



prof. dr hab. n. med.
Magdalena Czarnecka-Operacz^[1,2],
lek. med. Anna Sadowska-Przytocka^[1]

¹ Katedra i Klinika Dermatologii UM
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med.
Zygmunt Adamski

² Pracownia Chorób Alergicznych Skóry
Kierownik Pracowni: prof. dr hab. n. med.
Magdalena Czarnecka-Operacz

Kompleksowe leczenie różnych postaci łysienia

Łysienie jest wynikiem przejściowego lub trwałego wypadania włosów na powierzchni ograniczonej albo obejmującej całą owłosioną skórę głowy, a w niektórych przypadkach również inne owłosione części ciała. Do łysienia dochodzi, gdy zostaje zachwiana równowaga między utratą włosów a ich odrostem. Dziennie człowiek może tracić 70-100 włosów na głowie. Gdy wypada ponad 100 włosów dziennie i ten proces trwa kilka tygodni, należy przeprowadzić diagnostykę. W pracy przedstawiono najczęściej występujące rodzaje łysienia i ich możliwości terapeutyczne.

Łysienie androgenowe występuje często i stanowi duży problem estetyczny oraz psychologiczny. Schorzenie to dotyczy 20-60% kobiet oraz do 80% mężczyzn. Pierwsze objawy łysienia androgenowego u mężczyzn zazwyczaj pojawiają się w okresie dojrzewania, natomiast w populacji kobiecej obserwuje się dwa szczyty zachorowań – trzecia i piąta dekada życia.

W etiologii łysienia androgenowego podstawową rolę odgrywają uwarunkowania genetyczne. Dziedziczenie może być autosomalnie dominujące, ze zmienną ekspresją genów lub też wielogenowe. W patogenezie łysienia bierze się pod uwagę geny odpowiedzialne za produkcję androgenów, ich konwersję do dihydrotestosteronu oraz wrażliwość receptorów na działanie androgenów^[1].

Pierwszym etapem w ustaleniu diagnozy jest dokładne badanie podmiotowe z uwzględnieniem przebiegu procesu utraty włosów, czasu trwania, wcześniej stosowanego leczenia, występowania innych chorób dermatologicznych, a także innych schorzeń (endokrynologicznych, ginekologicznych, onkologicznych), które mogą mieć wpływ na wzrost i utratę włosów.

Ze względu na etiologię łysienia androgenowego w trakcie diagnostyki należy oznaczyć stężenia poszczególnych hormonów: stężenie wolnego oraz całkowitego testosteronu, dihydroepiandrosteronu oraz estrogenu. Zaleca się również oznaczenie stężenia TSH (*thyroid stimulating hormone* – tyreotropina), FT3, FT4 (tyroksyna, tetrajodotyronina) oraz wskaźników gospodarki żelaza.

Przy występowaniu objawów chorobowych mogących sugerować inne zaburzenia ze strony narządów wydzielania wewnętrznego należy rozszerzyć diagnostykę o badania stężenia prolaktyny, LH (*luteinizing hormone* – lutropina), FSH (*follicle-stimulating hormone* – folitropina) w surowicy krwi^[2].

Pomimo wielu badań dotyczących cyklu wzrostu włosa i poznania czynników wpływających na jego zahamowanie, nadal brak jest leku, który trwale zlikwidowałby czynnik prowadzący do uszkodzenia mieszków włosowych. Leczenie choroby powinno być uzależnione od stopnia jej zaawansowania oraz od nasilenia hiperandrogenizacji i stężenia hormonów androgenowych. Postępowanie terapeutyczne ma na celu zahamowanie łysienia poprzez wydłużenie fazy anagenu, indukcję fazy anagenu w mieszkach telogenowych włosa oraz zahamowanie egzogenenu. Drugim ważnym zadaniem skutecznego leczenia jest odwrócenie procesu miniaturyzacji mieszków włosowych.

Popularnym preparatem jest minoksidil w stężeniach 2 i 5%. Jego działanie polega na rozszerzeniu naczyń krwionośnych pobudzeniem angiogenezy. Charakterystyczne jest wzmożone wypadanie włosów w ciągu pierwszych 8 tygodni terapii. Ma ono charakter telogenowy. Ocenę skuteczności leczenia należy przeprowadzić po 6 miesiącach stosowania leku.

Finasteryd i dutasteryd są syntetycznymi inhibitorami 5- α -reduktazy, zmniejszają konwersję testosteronu, dihydrotestosteronu. Lek w formie doustnej zaleca się u mężczyzn po 18 roku życia. Ocena skuteczności leczenia powinna być również przeprowadzona po 6 miesiącach stosowania leku. W przypadku stosowania leku u kobiet kuraacja jest prowadzona *off-label*, na własną odpowiedzialność lekarza.

