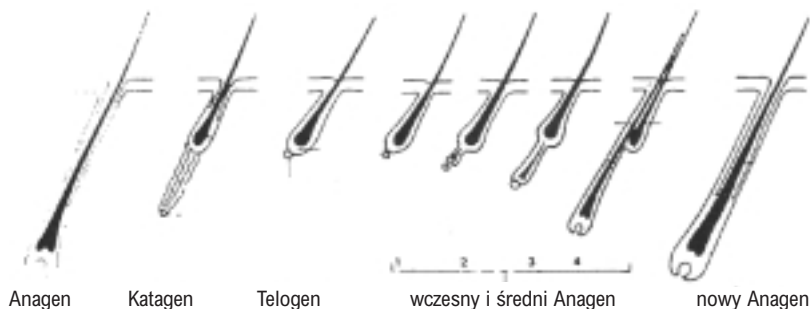
Cykl włosowy u ludzi jest niesynchronizowany. Oznacza to, że sąsiadujące ze sobą mieszki włosowe znajdują się w różnym okresie cyklu włosowego a każdy z nich posiada charakterystyczną dla danego okresu mikroskopową morfologię.

Rytmiczny proces wzrostu zwany cyklem włosowym składa się z trzech okresów:

- **anagen** – okres wzrostu,
- **katagen** – okres pośredni,
- **telogen** – okres spoczynku.

W warunkach fizjologicznych na skórze głowy włosy anagenowe stanowią średnio ponad 80%, pozostały odsetek to przede wszystkim włosy telogenowe, a w małym procencie (1–2%) obecne są włosy katagenowe.

Przebieg cyklu włosowego



1 Włos anagenowy



Włos katagenowy – okres wczesny

2



3 Włos katagenowy – okres późny



Włos telogenowy

4

Wrodzone i nabyte zmiany strukturalne łodygi włosów

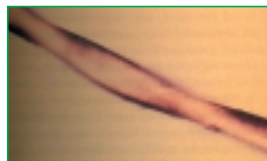
Wiele czynników fizycznych i chemicznych związanych z niewłaściwą pielęgnacją włosów i stosowaniem zabiegów upiększających może powodować zmiany w strukturze łodygi włosów. Przyczyną jest zwykle uraz. Mogą nim być:

- nadmierne i niewłaściwe czesanie oraz szczotkowanie włosów,
- trwała ondulacja,
- obcinanie włosów tępymi narzędziami,
- prostowanie włosów,
- używanie suszarek, szczotek lub lokówek ze zbyt gorącym powietrzem,
- intensywne działanie promieni słonecznych,
- ciasne spleatanie warkocza,
- rozjaśnianie i barwienie włosów,
- kąpiele w sionej wodzie,
- nadmierne drapanie skóry głowy z powodu choroby.

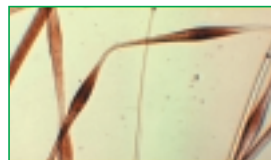
Zmiany struktury łodygi mogą też powstawać w wyniku działania różnych czynników endogennych. Nieprawidłowości strukturalne powodują, że włosy stają się:

- obrączkowate,
- skręcone,
- wełniaste,
- paciorkowate,
- bambusowate,
- węzłkowate,
- bańkowate.

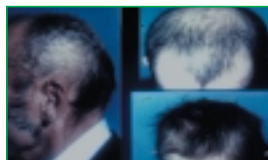
Może również dokonywać się rozszczep węzłowaty i podłużny włosa.



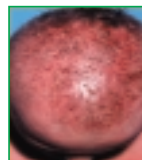
Włosy skręcone



Włosy paciorkowate



Włosy bambusowate



Włosy w wymienionych zaburzeniach dotyczą przede wszystkim głowy i obserwuje się je częściej u jasnowłosych kobiet. Nieprawidłowa struktura łodygi włosów przejawia się tym, że stają się one łamliwe, kruche, bez połysku, ćme i suche.

