



lek. med. Katarzyna Nowogrodzka
dr hab. n. med. Joanna Maj, prof. UMED

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Kierownik Kliniki:
prof. dr hab. n. med. Jacek Szepletowski

Metody leczenia łysienia u kobiet

Łysienie należy do najczęściej zgłaszanych problemów w gabinetach dermatologicznych. Biologiczna funkcja włosów u człowieka jest niewielka, ale w dobie szczególnej dbałości o wygląd zewnętrzny łysienie stanowi duży problem nie tylko medyczny, ale także psychologiczny, zwłaszcza wśród kobiet. Leczenie łysienia jest trudne i długotrwałe. Powodzenie terapii uwarunkowane jest postawieniem trafnej diagnozy, opartej na dokładnie zebranych wywiadzie, badaniu klinicznym, badaniu dermatoskopowym, a niekiedy także badaniu histologicznym. Wyróżniamy dwa rodzaje łysienia: niebliznowaciejące oraz bliznowaciejące. Celem tego artykułu jest zebranie informacji na temat dostępnych metod leczenia najczęstszych postaci łysienia u kobiet.

Łysienie androgenetyczne

Łysienie androgenetyczne (*androgenetic alopecia* – AGA) jest najczęstszą postacią łysienia, dotyczy nawet 42% kobiet rasy kaukaskiej^[1]. Zalicza się do grupy łysienia niebliznowaciejącego. Częstość występowania i nasilenie tego schorzenia wzrastają wraz z wiekiem pacjentki. W etiologii bierze się pod uwagę czynniki genetyczne oraz wpływ androgenów. W łysieniu androgenetycznym dochodzi do skrócenia fazy wzrostowej (anagenu) – z 3-6 lat do tygodni lub miesię-

cy, natomiast czas trwania fazy spoczynku (telogenu) nie zmienia się lub wydłuża powyżej 3 miesięcy^[2]. Kobięcy wzór łysienia różni się od AGA u mężczyzn i charakteryzuje się rozlanym przerzedzeniem włosów w okolicy szczytu głowy.

Metody leczenia łysienia androgenetycznego u kobiet

Minoksydyl

Pochodna pirymidyny; stosowana doustnie wykazuje działanie hipotensyjne, nato-

miast miejscowo pobudza wzrost włosów poprzez zwiększenie przepływu krwi przez łożysko naczyńniewe skóry. Jest jedynym lekiem o udowodnionej skuteczności, zarejestrowanym do leczenia AGA u kobiet. Zaleca się stosowanie 2% roztworu minoksydylu dwa razy dziennie lub 5% roztworu raz dziennie^[3]. Pierwsze efekty leczenia widoczne są po 4-6 miesiącach. Należy poinformować pacjentkę, że w ciągu pierwszych 8 tygodni kuracji może wystąpić przejściowe, nasilone telogenowe wypadanie włosów, spowodowane szybszym przechodzeniem mieszków włosowych w fazę anagenu. Warunkiem skuteczności leczenia jest jego nieprzerwane stosowanie. Do najczęstszych działań niepożądanych, związanych ze stosowaniem minoksydylu, należą: podrażnienie owłosionej skóry głowy, alergiczne kontaktowe zapalenie skóry oraz hipertrychoza w obrębie twarzy. Minoksydyl jest przeciwwskazany u kobiet w ciąży^[3].

Antyandrogeny

Octan cyproteronu i spironolakton mogą być stosowane jako inhibitory 5 α -reduktazy i blokery receptora AR. Dowody na ich skuteczność pozostają sprzeczne, dlatego są to leki wykorzystywane poza wskazaniami rejestracyjnymi. Wykazują one działanie teratogenne, dlatego podczas ich stosowania konieczne jest używanie skutecznej antykoncepcji. Przeprowadzono badanie, mające na celu porównanie działania octanu cyproteronu z 2% roztworem minoksydylu. Wykazano większą skuteczność octanu cyproteronu jedynie w grupie kobiet z hiperandrogenizmem, potwierdzonym badaniami biochemicznymi^[4]. Do najczęstszych działań niepożądanych należą: hepatotoksyczność, nudności, bóle głowy i wzrost masy ciała. Wyniki badań na temat skuteczności spironolaktonu w leczeniu łysienia androgenetycznego u kobiet różnią się, jednak eksperci uważają, że można stosować go zamiast minoksydylu w terapii AGA u kobiet^[1].

