



mgr Katarzyna Wróblewska-Kończalik
dr n. med. Paulina Kubasik

Klinika Kolasiński w Swarzędzu

Znaczenie zabiegów trychologicznych w leczeniu łysienia plackowatego

Trychologia jako dziedzina nauk medycznych zajmuje się diagnozowaniem i analizą zmian skórnych w obrębie owłosionej skóry głowy oraz wspomaganie leczenia dermatologicznego w wielu schorzeniach, tj. atopowym zapaleniu skóry, łojotokowym zapaleniu skóry, łupieżu o różnej etiologii, grzybicy, łuszczycy, ciemieniu, nadpotliwości czy łysieniu. Zabiegi trychologiczne, dopasowane do indywidualnych potrzeb, sprzyjają leczeniu dermatologicznemu, przynosząc efekty terapeutyczne i poprawiają jakość życia pacjenta.

Początki trychologii sięgają XIX wieku, kiedy dzięki wynalazkom umożliwiającym obserwację mikroświata, nastąpił rozwój nauk biologicznych. Problematyka związana z chorobami skóry owłosionej głowy skłoniła wielu badaczy i lekarzy do pogłębiania wiedzy na ten temat. Na przełomie XIX i XX wieku powołane zostały ośrodki zajmujące się badaniem chorób włosów i skóry głowy. Niektóre z nich, tak jak założony przez dr. Francis Lawa *Institute of Trichologists*, funkcjonują do dzisiaj^[1]. O rosnącej potrzebie pogłębiania wiedzy i rozwiązywania problemów związanych z chorobami skóry głowy i włosów świadczy wyodrębnienie kierunków kształcenia na poziomie uniwersyteckim, między innymi w Wielkiej Brytanii czy w Stanach Zjednoczonych^[2]. Od kilkudziesięciu lat trychologia rozwija się prężnie w Polsce. Pierwsze opracowania naukowe dotyczące tego tematu pojawiły się już w 1970 roku pod kierownictwem prof. Wojciecha Kostanec-

kiego. Coraz większe możliwości diagnostyczne przyczyniają się obecnie do poznania etiologii schorzeń skóry owłosionej głowy, ułatwiają określenie diagnozy i wprowadzenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego i pielęgnacyjnego.

Wdrożenie zabiegów trychologicznych powinno być poprzedzone analizą objawów klinicznych, z jakimi zgłasza się pacjent. W tym celu niezwykle istotna jest rozmowa z pacjentem. Informacje uzyskane w czasie wywiadu na temat przebiegów w ostatnim czasie chorób, alergii, przewlekłych schorzeń, przyjmowanych leków, chorób autoimmunologicznych, sytuacji stresowych, obciążenia rodzinnego, nawyków żywieniowych czy pielęgnacji włosów mogą mieć znaczenie w postawieniu diagnozy. Niezwykle istotnym elementem badania jest mikroskopowa diagnostyka trychologiczna, dzięki której możliwa jest ocena stanu skóry głowy i włosów, obserwacja ujęć mie-

szków włosowych, unaczynienia skóry głowy, łodygi i opuszki włosa^[3]. W niektórych przypadkach konieczne jest wykonanie badań laboratoryjnych, których interpretację należy powierzyć specjalistom z innych dziedzin medycznych. Oprócz stawiania diagnozy do procedur trychologicznych należą: oczyszczanie skóry głowy przy użyciu substancji peelingujących, trychoterapia aktywna, ocena przeprowadzonych zabiegów oraz zalecenia żywieniowe i pielęgnacyjne. Do zabiegów trychoterapii aktywnej zalicza się między innymi: masaż skóry głowy, elektrostymulację, darsonwalizację, mezoterapię czy światłoterapię. Masaż poprawia ukrwienie skóry i wspomaga usuwanie zbędnych produktów przemiany materii. Stosowany w połączeniu z peelingiem doskonale oczyszcza skórę głowy z zanieczyszczeń, zrogowaciałego naskórka i nadmiaru sebum. Działanie bakteriobójcze oraz poprawiające wchłanianie substancji odżywczych i leczniczych mają prądy d'Arsonvala. Pod wpływem prądu o wysokiej częstotliwości (300-500 Hz) w szklanej pelocie urządzenia wytwarza się ozon, który ma działanie przeciwbakteryjne^[4]. Zabieg elektrostymulacji pobudza krążenie krwi i chłonki w obrębie skóry. W celach terapeutycznych stosuje się urządzenia emitujące prąd o małej częstotliwości^[4]. W większości zabiegów trychologicznych ma zastosowanie światłoterapia. Wykorzystanie światła czerwonego o długości fali 630-660 nm emitowanych w lampach LED wpływa na ukrwienie skóry oraz proces zapalny, hamując wytwarzanie cytokin^[5,6]. Mezoterapia jest metodą umożliwiającą wprowadzenie substancji odżywczych i leczniczych w skórę głowy^[7]. W przypadku mezoterapii głowej substancje podaje się śródskórną przy użyciu igieł