Leczenie

Unikanie urazów lub obcięcie włosów umożliwia u części chorych odrost włosów o prawidłowej strukturze. Z wiekiem może dojść do jej częściowej poprawy, jednak wiele z tych zaburzeń nie poddaje się leczeniu. Zaleca się stosowanie doustnie preparatów witaminowych (szczególnie witaminy A lub H) oraz natłuszczenie skóry głowy. Nierzadko dochodzi do poprawy samoistnej podczas ciąży.

Łysienie związane z chorobami ogólnoustrojowymi

Zanim dojdzie do łysienia, które powstaje w wyniku zachwiania równowagi między utratą włosów a ich odrostem, rozpoczyna się przerzedzenie owłosienia. Włosy wypadają każdego dnia, szczególnie podczas mycia i czesania. Problem pojawia się gdy wypada więcej niż 100 włosów dziennie i trwa to dłużej niż kilka tygodni.

Nadmierne wypadanie włosów często jest efektem:

- przebytej choroby,
- przewlekłego stresu, nerwic,
- niezbilansowanej diety (odchudzającej, niskokalorycznej i ubogobiałkowej) – występują wówczas niedobory nienasyconych niezbędnych kwasów tłuszczowych, witamin z grupy B, biotyny a także składników mineralnych,
- anemii,
- przyjmowania niektórych leków,
- zatrucia metalami ciężkimi, jak ołów, tal, rtęć,
- palenia papierosów.

Tab. 1. Preparaty wywołujące łysienie

cytostatyki	aromatyczne retinoidy	leki hipolipemizujące
leki immunosupresyjne	β-blokery	leki przeciwdepresyjne
duże dawki witaminy A	leki przeciwzakrzepowe	niesterydowe leki przeciwzapalne

Łysienie wywołane środkami cytostatycznymi zależy od:

- rodzaju cytostatyku,
- wysokości dawki,
- schematu leczenia,

Rozlane przerzedzenie, niekiedy niemal całkowite wytłuszczenie dotyczy szczególnie wierzchołka głowy, z zaoszczędzeniem jej obwodu.



UWAGA!

Nigdy nie wypadają włosy z innych okolic ciała, bo mają bardzo krótki cykl włosowy i zanim czynnik toksyczny zaczyna działać, rozpoczyna się już nowy cykl włosowy!

Do chorób ogólnoustrojowych, które mogą powodować zwiększone wypadanie włosów a następnie łysienie należą:

1. nad i niedoczynność tarczycy,
2. cukrzyca,
3. choroby zakaźne,
4. niektóre choroby tkanki łącznej,
5. niektóre nowotwory narządów wewnętrznych,
6. choroby owłosionej skóry głowy (np. łuszczyca, grzybica, łojotokowe zapalenie skóry głowy, łupież).



Łuszczyca

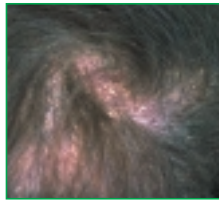


Grzybica

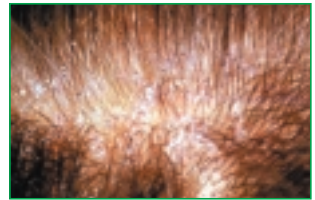


Łojotokowe zapalenie skóry

U kobiet zwiększone wypadanie włosów może występować po porodzie, zaprzestaniu stosowania hormonalnej doustnej antykoncepcji oraz w okresie menopauzy.



Łojotokowe zapalenie skóry



Łupież

1. Łysienie w nad i niedoczynności tarczycy

W nadczynności tarczycy włosy stają się cienkie, jedwabiste, o wzmożonym połysku. Łysienie może być rozlane lub mieć postać ograniczoną do okolicy czołowej.



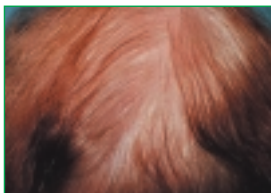
Łysienie w nadczynności tarczycy



W niedoczynności tarczycy włosy są przerzedzone, suche, szorstkie i łamliwe. Może też występować objaw Hertogha, polegający na wyłysieniu 1/3 zewnętrznej części brwi.



