

Nejčastější typy onemocnění vlasů a vlasaté části hlavy

MUDr. Ivana Vejrová, MUDr. Radek Litvik, MUDr. Yvetta Vantuchová, Ph.D.

Kožní oddělení FN Ostrava

Nemalou část pacientů kožních ambulancí tvoří ti, kteří pozorují obtíže s vlasy či pokožkou vlasaté části hlavy. Jedná se o onemocnění poměrně častá, neohrožují sice přímo život pacientů, jsou však lidmi vnímána velmi citlivě a zejména dlouhodobá zjevná patologie v této oblasti znamená pro pacienta značnou psychickou zátěž.

Klíčová slova: effluvium, alopecie, areátní alopecie, androgenetická alopecie, terapie.

The most common types of diseases of the hair and scalp

A significant proportion of patients seen by skin specialists are those complaining of hair and scalp problems. Although relatively common, these diseases are not life-threatening; however, they tend to be perceived as very sensitive issues and particularly a long-term and apparent pathology of this area represents a major psychological burden for the patient.

Key words: effluvium, alopecia, alopecia areata, androgenetic alopecia, therapy.

Úvod

Vlasy jsou keratinizovanými kožními adnexy vyrůstajícími z vlasových folikulů, které se kromě dlaní, plosek, glans penis a vnitřní strany zevního genitálu ženy, nacházejí na celém povrchu těla. Spolu s mazovými žlázami, případně apokrinními žlázou a přímým vzpřimovačem vlasů tvoří tzv. pilosebaceózní jednotky. Vlas vyrůstá ze zárodečné matrix ležící uvnitř folikulu a prodělává cyklické změny vývoje. Během těchto změn dorůstá do své maximální délky (anagenní fáze, 80% vlasů), přes krátkou přechodnou (katagenní) fázi dospěje do fáze terminální (telogenní, 20% vlasů). V této fázi zůstává na místě, nakonec vypadává a je nahrazen vlasem novým. Celý vlasový cyklus trvá asi sto dní. Denní ztráta do sta vlasů je považována za fyziologickou výměnu vlasů.

Během života se mění charakter vlasů z prenatálního lanuga, které vypadává asi ve 36. týdnu gravidity, na postnatální vellusový vlas. Ve kštici už záhy po narození můžeme objevit první intermediální vlasy, které jsou přechodem k terminálnímu typu vlasu, který je již delší, hrubší a sytější pigmentovaný. Terminální vlasy během puberty zcela nahradí předchozí typ vlasů. Množství a charakter vlasů se však během života může i výrazně měnit vlivem řady vnitřních i zevních faktorů. Počet vlasů a rychlost jejich růstu diskrétně kolísá i v průběhu roku, největší výpad se popisuje na přelomu srpna a září.

Diagnostické možnosti

Patologie vlasového cyklu vede ke změněm v charakteru a počtu vlasů, které přivádějí pacienty do ambulance kožního lékaře.

Při diagnostice vlasových chorob je základem podrobná anamnéza rodinná, osobní, pracovní, farmakologická, alergologická a prohlídka vlasů a pokožky kštice. Při déletrvajících obtížích doplníme laboratorní vyšetření krve. Vhodné je provést vyšetření sedimentace erytrocytů, vyšetření krevního obrazu, množství železa, hořčíku a zinku v séru, biochemický screening na vyloučení patologie jater, ledvin či diabetu, hladiny hormonů štítné žlázy a pohlavních hormonů. Po konzultaci výsledků s endokrinologem či gynekologem lze provést rtg snímek lbi se zaměřením na případnou patologii tureckého sedla, eventuálně ultrazvukové vyšetření nadledvin a ovarií. Na některých pracovištích se provádí trichogram, tedy podrobné mikroskopické vyšetření vlasových stvolů stran jejich rozvrstvení do jednotlivých fází vlasového cyklu, v širším smyslu lze takto hodnotit i rychlost růstu, hustotu ovlasení, šířku vlasu apod. Komplex vyšetření je možno doplnit též provedením vlasové biopsie, která zhodnotí vzhled vlasů a vlasových folikulů v různých fázích vlasového cyklu, popíše přítomnost lymfocytárního infiltrátu v okolí vlasových folikulů, případnou přítomnost Langerhansových buněk či již hyalinizaci vlasových papil.