o długości dostosowanej do głębokości naskórka. Podczas iniekcji, w wyniku przzerwania ciągłości skóry, dodatkowo uruchomione zostają mechanizmy stymulujące odnowę uszkodzonego naskórka^[8].

Częstotliwość zabiegów trychologicznych zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta i zdiagnozowanego problemu. Po zakończeniu cyklu zaleca się przeprowadzenie jednego pełnego zabiegu w roku, dla utrzymania efektu leczniczego. Procedury, o których wspomniano powyżej, mogą mieć zastosowanie w wielu jednostkach chorobowych skóry owłosionej głowy jako uzupełnienie terapii dermatologicznej oraz czynnik wpływający na poprawę jakości życia pacjenta.

Szczególnym obciążeniem dla chorego, znacznie wpływającym na jego samopoczucie i relacje z otoczeniem, jest łysienie plackowate (łac. *alopecia areata*, AA). Szacuje się, że częstość występowania łysienia plackowatego wynosi 1-2%^[9]. W etiologii choroby zwraca się szczególną uwagę na podłoże emocjonalne, choć w wielu opracowaniach jako przyczynę tego schorzenia wskazuje się również zapalenie o podłożu autoimmunologicznym, chorobę tarczycy, czynniki genetyczne czy infekcyjne^[10-12]. W wyniku oddziaływania bodźca wyzwalającego choroba objawia się zwykle nagłą, ogniskową utratą włosów, co wpływa traumatycznie na samopoczucie pacjenta^[10]. Ogniska zapalne przyjmują zazwyczaj kształt okrągły lub owalny^[10,12]. W wielu przypadkach choroby obserwuje się tendencję do zlewania pierwotnych zmian i całkowitej utraty włosów. Charakterystycznym objawem dla łysienia plackowatego, świadczącym o aktywnym stanie zapalnym jest obecność w badaniu dermoskopowym tzw. włosów wykrzyknikowych i tzw. włosów martwiczych^[13].


KLINIKA KOLASIŃSKI
Hair Clinic Poznań

www.klinikakolasinski.pl

Klinika Kolasiński
- Hair Clinic Poznań
62-020 Swarzędz - Nowa Wieś
ul. Staszica 20A

tel: (+48 61) 81 87 550
fax: (+48 61) 81 87 551

Obecność pustych ujść mieszków włosowych w obrębie ogniska różnicuje tę chorobę ze schorzeniami skóry owłosionej głowy typu bliznowaciejącego^[10,12]. Rozległość utraty włosów może być zróżnicowana i ograniczać się do postaci jednoogniskowej, wariantu wieloogniskowego, łysienia plackowatego rozlanego (bez możliwości wyodrębnienia poszczególnych ognisk pozbawionych włosów), łysienia wężykowego (łac. *ophiasias*), łysienia całkowitego (łac. *alopecia totalis*), obejmującego całą powierzchnię głowy oraz łysienia ogólnego (łac. *alopecia universalis*), które wiąże się z utratą włosów ze skóry całego ciała^[9]. Łysieniu plackowatemu mogą towarzyszyć zmiany w obrębie płytek paznokciowych oraz zmiany oczne^[14]. Rokowania dotyczące odrostu włosów zależą od wieku pacjenta, w którym wystąpiły pierwsze objawy tego typu łysienia, czasu trwania choroby oraz reakcji na zastosowane leczenie. W niektórych opracowaniach odrost włosów następuje w ciągu roku, nawet bez podjęcia leczenia dermatologicznego^[12]. Niekorzystne rokowanie przypisuje się łysieniu plackowatemu typu wężykowego i uogólnionego^[10].