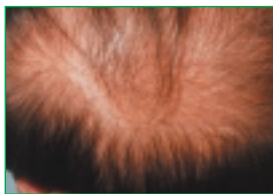
Łysienie w niedoczynności tarczycy



2. Łysienie w przebiegu cukrzycy

W cukrzycy stwierdza się:

- przerzedzenie włosów lub łysienie, dotyczące szczytu głowy,
- zwiększenie odsetka włosów rosnących podczas stosowania insuliny, w przeciwieństwie do doustnych leków przeciwcukrzycowych,
- występowanie łysienia wraz z nasilonym łożotokiem u chorych z cukrzycą niewyrównaną – najczęściej w III lub IV dekadzie życia,
- cukrzyca przez wiele miesięcy lub lat może nie powodować łysienia.



Łysienie w przebiegu cukrzycy



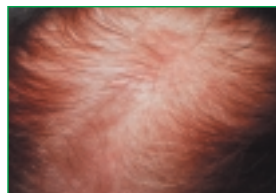
3. Łysienie po przebytych chorobach zakaźnych

Zasadniczymi czynnikami wywołującymi łysienie po przebytych chorobach zakaźnych są wysokość i czas trwania gorączki.

Łysienie ma charakter rozlany i jest najbardziej nasilone w okolicy czołowo ciemieniowej; rzadko występuje łysienie niemal całkowite.



Łysienie po przebytych chorobach zakaźnych



4. Łysienie wywołane chorobami tkanki łącznej

W układowym toczniu rumieniowatym występuje odwracalne rozlane łysienie.

W postaci ogniskowej tocznia rumieniowatego występuje nieodwracalne łysienie bliznowaciejące.



Łysienie odwracalne rozlane



Łysienie nieodwracalne bliznowaciejące

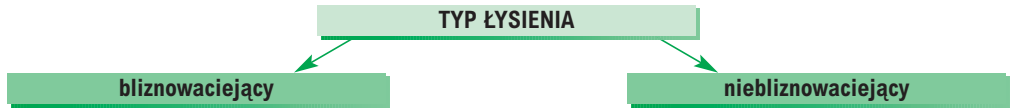


W przebiegu zapalenia skórno-mięśniowego (*dermatomyositis*) występują najczęściej zmiany strukturalne w obrębie łodygi włosów, polegające na odłamywaniu się ich na różnej wysokości.

5. Łysienie związane z innymi chorobami narządów wewnętrznych

W niektórych przypadkach raka zwłaszcza żołądka występują na skroniach oraz w obrębie łuków brwiowych i brody tzw. włosy Schriddego. Są one bardzo grube, ciemne i nie mają potysku. U mężczyzny może wystąpić kobiecy typ owłosienia tonowego – objaw Chvostka, a u obu płci – przerzedzenie lub brak włosów pachowych czy klatki piersiowej.

Leczenie łysienia występującego w przebiegu chorób ogólnoustrojowych powinno być prowadzone we współpracy z wieloma specjalistami, jak interniści, endokrynolodzy, ginekolodzy czy psychiatry i zależy ono od przyczyny wywołującej łysienie.



Łysienie bliznowaciejące

Łysienie bliznowaciejące jest nieodwracalnym uszkodzeniem mieszków włosowych i należy do trwałych łysień nabytych lub wrodzonych. Blizny będące bezpośrednią przyczyną wyłysienia są stanem zejściowym różnych chorób skóry. Rozmiary blizn zależą od przebiegu choroby, jej postaci oraz czasu trwania. Przyczyny trwałego zniszczenia mieszków włosowych mogą być nabyte i wrodzone. Nabyte łysienia mogą być pochodzenia egzogicznego i endogennego. Do czynników zewnątrzpochodnych należą urazy mechaniczne, fizyczne, chemiczne i biologiczne.

Do przyczyny łysień wrodzonych zaliczamy:

- wrodzony niedorozwój skóry,
- znamię łojowe,
- znamię naskórkowe,
- niektóre postaci naczynek (zwłaszcza ulegające rozpadowi),
- rogowacenie mieszkowe kolczyste wyłysiające.