Klinika a terapie

Vyšetření mohou odhalit některou vrozenou či získanou abnormitu vlasů. Vrozené abnormity tvaru, struktury a barvy vlasů jsou krajně vzácné a léčebně neřešitelné.

Mezi nejčastější získané abnormity vlasů patří alopecie a effluvium.

Dermatol. praxi 2009; 3(4): 159–162

Obrázek 1. Alopecie areátní



Obrázek 2. Mužský typ androgenetické alopecie



Ložisková ztráta vlasů (alopecie) či zvýšené difuzní vypadávání vlasů (effluvium) vzniká poruchou cyckického růstu vlasů v některé fázi vlasového cyklu. Možných příčin poruchy vlasového cyklu je velké množství: příčiny traumatické (tah dlouhých vlasů, nevhodné vlasové ozdoby, vyškubávání vlasů), vliv některých léků (cytostatika, vitamin A a retinoidy, hypolipidemia, antikoagulantia, ACE inhibitory, betablokátory, kolchicin, levodopa, dextran, thalium, lithium), některé endokrinní choroby (například poruchy funkce štítné žlázy, příštítných tělísek, podvěsku mozkového), infekčních choroby (zejména závažné horečnaté virózy, streptokokové infekce, HIV pozitivita, lues), poruchy výživy (nedostatek železa, síry, zinku, mědi, biotinu, drastické diety, anorexie), psychická zátěž, gravidita, porod, těžké operace a závažné úrazy s dlouhou rekonvalescencí, v neposlední řadě aplikace radioterapie.

Pokud je příčina alopecie u daného pacienta zjištěna a je odstranitelná, dochází obvykle k postupné úpravě vlasových obtíží, spontánní úprava obtíží, zvláště u reaktivních typů onemocnění, je rovněž možná.

Mnohem vzácnější, tzv. **jizvící alopecie**, mohou být výsledným stavem některých kožních onemocnění (mykotické či bakteriální infekce kůže kůže kůže, lupus erytematoses, lichen planus follicularis, sklerodermie, sarkoidóza, puchýřnaté choroby, nádorová onemocnění jako bazaliomy či spinaliomy kůže). Idiopatickou variantou jizvící alopecie je Pseudopelade Brocq, progresující onemocnění neznámé příčiny, které jen minimálně reaguje na lokální či celkovou terapii. V případech jizvících alopecií je vždy na místě provést i opakovaně biopsii kůže kůže z několika míst alopetického ložiska a v průběhu vývoje jizvících změn. Výsledek biopsie je pro zjištění příčiny jizevnatých změn kůže kauzálním vyšetřením. Následná terapie jizvících typů alopecií je vždy dlouhodobá a velmi obtížná, často dokáže jen pozastavit další progresi již vzniklých ireverzibilních změn.

Poměrně časté onemocnění vlasů je imunologicky podmíněná nejizvící, tzv. **areátní (ložisková) alopecie**. Vznikne v určitém okrsku kůže, kde vlasy vstupují předčasně a překotně do telogenní fáze vlasového cyklu a následně vypadávají. Příčina onemocnění není jednoznačně známa, onemocnění se rozvíjí pravděpodobně na imunologickém podkladě, vlivem zevních spouštěcích faktorů u jedinců geneticky predisponovaných. Alopetická ložiska mohou být ojedinělá i mnohočetná, velká jen několik mm až po rozsáhlé několi-