Finasteryd i dutasteryd

Są to syntetyczne inhibitory 5 α -reduktazy, zmniejszające konwersję testosteronu do dihydrotestosteronu. U kobiet po okresie menopauzy finasteryd, stosowany w dawce 1 mg na dobę, okazał się nieskuteczny^[5]. Pojedyncze doniesienia wskazują natomiast na pewną skuteczność finasterydu w dawce 2,5-5 mg na dobę w leczeniu łysienia androgenetycznego u kobiet^[14, 15]. W literaturze dostępne są także pojedyncze opisy, wskazujące na skuteczność dutasterydu w terapii AGA u kobiet^[6]. Należy podkreślić, że jest to kuracja wykraczająca poza wskazania rejestracyjne, a w okresie przedmenopauzalnym wymaga stosowania skutecznej antykoncepcji, ze względu na ryzyko feminizacji męskich płodów^[1].

Estrogeny

Estrogeny wykazują działanie pośrednio antyandrogenne, dlatego w postaci preparatów antykoncepcyjnych są czasem stosowane w leczeniu łysienia androgenetycznego u kobiet. Na rynku dostępne są także środki z estrogenami do stosowania miejscowego. Nie wykazano jednak skuteczności takiego leczenia. Brak także dowodów na efektywność miejscowej aplikacji preparatów zawierających progesteron^[6].

Analogi prostaglandyn

Latanoprost, trawoprost i bimatoprost są analogami prostaglandyn, stosowanymi w postaci kropli do oczu w leczeniu zwiększonego ciśnienia wewnątrzgałkowego. Zaważono, że działaniem ubocznym kropli jest wzrost i zwiększona pigmentacja rzęs. Obecnie bimatoprost został dopuszczony jako lek zwiększający wzrost rzęs^[7]. W 2012 roku przeprowadzono badanie, które wykazało skuteczność 0,1% latanoprostu u mężczyzn z łysieniem androgenetycznym, brak jednak badań na temat efektywności tego leku u kobiet^[7].

Osocze bogatopłytkowe

Osocze bogatopłytkowe definiuje się jako autologiczny, skoncentrowany preparat, zawierający płytki krwi i czynniki wzrostu w niewielkiej objętości osocza. Zdolności regeneracyjne płytek krwi są dobrze znane i od wielu lat wykorzystywane w różnych dziedzinach medycyny. W literaturze pojawiają się pojedyncze informacje o skuteczności osocza bogatopłytkowego, podawanego śródskórnym w leczeniu AGA u kobiet i mężczyzn^[9].

Terapia laserowa

W terapii łysienia androgenetycznego wykorzystano lasery niskoenergetyczne (*low-level light therapy*). Przypuszcza się, że ich działanie polega na aktywacji nieaktywnych mieszków włosowych, zwiększeniu przepływu krwi oraz regulacji produkcji czynników wzrostu, co wpływa na stymulację fazy anagenu. Randomizowane badania, z podwójnie ślepą próbą, wykazały skuteczność urządzenia o kształcie hełmu oraz grzebienia laserowego w leczeniu łysienia androgenetycznego^[9, 10]. Wydaje się to być obiecującą metodą, która wymaga dalszych badań.

Przeszczep włosów

Przeszczep włosów polega na pobraniu fragmentu skóry owłosionej z tylnej okolicy głowy, jego pocięciu na drobne przeszczepy, które zawierają pojedyncze zespoły mieszkowe (FU), a następnie wszczepieniu ich w okolice dotknięte łysieniem. W ostatnich latach coraz popularniejsza staje się metoda FUE (*follicular units extraction*). Polega na pobraniu pojedynczych zespołów mieszkowych z potylicy, co daje lepszy efekt estetyczny. Należy jednak zauważyć, że z powodu odmiennego wzorca łysienia, przeszczep włosów u kobiet jest zazwyczaj bardziej skomplikowany i mniej skuteczny niż u mężczyzn.

Łysienie plackowate

Łysienie plackowate (*alopecia areata* – AA) należy do grupy niebliznowaciejących postaci łysienia. Częstość występowania w społeczeństwie wynosi około 1-2%^[11]. Obraz kliniczny charakteryzuje się istnieniem jednego lub kilku owalnych ognisk, w obrębie których doszło do zupełnej utraty włosów, bez cech stanu zapalnego. Całkowita utrata włosów skóry głowy nazywana jest *alopecia totalis*, natomiast, jeśli łysienie dotyczy także włosów z innych okolic ciała, mówimy o *alopecia universalis*. Należy podkreślić, że w wielu przypadkach leczenie nie przynosi trwałego efektu.