Leczenie łysienia plackowego powinno być uzależnione od czasu trwania choroby, rozległości zmian oraz wieku pacjenta. W leczeniu pierwszego rzutu zastosowanie mają glikokortykosteroidy (GKS) zarówno w postaci maści i kremów jak i w iniekcjach do-ogniskowych. Przynoszą one szczególnie dobre rezultaty w ograniczonej postaci utraty włosów, jednak ich długotrwałe stosowanie może wiązać się z wystąpieniem skutków ubocznych takich jak zapalenie mieszków włosowych, teleangiektazje (poszerzenie naczyń krwionośnych) oraz atrofia skóry. Innymi lekami powszechnie wykorzystywanymi w terapii łysienia plackowatego są preparaty zawierające minoksidil. Dokładny mechanizm działania leku nie został dotychczas wyjaśniony. Pierwsze rezultaty można uzyskać już po 3. miesiącach stosowania minoksidilu, jednak w celu osiągnięcia całkowitego odrostu lek należy stosować dłużej. W miejscowym leczeniu AA ma także zastosowanie cygnolina w stężeniach 0,5-1,0% w terapii minutowej (20-30 min.) oraz DPCP (łac. *diphenylcyclopropanone*), którego działanie opiera się na wywołaniu wyprysku kontaktowego w miej-

scu nałożenia. DPCP jest szczególnie pomocny w opornych na leczenie postaciach łysienia plackowatego, niestety skutki uboczne związane z nasilonym odczynem zapalnym oraz długotrwałość leczenia często zniechęcają pacjentów do kontynuowania terapii. Pojedyncze badania wykazały także skuteczność takrolimusu, wyciągu z czosnku, miejscowych retinoidów oraz analogów prostaglandyn w terapii łysienia plackowatego^[14].

W przypadku postępującego lub rozległego procesu utraty włosów wskazane jest zastosowanie leczenia systemowego. Zdania badaczy związane z ogólnym leczeniem glikokortykosteroidami łysienia plackowatego są podzielone. Część autorów popiera opinię o korzystnej roli GKS podawanych ogólnie w zatrzymaniu progresji utraty włosów, jednak zwracają oni także uwagę na liczne działania niepożądane mogące wystąpić przy długotrwałej terapii. Publikacje wskazują na zastosowanie sulfosalazyny, azatiopryny oraz cyklosporyny w leczeniu łysienia plackowatego, niestety w chwili obecnie brak konsensusu dotyczącego przebiegu terapii^[14].

W leczeniu rozległej utraty włosów ma także zastosowanie fototerapia PUVA (ang. *Psoralen Ultra-Violet A*), której skuteczność sięga nawet 65%. Jej działanie opiera się na zakłóceniu prezentacji antygenów mieszka włosowego limfocytom T poprzez zmniejszanie liczby komórek Langerhansa^[14].

Leczenie alternatywne łysienia plackowatego opiera się na stosowaniu przez pacjentów witaminy D jako stymulatora układu odpornościowego. Według niektórych publikacji witamina D₃ w łysieniu plackowatym moduluje produkcję cytokin oraz wpływa na różnicowanie się komórek naskórka^[12]. Na przyspieszenie odrostu włosów może mieć wpływ suplementacja witaminą B₂, glikozydami peonii oraz cynkiem^[12]. W kilku publikacjach badacze podkreślali pozytywną rolę stosowanego miejscowo soku z cebuli, żelu czosnkowego oraz terapii z zastosowaniem światła czerwonego o długości fali 640 nm^[12]. Pozytywne znaczenie w uzyskaniu odrostu włosów przypisuje się również mezoterapii igłowej w połączeniu z leczeniem dermatologicznym jak i alternatywnym^[12].



Ryc. 1-2. Stan przed rozpoczęciem terapii.

Ze względu na sferę emocjonalną w etiologii łysienia plackowatego niezastąpionym elementem terapii jest wsparcie psychologiczne^[10-12]. Okazanie pacjentowi zainteresowania daje mu poczucie bezpieczeństwa, a tym samym może mieć wpływ na pozytywne efekty leczenia.