kacentimetrové mapy, jsou vždy ostře ohraničená ulámanými tzv. vykřičníkovými vlasy. Pokožka v ložiscích je zcela intaktní a obvykle zcela asymptomatická, jen výjimečně mohou ložiska mírně svědět. V některých případech rozrůstáním jednotlivých bezvlasých ložisek a jejich zmnožením může dojít k totální ztrátě vlasů kůže (totální alopecie), případně i ochlupení celého těla (univerzální alopecie). Častější je u pacientů s atopií a případně i vitiligem. U atopiků se můžeme setkat se zvláštním typem areátní alopecie, tzv. **ofiázou**, kdy vlasy vypadávají v týle a v obou temporoparietálních partích kůže. Dále k areátní alopecii více inklinují pacienti s jinými autoimunitními chorobami (thyroiditis, sklerodermie, myastenia gravis, ulcerózní kolitidy, různé endokrinopatie), s vývojovými chromozomálními abnormalitami, testikulární atrofii, psychiatrickými pacienty, pacienti HIV pozitivní. Onemocnění se může spontánně odhojit i po odhojení mívá však tendenci k recidivám, proto je prognóza areátní alopecie vždy nejistá.

Léčbu areátní alopecie obvykle zahajujeme zevním ošetřením ložisek kortikosteroidními externy, případně lze zvážít i jejich intralezionální aplikaci. Někteří pacienti dobře reagují na fototerapii, případně lokální PUVA terapii alopetických ložisek, dobré zkušenosti bývají také s kryalizací ložisek tekutým dusíkem. Lokálně lze použít 2–5% minoxidil, event. jeho kombinaci s 0,05% tretinoinem nebo kalcipotriolem. Léčbu můžeme doplnit užíváním některých nespecifických prostředků jako vitaminů (zejména skupiny B), minerálů (především zinek, hořčík, selen), aminokyselin obsahujících síru (methionin, cystein).

Na trhu je velké množství přípravků obsahujících tyto látky, případně jejich kombinace.

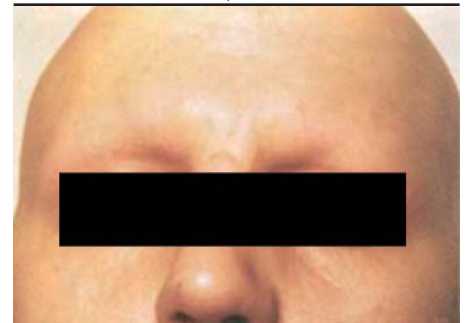
U závažnějších případů lze použít kortikosteroidy perorálně, doporučená denní dávka prednisonu je zde 1 mg/kg, dle efektu lze dávku postupně snižovat, obvykle ne dříve než za 2 měsíce a maximálně o 5 mg/týdně, i tak jsou relapsy onemocnění po vysazení kortikosteroidů poměrně časté. Nově lze systémové kortikosteroidy podávat v pulzním dávkování 20–30 mg prednisonu týdně. V případech, které nereagují na standardní léčbu, může být úspěšná celková imunosupresivní terapie cyklosporinem A v denní dávce 2,0–2,5 mg/kg, případně lze kombinovat oba zmíněné preparáty. Studují se možnosti lokálního použití interferonu alfa, interleukinů, imunoglobulinů.

Další častým typem je **androgenetická alopecie** mužů a žen, její vznik a rozvoj je ovlivněn

Obrázek 3. Ženský typ androgenetické alopecie



Obrázek 4. Totální alopecie



Obrázek 5. Pacient s mužskou androgenetickou alopecií po 2 letech léčby finasteridem



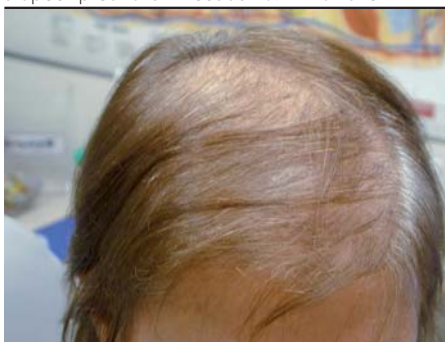
především genetickou predispozicí, hladinou androgenů v těle, počtem androgenních receptorů ve kšici, věkem, nelze podcenit ani psychické vlivy. Postupně se vyvíjející rozsah a tvar lysiny je klasifikován do jednotlivých stupňů závažnosti onemocnění (u mužů původní Hamiltonova klasifikace, modifikována Norwoodem, u žen pak schéma dle Ludwigova).