Wrodzony niedorozwój skóry



Znamię łojowe

Łysienie rzekomoplackowate

Pojęcie „pseudopelade” zostało opracowane przez Brocq'a dla pierwotnie zanikowego łysienia w obrębie głowy owłosionej. Zapatrywania dotyczące etiologii i pozycji nozologicznej pseudopelade Brocq są podzielone. Zwolennicy poglądu Brocq'a przyjmują, że jest to schorzenie sui generis, o nieznannej etiopatogenezie. Inna grupa autorów nie znajduje uzasadnienia dla odrębności nozologicznej łysienia rzekomoplackowatego i podtrzymuje słuszność zaproponowanego przez Degosa pojęcia stanu rzekomoplackowatego (état pseudopeladique). Może on występować w przebiegu, bądź jako następstwo różnych etiopatogenetycznie chorób skóry w obrębie owłosionej skóry głowy.



Łysienie rzekomoplackowate



Charakterystyka kliniczna

Obraz morfologiczny zmian kształtuje się w wyniku powstawania początkowo niepostrzeżenie małych ognisk zanikowych, całkowicie pozbawionych włosów. Powoli poszerzają się one, zajmując coraz większe przestrzenie. Zachodzące zmiany porównywane są ze śladami stóp na śniegu. Poszczególne wyłysiałe ogniska poprzedzielane są kępkami zachowanych włosów, czasami z objawami rogowacenia mieszkowego. Dotyczy to okolicy ciemieniowej, szczytu głowy oraz częściowo skroniowej.

Łysienie to występuje najczęściej między II a IV dekadą życia znacznie częściej u kobiet oraz u osób z ciemnym zabarwieniem włosów.



Do grupy tych chorób należą:

- łysienie rzekomoplackowate (pseudopelade Brocq) jako pierwotnie zanikowe łysienie,
- liszaj płaski zanikowy,
- liszaj płaski mieszkowy jako jeden z objawów zespołu Grahama-Little'a,
- toczeń rumieniowaty przewlekły,
- pemfigoid bliznowaciejący,
- wyłysiające zapalenie mieszków włosowych,
- twardzina ograniczona (sclerodermie en coup de sabre).



Sclerodermie en coup de sabre

Łysienie bliznowaciejące może też występować w przebiegu chorób ogólnoustrojowych takich jak:

- sarkoidoza,
- rozrosty limforetykularne,
- nowotwory skóry,
- przerzuty nowotworowe do skóry głowy,
- liszaj płaski,
- liszaj rumieniowaty.

Do rzadkich przypadków łysienia bliznowaciejącego może dojść w przebiegu następujących dermatoz:

- choroba Dariera,
- rybia łuska zwykła,
- nietrzymanie barwnika,
- pęcherzowe oddzielanie się naskórka.

Diagnostyka

W diagnostyce różnicowej pomocne są:

- ✓ badanie immunofluorescencyjne,
- ✓ badanie histopatologiczne wycinka skóry,
- ✓ trichogram, tj. badanie stanu korzeni włosów.

Leczenie

Leczeniem z wyboru w przypadku łysienia bliznowaciejącego, będącego procesem nieodwracalnym jest leczenie chirurgiczne.

Wybór metody od prostego jednoczasowego wycięcia i zamknięcia ubytku przez zbliżenie brzegów rany, po stosowanie różnego rodzaju płatów, a nawet wolnych przeszczepów skóry owłosionej zależy od rozmiarów i umiejscowienia zmiany. U dorosłych z łysieniem bliznowaciejącym można zaproponować transplantację włosów a w przypadkach dzieci i młodzieży – metodę rozciągania skóry owłosionej głowy za pomocą specjalnych ekspanderów. Umieszcza się je pod skórą na okres 6–8 tygodni, po czym ekspander zostaje usunięty a łysa powierzchnia wycięta. Powstały ubytek uzupełniany jest przez rozciągnięty fragment skóry owłosionej. Metoda ta ma zdecydowaną przewagę nad metodą rekonstrukcji z wykorzystaniem wolnych płatów, ponieważ odtworzony w ten sposób ubytek ma ten sam kolor i utkanie, co sąsiadująca zdrowa skóra.

Leczenie farmakologiczne omówionych schorzeń może zahamować dalszy ich postęp tylko w przypadku wczesnego rozpoznania i ustalenia etiologii.