Opis przypadku

Trzydziestoletnia pacjentka z objawami łysienia plackowatego uogólnionego. Pierwsze symptomy choroby w postaci utraty włosów, pojawiły się pod koniec października 2015 r. W momencie nasilenia utraty włosów, pacjentka zgłosiła się na początku grudnia 2015 r. do szpitala, gdzie na podstawie stanu klinicznego podejrzewano występowanie łysienia plackowatego uogólnionego. Po przeprowadzonej diagnostyce, szczególnie po analizie histopatologicznej wycinka skóry głowy, które wykazało obecność wokół mieszków włosowych limfocytarnych nacieków zapalnych, tzw. „rój pszczół”, potwierdzono wstępne rozpoznanie. W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższony odsetek monocytów, stężenia żelaza oraz obniżony odsetek limfocytów. Po kilku dniach pacjentka została wypisana do



domu z zaleceniami dotyczącymi dalszego leczenia, postępowania dietetycznego i pielęgnacyjnego. Zalecono miejscowe stosowanie takrolimusu 0,1% w postaci maści 2x dziennie oraz rozważenie fototerapii (chora nie poddała się tej metodzie leczenia). Pacjentka nie łączyła wystąpienia objawów z infekcją czy silnie stresogenną sytuacją. Z wywiadu ustalono istniejące rodzinne obciążenie chorobą nowotworową. Mama pacjentki zmarła kilka lat temu, a siostra przeszła w 2013 r. zabieg usunięcia guza macicy. W ciągu 18 miesięcy od rozpoczęcia kuracji pacjentka zauważyła odrost rzęs i włosów na kończynach górnych i dolnych. Na skórze głowy odrost włosów był znikomy, co powodowało u pacjentki ogromne napięcie psychiczne i dyskomfort. W celu poprawy swojego samopoczucia i wizerunku stosowała kamuflaż w postaci peruki.

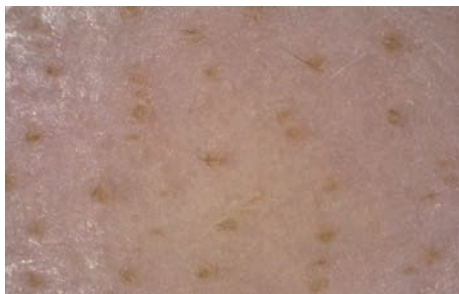
Pacjentka zgłosiła się do Kliniki w kwietniu 2017 r. z klinicznymi objawami łysienia plackowatego. Na skórze głowy widoczny był odrost włosów w postaci kępek w linii strzałkowej części ciemieniowej głowy oraz w okolicy potylicznej (Ryc. 1,2). Pozostały obszar skóry głowy pozbawiony był włosów. W obrazie trychoskopowym zaobserwowano obecność pustych ujść mieszków włosowych, miejsco-



Ryc. 3. Odrost włosów w 7 miesiącu terapii.



Ryc. 4. Odrost włosów w 9 miesiącu terapii.



Ryc. 5. Obraz dermoskopowy ujść mieszków włosowych (mikrokamera Trichinoscope).

wo stwierdzono również występowanie włosów wykrzyknikowych (Ryc. 5).

Zaproponowano, a następnie wdrożono następujące działania:

1. Do stosowania zewnętrznego: prednizolon z kwasem salicylowym w postaci płynu 1x dziennie rano, roztwór 5% minoksidilu 1x dziennie wieczorem, dodatkowo doustnie suplementy zawierające witaminy, mikro- i makroelementy, aminokwasy oraz colostrum.
2. Zabiegi trychologiczne (peeling skóry głowy, połączony z masażem; darsonwalizacja przez 3 minuty; mezoterapia igłowa całej powierzchni skóry głowy przy użyciu dermorollera o długości igieł 0,5 mm; naświetlania lampą LED światłem czerwonym o długości fali 630 nm w czasie 12 minut). W pierwszym etapie trychoterapii zabiegi odbywały się jeden raz w tygodniu, przez okres miesiąca. Kolejne zabiegi wykonywano raz w miesiącu, stopniowo uzyskując poprawę (Ryc. 3,4). W ogniska pozbawione jeszcze włosów stosowano mezoterapię z wykorzystaniem dermopeny o długości igieł 0,3-0,5 mm (Ryc. 6).
3. Zalecenia do pielęgnacji domowej:

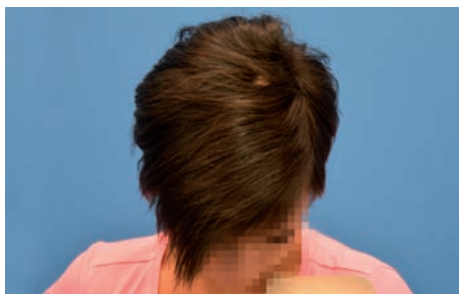


Ryc. 6. Mezoterapia przy użyciu dermopeny.