U kobiet dobre efekty obserwuje się po zastosowaniu preparatu zawierającego prednizolon, kwas salicylowy i estradiol. Niedobory

estradiolu przyczyniają się do atrofii skóry, pogorszenia metabolizmu i ukrwienia skóry. Miejscowe zastosowanie pochodnej estradiolu przywraca prawidłowy metabolizm skóry i poprawia jej ukrwienie. Prednizolon wywiera działanie przeciwzapalne, przeciwalergiczne i przeciwświądowe. Kwas salicylowy działa głównie keratolitycznie. Połączenie składników przyczynia się do zmniejszenia stanu zapalnego w obrębie mieszków włosowych.

Łysienie plackowate jest to postać niebliznowaciejącego wypadania włosów. Charakteryzuje się nagłym początkiem. Schorzenie dotyczy głównie osób młodych, głównie pacjentów w wieku >12 lat. Przyczyny schorzenia nie są znane. Najczęściej bierze się pod uwagę uwarunkowania genetyczne i stres. Dodatkowo rozważa się tło autoimmunologiczne zależne od limfocytów T^[3].

Pierwsze zmiany pojawiają się w okolicy potylicznej i czołowo-ciemieniowej. Dla łysienia plackowatego charakterystyczny jest objaw Renboka, który jest odwrótnością objawu Koebnera w łuszczyce i polega na odroście włosów w miejscu stanu zapalnego.

Leczenie I rzutu – iniekcje doogniskowe acetonidu triamcinolonu w dawce 2,5-10 ml, miejscowe sterydy, antralina w kremie, miejscowa immunoterapia, analogi prostoglandyn, miejscowe retinoidy, kapsaicyna.

Leczenie II rzutu – sulfasalazyna, fototerapia metodą PUVA, SUP 311, laser ekscymerowy, laser diodowy.

Leczenie III rzutu – kortykosteroidy ogólne, metotreksat w dawce 15-25 mg/tydzień, cyklosporyna A, azatiopryna, leki biologiczne.

Wiele chorób ogólnoustrojowych może być przyczyną przejściowego łysienia, które zazwyczaj ustępuje po leczeniu schorzenia zasadniczego. W przypadku niedoczynności tarczycy włosy są suche, szorstkie, kruche. Stwierdza się łysienie telogenowe. W nadczynności tarczycy włosy są jedwabiste i cienkie. Łysienie jest mniej nasilone niż przy niedoczynności tego gruczołu. W przebiegu

cukrzyca stwierdza się łysienie o charakterze rozlanym, zlokalizowanym na szczycie głowy. Łysienie ma charakter telogenowy. Łysienie łokowe jest z kolei charakterystyczne dla łoków wtórnej nawrotowej. Obraz kliniczny jest bardzo charakterystyczny – miejscami zmiany przypominają futro wyjedzone przez mole.

Łysienie wywołane chorobami tkanki łącznej niejednokrotnie jest pierwszym objawem toczącego się procesu chorobotwórczego. W przypadku ogniskowego tocznia rumieniowatego łysienie ma charakter bliznowaciejący i jest nieodwracalne. W przypadku tocznia układowego łysienie ma najczęściej charakter dystroficzny i jest odwracalne.

W przypadku łysienia w przebiegu chorób ogólnoustrojowych główne znaczenie ma leczenie choroby zasadniczej.

Do chorób owłosionej skóry głowy przebiegających ze złuszczeniem i towarzyszącym stanem zapalnym, zaliczamy łuszczycę i łojotokowe zapalenie skóry. Łuszczycą jest przewlekłą i nawrotową chorobą skóry. Skóra głowy owłosionej jest typową lokalizacją występowania zmian, które przybierają formę zlewnych ognisk zapalnych, pokrytych łuską. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego leczenie

łuszczycy skóry owłosionej głowy to przede wszystkim leczenie miejscowe. Jako pierwsze powinny być zastosowane preparaty o działaniu keratolitycznym – kwas salicylowy i mocznik. Następnym etapem jest stosowanie leków o działaniu redukującym, antyproliferacyjnym i przeciwzapalnym – cygnolina, pochodne witaminy D, steroidy, retinoidy, inhibitory kalcyneuryny. W łojotokowym zapaleniu skóry dodatkowo stosuje się preparaty działające przeciwgrzybiczo^[4].

Zahamowanie wypadania włosów obserwuje się zazwyczaj po kilku miesiącach od rozpoczęcia leczenia. Ważne jest postawienie prawidłowej diagnozy, aby włączyć leczenie celowane, co pozwala na zahamowanie wypadania włosów i stopniowy ich odrost.

Piśmiennictwo:

1. Sinclair R.D., Dawber R.P.: Androgenetic alopecia in men and women. Clin. Dermatol. 2001, 19, 167-178.
2. Deloche C., Bastien P., Chadoutaud S., Galan P., Bertrais S., Hercberg S. et al.: Low iron stores: a risk factor for excessive hair loss in non-menopausal women. Eur. J. Dermatol. 2007, 17, 507-512.
3. Braun-Falco. Dermatologia. Burgdorf WHC, Plewig G., Wolff HH i wsp. Tom II. Czelej, Lublin 2010: 1053-1082.
4. Brzezińska-Wcisło L. Choroby włosów i skóry owłosionej. Termedia, Poznań 2015.