Łysienie androgenowe

Łysienie androgenowe (AGA) jest jedną z najczęstszych przyczyn utraty włosów. Zaliczane jest ono do łysień niebliznowacjących. Średnio u 1/3 mężczyzn w wieku 20–40 lat obserwuje się utratę włosów o różnym nasileniu. Dla bardzo wielu stanowi to poważny problem psychologiczny. Łysienie, uważane za objaw starzenia się staje się przyczyną przypisywania mężczyznom mniejszej atrakcyjności.

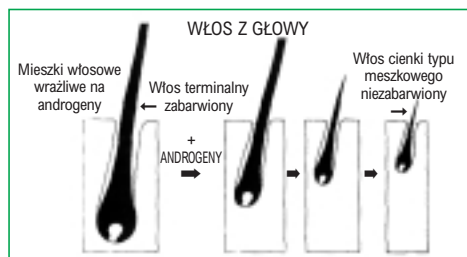
Natomiast AGA u kobiet pojawia się najczęściej powyżej 30 roku życia i występuje rzadziej niż u płci męskiej. W trichogramie, czyli badaniu stanu korzeni włosów, stwierdza się wzrost liczby włosów telogenowych. Wykonanie trichogramu polega na pobraniu włosów z obszaru największego przerzedzenia. Przez 3–4 dni przed badaniem chory nie powinien myć włosów ponieważ badanie wtedy jest niemiarodajne (dochodzi do utraty części włosów telogenowych). Niewskazane są też zabiegi kosmetyczne jak np. farbowanie. Do nowych metod diagnostycznych w chorobach włosów wykorzystuje się dermatoskop z oprogramowaniem komputerowym i cyfrowym aparatem fotograficznym – wideodermatoskop. dzięki zastosowaniu systemu optycznego możliwe jest oglądanie zmian w powiększeniu 20–70x. Badanie jest nieinwazyjne, niebolesne, łatwe w użyciu, powtarzalne i pozwala na obiektywną ocenę aktywności choroby. Uzupełnieniem trichogramu może być badanie gęstości włosów na ustalonej jednostce powierzchni skóry oraz mikroskopowe badanie łodygi włosa w celu wykrycia zmian strukturalnych. W AGA dochodzi do miniaturyzacji mieszków włosowych, polegającej na transformacji włosów terminalnych we włosy typu mieszkowego. Włosy stają się krótsze i cieńsze, zmniejsza się ich gęstość i dochodzi do regresji grubości łodygi włosów oraz zmniejszenia ich masy, przerzedzenia a następnie łysienia. AGA jest związane z wydłużeniem fazy telogenowej i coraz krótszymi fazami anagenowymi. U mężczyzn łysienie często poprzedzone jest wystąpieniem łojotoku lub łupieżu tłustego.

Patogeneza

Decydujące znaczenie w patogenezie AGA mają:

✓ czynniki genetyczne, ✓ czynniki hormonalne (androgeny).

Dziedziczenie jest autosomalne dominujące, z różną penetracją genu. W badaniach molekularnych geny odpowiedzialne za AGA pozostają dotąd absolutnie nieznanne. Drugi czynnik patogenetyczny to androgeny. Główną rolę odgrywa metabolit tankowy testosteronu tj. dwuhydrotestosteron (DHT). W genetycznie predysponowanych mieszkach włosowych występuje miejscowo działający enzym 5 α -reduktaza typu 2 przekształcająca testosteron w dwuhydrotestosteron (DHT). DHT powoduje stymulację mieszków włosowych na twarzy i w okolicy narządów płciowych, natomiast hamuje wzrost włosów w obrębie owłosionej skóry głowy. W odmianie typu męskiego rolę odgrywają czynniki zarówno genetyczne jak i androgenowe, natomiast w odmianie rozlanej (żeńskie) stężenie androgenów mieści się zazwyczaj w górnej granicy normy lub jest tylko nieznacznie podwyższone. Hiperandrogenizm może być związany z zaburzeniami wewnątrzwydzielnyymi albo stosowaniem androgenów lub syntetycznych progesteronów. Występowanie AGA u kobiet przed okresem przekwitania, przy prawidłowym stężeniu androgenów, jest uwarunkowane genetycznie. Natomiast u kobiet po menopauzie występuje łysienie spowodowane obniżeniem stężenia estrogenów.