Metody leczenia łysienia plackowatego

Doogniskowe iniekcje kortykosteroidów

Istnieją liczne informacje na temat skuteczności doogniskowych iniekcji acetonidu triamcynolonu w dawce 2,5-10 mg/ml (lek niedostępny w Polsce). Zaleca się stosowanie 3 ml jednorazowo w odstępach 4-6 tygodni, przez okres 6 miesięcy. Z uwagi na ryzyko atrofii skóry, nie należy przedłużać terapii w przypadku braku oczekiwanej odpowiedzi klinicznej^[3, 12].

Kortykosteroidy stosowane miejscowo

Skuteczność tej metody jest ściśle związana z siłą działania leku. Lekami z wyboru są propionian klobetazolu lub dipropionian betametazonu. Zwiększenie efektywności leczenia można uzyskać poprzez stosowanie okluzji. Mimo że jest to najpopularniejsza metoda leczenia, informacje na temat jej skuteczności pozostają sprzeczne.

Miejscowa immunoterapia

Immunoterapia z wykorzystaniem 2,3-difenylocyklopropenu (DPCP) lub estru dwubutylowego kwasu skwarowego (SADBE)

jest stosowana w terapii AA od wielu lat. Aplikacja tych związków ma na celu wywołanie alergicznego, kontaktowego zapalenia skóry. Substancje te aplikuje się zwykle raz w tygodniu, w stopniowo zwiększanych stężeniach. Metoda jest stosowana głównie u chorych z rozległymi ogniskami łysienia.

Antralina 0,5-1% w kremie

Aplikacja antraliny ma za zadanie wywołać umiarkowany stan zapalny skóry. Początkowo krem nakłada się na 10-20 minut dziennie, następnie stopniowo zwiększając czas o 5 minut na tydzień, do maksymalnie 1-2 godzin dziennie^[3].

Fototerapia

Najczęściej wykorzystuje się PUVA-terapię lub wąskopasmową fototerapię UVB (SUP 311 nm). Wydają się być dobrą alternatywą dla pacjentów z AA *totalis i universalis*. Przewlekła terapia wiąże się jednak ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworów skóry^[12].

Leczenie immunosupresyjne

Kortykosteroidy stosowane ogólnie mogą mieć zastosowanie w ostrym rzucie cho-

roby. Istnieją także pojedyncze doniesienia na temat skuteczności metotreksatu, cyklosporyny oraz azatiopryny w monoterapii, a także w połączeniu z niskimi dawkami kortykosteroidów używanych systemowo. Należy podkreślić fakt, że po zaprzestaniu leczenia dochodzi do ponownego wypadania włosów, a w związku z licznymi działaniami niepożądanymi oraz znaczną toksycznością, nie zaleca się stosowania tych leków w rutynowej praktyce^[12, 13].

Inne metody leczenia

Istnieje wiele badań na temat innych metod leczenia. Wśród metod leczenia miejscowego AA wymienia się także inhibitory kalcyneuryny oraz analogi witaminy D3, a także kwas azelainowy, jednak informacje na temat ich skuteczności są sprzeczne^[12].

Łysienie bliznowaciejące

Jest to szeroka grupa chorób zapalnych, przebiegających z trwałą, nieodwracalną utratą włosów. Do grupy łysienia przebiegającego z bliznowacieniem należą: toczeń rumieniowaty krążkowy (DLE), liszaj płaski,

TrichoLAB

trichoskopia | badanie włosów

Rozszerz ofertę swojego gabinetu o badanie trichoskopowe.

www.tricholab.eu



INNOWACYJNA
GOSPODARKA
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO

DOTACJE NA INNOWACJE - INWESTUJEMY W WASZĄ PRZYSZŁOŚĆ
Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

pseudopelade, folliculitis decalvans, folliculitis et perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens oraz *acne keloidalis nuchae*. Opis wszystkich opcji terapeutycznych przekracza ramy tego opracowania, dlatego autorzy zdecydowali się przedstawić metody leczenia najczęstszej postaci łysienia bliznowaciejącego, czyli *lichen planopilaris* (LPP).