- wcierać z soku z cebuli 1 raz dziennie przez okres tygodnia, następnie 1 raz w tygodniu do uzyskania pełnego odrostu włosów;
 - do mycia skóry głowy i włosów szampon zawierający wyciąg z czosnku;
4. Spotkania z psychoterapeutą.
- Po 12. miesiącach terapii uzyskano pełny odrost włosów w obrębie skóry głowy z niewielkim ogniskiem łysienia o średnicy około 1,5 cm w rejonie szczytu głowy, bez cech aktywnego stanu zapalnego^[7,8].

Podsumowanie

Najnowsze badania pokazują, że nawet 78% badanych pacjentów cierpiących na łysienie plackowate nie jest całkowicie usatysfakcjonowanych z efektów uzyskanych za pomocą tradycyjnego leczenia utraty włosów^[15], dlatego alternatywne formy terapii (leczenie psychologiczne, współpraca dobrze wykwalifikowanego trychologa) mogą okazać się pomocne w celu uzyskania lepszych rezultatów leczenia oraz zadowolenia pacjentów.



Ryc. 7-8. Pełny odrost włosów w 12 miesiącu terapii.

Piśmiennictwo:

1. <http://www.trichologists.org.uk/index.php/about-us/a-brief-history>.
2. <http://www.trichology.edu.au>.
3. Brzezińska-Wcisło U.: Choroby włosów i skóry owłosionej. Wydawnictwo Naukowe Termedia, Poznań 2015.
4. Padlewska K.: Zabiegi z wykorzystaniem prądów. W: Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska, pod red. Noszczyk M. PZWL, Warszawa 2012.
5. Padlewska K.: Zabiegi z wykorzystaniem różnego rodzaju światła. W: Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska, pod red. Noszczyk M. PZWL, Warszawa 2012.
6. Polak-Pacholczyk I., Lassota-Falczevska M., Kaszuba A. i wsp.: Fototerapia chorób skóry. W: Dermatologia dla kosmetologów, pod red. Adamski Z., Kaszuba A. Edra Urban& Partner, Wrocław 2015.
7. Kowalska-Olędzka E.: Mezoterapia. W: Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska, pod red. Noszczyk M. PZWL, Warszawa 2012; 331-334.
8. Słowińska M., Witek P., Szafranko K. i wsp. Diagnostyka i leczenie łysienia androgenowego. Medycyna Praktyczna 2017;11.
9. Wolff H.: Choroby włosów w: Burgdorf W, Plevig G, Wolff H. Dermatologia. Tom II Wyd. Czelej, Lublin 2010. Wydanie II polskie: 1074-76.
10. Kuchciak-Brancewicz M., Bienias W., Kaszuba A.: Łysienie plackowate u dzieci. Dermatologia 2013; 6(29): 5-9.
11. Sulik M., Kaszuba A., Michalak I. i wsp.: Łysienie androgenowe i plackowate- etiopatogeneza, obraz kliniczny oraz wybrane metody leczenia. Nowa Klin. 2003; 10: 1182-1187.
12. Bergler-Czop B.: Łysienie plackowate; W: Choroby włosów i skóry owłosionej, pod red. Brzezińska-Wcisło L. Wydawnictwo Naukowe Termedia, Poznań 2015; 155-189.
13. Bowling J.: Dermoskopia diagnostyczna. Przewodnik ilustrowany. Wyd. Czelej, Lublin 2018. Wydanie polskie: 114.
14. Majid I, Keen A: Management of alopecia areata: an update. BJMP 2012;5(3):a530.
15. Hussain, Salman T et al. "Utilization of Mental Health Resources and Complementary and Alternative Therapies for Alopecia Areata: A U.S. Survey" International journal of trichology vol. 9,4 (2017): 160-164.

TrichoLAB

trichoskopia | badanie włosów

Rozszerz ofertę swojego gabinetu o badanie trichoskopowe.

www.tricholab.eu



DOTACJE NA INNOWACJE - INWESTUJEMY W WASZĄ PRZYSZŁOŚĆ

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.