AGA u kobiet może być również objawem podwyższonego stężenia androgenów, spowodowanego schorzeniami ogólnoustrojowymi (np. chorobami przysadki mózgowej, zespołem policystycznych jajników, guzami jajników produkującymi androgeny, guzami nadnerczy, otyłością czy hiperandrogenizmem idiopatycznym).

Wpływ androgenów na mieszkki anagenowe włosów terminalnych (końcowych) na głowie i transformacja w mieszkki miniaturowe wytwarzające włosy mieszkowe

Postacie kliniczne

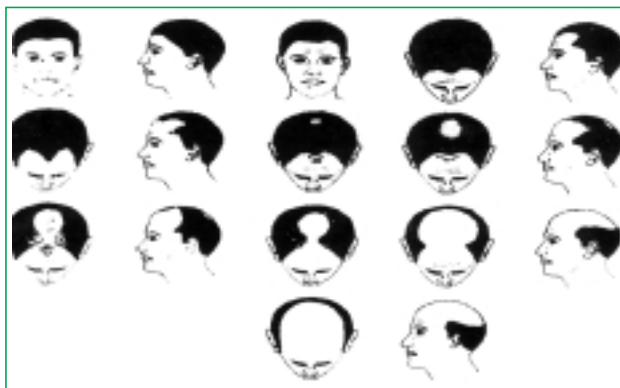
Łysienie androgenowe

mężczyźni

Wzór łysienia typu męskiego „male pattern”, zwane także „łysieniem kątowym”. Zaczyna się wyłysieniem w okolicy kątów czołowych do których dołącza się tzw. „tonsura” na szczycie głowy. Następnie przerzedzenie włosów rozprzestrzenia się w kierunku skroni i ciemienia, pozostawiając koronę włosów na potylicy i częściowo w okolicach skroniowych. U mężczyzn występuje typ kątowy i szczytowy w którym wyróżnia się I–VIII okresów według Hamiltona. Postać ta występować może również u kobiet.

kobiety

Wzór łysienia typu kobiecego „female pattern” dotyczy wyłącznie kobiet. Granica owłosienia na czole jest dobrze zachowana a przerzedzenie włosów zaczyna się około 2–3 cm w kierunku okolic ciemieniowych i szczytu głowy.



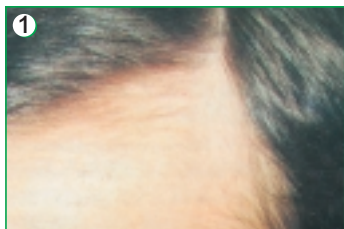
Skala nasilenia łysienia androgenowego wg Hamiltona

Łysienie androgenowe typu żeńskiego wg Ludwiga



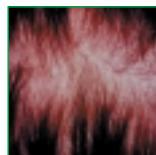
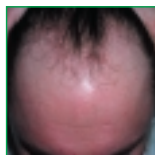
Łysienie androgenowe u kobiet – wzorzec opisany przez Ludwiga:

- stadium I – początkowo pojawia się prześwit na wierzchołku głowy,
- stadium II – stopniowe rozszerzanie się prześwitu,
- stadium III – widoczna staje się skóra głowy.



1. Łysienie kątowe

2. Na szczycie głowy „tonsura” – cecha charakterystyczna łysienia androgenetycznego



Łysienie androgenowe u mężczyzn

Łysienie androgenowe u kobiet

Różnice w obrazie klinicznym między żeńską a męską odmianą są prawdopodobnie związane z:

- fizjologicznie niższym stężeniem androgenów i 5 α -reduktazy,
- zwiększoną aktywnością aromatazy u kobiet,
- innym rozmieszczeniem „nadwrażliwych” na androgeny mieszków włosowych.