U většiny mužů dochází k postupnému řídnutí vlasů nad čelem, frontální vlasová hranice ustupuje dozadu, na temeni se objeví lysina, jejímž rozrůstáním pak vznikne kšice tvaru podkovy v týle pacienta, která postupně řídne či kompletně vypadává. Projevy mužské androgenetické alopecie se mohou objevit již po 20. roce věku, pak bývá progresi onemocnění rychlá, pozdější vznik onemocnění mívá obvykle průběh mírnější a pozvolnější. V zevní terapii se s různými úspěchy používají roztoky

s 2–5% minoxidilem, případně jeho kombinace s 0,01–0,05% tretinoinem. V systémové terapii se uplatňuje především finasterid, inhibitor 5-alfa-reduktázy snižující konverzi testosteronu na dihydrotestosteron v séru i ve kštici, čímž stabilizuje další vypadávání vlasů. Terapie musí být dlouhodobá, její účinek je dočasný, po ukončení léčby dochází postupně k obnovení výpadu vlasů. Zkoušejí se další terapeutické možnosti, někteří pacienti volí i chirurgické řešení – auto-transplantaci vlasů.

Androgenetická alopecie žen je charakteristická řidnutím kštice na temeni někdy až k frontální hranici vlasů, po stranách a v týle bývají vlasy zachovány. Mužský typ plešatění se u žen vyskytuje vzácně. Vzniká rovněž na základě genetických vlivů, u pacientek je však třeba vyloučit endokrinopatii týkající se nejen hladiny androgenů, ale i estrogenů a prolaktinu, dále je nutno vyloučit adrenální či ovariální tumory produkující androgeny. Projevy se u žen častěji objevují v menopauze, kdy po ztrátě estrogenů aktivita relativně převládá androgenní vlivy, podobná situace nastává u žen po ovariectomii. K lokální léčbě lze u žen rovněž použít roztoky s minoxidilem, s úspěchem se využívají roztoky s obsahem estradiolu. V systémové léčbě přicházejí v úvahu antiandrogeny – cyproteronacetát, spironolakton, kontraceptiva s obsahem gestagenů a finasterid.

Obrázek 6. Pacientka s ženskou androgenetickou alopecií před lokální léčbou 2% minoxidilem



Vedlejší nežádoucí účinky systémové terapie jsou možné, proto by celková léčba měla být vždy vedena dermatologem zabývajícím se touto problematikou, v některých případech je nutností jeho spolupráce s endokrinologem, u žen s gynekologem a dále s psychologem, eventuálně psychiatrem. U dlouhotrvajícího závažného vlasového postižení bez léčebného efektu lze zvážit nošení protetické pomůcky – paruky nebo dermatochirurgické řešení alope- tických ložisek.

Závěr

Terapeutické možnosti vlasových obtíží jsou předmětem intenzivního výzkumu, rozsah používaných zevních i vnitřních prostředků se bude jistě dále rozšiřovat, abychom mohli dosáhnout

Obrázek 7. Pacientka s ženskou androgenetickou alopecií po 2leté lokální terapii 2% minoxidilem



větší spokojenosti nás i našich pacientů s vlasovými onemocněními.

Literatura

1. Fitzpatrick TB. Color atlas and synopsis of clinical dermatology. 4th edition. McGraw-Hill medical publishing division, 2001: 926–951.
2. Gray J, Dawber R. Nemoci vlasů, ilustrovaný průvodce. Blackwell Science Ltd., 1999: 1–104.
3. Arenberger P, a kol. Klinická trichologie. Praha: Maxdorf Jessenius, 2002: 1–191.

MUDr. Ivana Vejrová

Kožní oddělení FN Ostrava
Tř. 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava
ivana.vejrova@fnspo.cz