Rozpoznanie

Powinno opierać się ono na:

- stwierdzeniu charakterystycznego obrazu klinicznego,
- badaniu stanu korzeni włosów (trichogram), w którym stwierdza się wzrost liczby włosów telogenowych, proporcjonalny do nasilenia łysienia.

Pomocny może też być wywiad osobniczy i rodzinny. U kobiet wykonanie badań laboratoryjnych takich jak: testosteron, fT₃, fT₄, TSH, prolaktyna, progesteron, żelazo, ferrytyna, białko, fosfataza alkaliczna, glukoza i morfologia, w celu wykluczenia innych przyczyn utraty włosów.

Miejscowe leczenie AGA

	Mężczyźni	Kobiety
Roztwory zawierające estrogeny	niewskazane	co drugi dzień 2 x/d przez max. 6 miesięcy
Minoksydyl 2 i 5% roztwór	5% roztwór 2 x/d przez 4 miesiące, a następnie 2% roztwór łącznie przez 24 miesiące. Po zaprzestaniu leczenia włosy mogą ponownie wypadać, a proces łysienia nadal postępuje. Wyniki leczenia są lepsze u osób młodszych, które dopiero zaczynają tracić włosy.	2% roztwór 2 x dziennie na stałe, ponieważ po zaprzestaniu regularnego leczenia szybkość odrostu i/lub wypadania włosów powraca do stanu początkowego.

Ogólne leczenie AGA

	Mężczyźni	Kobiety
Finasteryd	1 mg/d przez 24 miesiące. U mężczyzn powyżej 60 r.ż. może być nieskuteczny, ze względu na zmniejszoną aktywność 5 α -reduktazy w mieszkach włosowych. Lek ten jest dobrze tolerowany, a pojawienie się działań niepożądanych nie powoduje zazwyczaj konieczności przerwania leczenia. Łącznie z nim można stosować miejscowo minoksydyl oraz w przypadku łożotoku dołączyć leczenie przeciwłożotokowe i przeciwbakteryjne.	niewskazany i nieskuteczny

	Mężczyźni	Kobiety
Blokery receptorów androgenowych spironolakton lub octan cyproteronu w połączeniu z estrogenami	—	Po wykluczeniu przeciwwskazań ginekologicznych i internistycznych. Zalecając spironolakton u pacjentek w wieku rozrodczym powinniśmy równocześnie stosować skuteczną antykoncepcję. Należy uświadomić sobie, że dawka zawarta w DIANE-35 jest raczej zbyt niska dla powstrzymania utraty włosów w AGA, dlatego należy dodać dodatkowy octan cyproteronu w formie Androcur podczas pierwszych 10 dni cyklu. Lista działań niepożądanych octanu cyproteronu jest długa, ale w praktyce lek ten jest dobrze tolerowany przez większość kobiet. Blokery receptorów androgenowych (antyandrogeny) nie są skuteczne u wszystkich pacjentek.
Przeszczepianie włosów	Metoda ta daje dobre rezultaty. Łyse okolice pokrywa się przeszczepami drobnych kępek skóry zawierającymi mieszki włosowe pobranymi z miejsc obwodowych głowy w których włosy są zachowane. Jest to metoda żmudna, długotrwała, wymagająca olbrzymiej cierpliwości ze strony lekarza i chorego. Przeszczepianie włosów daje dobry efekt kosmetyczny u osób z łysieniem o małym lub średnim nasileniu.	Ze względu na rozlany charakter łysienia, często nie przynosi pożądanego efektu.

Przeciwwskazania do przeszczepienia włosów:

- ✓ kompensacja psychicznych problemów emocjonalnych,
- ✓ przesadne oczekiwania chorego,
- ✓ aktywne choroby skóry,
- ✓ niekorzystny stosunek powierzchni przeszczepionej do wielkości łysiny,
- ✓ predyspozycja do keloidów.

Większość dostępnych preparatów hamuje wypadanie włosów, lecz nie zawsze likwiduje łysienie. Niektóre pobudzają mieszki włosowe do wzrostu, wszystkie są jednak skuteczne tylko wówczas kiedy się je stosuje. Po odstawieniu obserwuje się zwykle ponowne wypadanie, choć niekoniecznie o tak dużym nasileniu jak pierwotnie.