Metody leczenia łysienia bliznowaciejącego w przebiegu liszaja płaskiego

W leczeniu LPP najczęściej stosuje się iniekcje doogniskowe steroidów (według tych samych zasad, co w leczeniu AA) lub zewnętrzne glikokortykosteroidy o dużej sile działania (dwa razy dziennie). Jeśli choroba szybko postępuje, wskazane jest włączenie steroidów systemowych, np. prednizonu doustnie w dawce 50 mg na dobę przez okres 2-4 miesięcy. Inną opcją terapeutyczną jest hydroksychlorochina w dawce 400 mg na dobę, w dwóch dawkach podzielonych. Kolejną alternatywą jest używany doustnie pioglitazon w dawce 15 mg na dobę. W przypadkach opornych można rozważyć włączenie cyklosporyny A w dawce 4-5 mg na kilogram masy ciała lub talidomidu 100-150 mg na dobę. Z uwagi jednak na istotne działania niepożądane, należy rozważyć zasadność takiego postępowania. Z powodu braku dowodów na jego skuteczność, kontrowersyjne pozostaje leczenie mykofenolanem mofetylu lub retinoidami doustnymi. Badania wykazały istotne zmniejszenie stanu zapalnego i świądu po zastosowaniu lasera ekscimerowego. Zabieg z użyciem lasera powinien odbywać się dwa razy w tygodniu, przez okres 2-3 miesięcy. W terapii uzupełniającej łysienia bliznowaciejącego można także stosować 2% lub 5% minoksydyl^[3].

W leczeniu łysienia najważniejsze przed podjęciem kuracji jest postawienie trafnej diagnozy, gdyż każdy rodzaj choroby wyma-

ga innego postępowania. Terapia jest często trudna i frustrująca zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Celem niniejszego artykułu było zebranie metod leczenia najczęstszych postaci łysienia u kobiet, aby ułatwić podjęcie decyzji lekarzom, którzy zajmują się tym problemem.

Piśmiennictwo:

1. Brzezińska-Wcisło L i wsp.: Choroby włosów i skóry owłosionej. Termedia, Poznań 2015: 142-149.
2. Brzezińska-Wcisło L, Lis A, Kamińska G i wsp.: Fiziologia i patologia wzrostu i utraty włosów na głowie u człowieka. Post Dermatol Alergol 2003; 20:260-266.
3. Iorizzo M, Tosti A.: Treatments option for alopecia. Expert Opin. Pharmacother. 2015; 16(15):1-9.
4. Vexiau P, Chaspoux C, Boudou P i wsp.: Effects of minoxidil 2% vs cyproterone acetate treatment on female androgenetic alopecia: a controlled, 12-month randomized trial. Br J Dermatol 2002;146(6):992-9.
5. Price VH, Roberts JJ, Hordinsky M i wsp.: Lack of efficacy of finasteride in postmenopausal women with androgenetic alopecia. J Am Acad Dermatol 2000;43:768-76.
6. Blumeyer A, Tosti A, Messenger A i wsp.: Evidence-based (S3) guideline for the treatment of androgenic alopecia in women and in men. J Dtsch Dermatol Ges 2011; 9 Suppl 6: S1-S57.
7. Choi YM, Diehl JM, Levins PC.: Promising alternative clinical uses of prostaglandin F2? analogs: Beyond the eyelashes. J Am Acad Dermatol 2015;4:712-16.
8. Keaney T.: Emerging therapist for androgenetic alopecia. J Drugs Dermatol. 2015 Sep 1;14(9):1036-40.
9. Kim H., Choi JW, Kim JY i wsp.: Low-level light therapy for androgenetic alopecia: a 24-week, randomized, double-blind, sham device-controlled multicenter trial. Dermatol Surg 2013;39(8):1177-83.
10. Jimenez JJ, Wikramanayake TC, Bergfeld W i wsp.: Efficacy and safety of a low-level laser device in the treatment of male and female pattern hair loss: a multicenter, randomized, sham device-controlled, double-blind study. Am J Clin Dermatol 2014;15(2):115-27.
11. Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolff H.H., Landthaler M. Braun-Falco. Dermatologia. Tom II. Czelej, Lublin 2010: 1053-1081.
12. Brzezińska-Wcisło L. i wsp.: Choroby włosów i skóry owłosionej. Termedia, Poznań 2015: 155-183.
13. Miteva M, Tosti A.: Treatment options for alopecia: an update, looking to the future. Expert Opin Pharmacother 2012; 13(9): 1271-1281.
14. Iorizzo M, Vincenzi C, Voudouris S, et al.: Finasteride treatment in female pattern hair loss. Arch Dermatol 2006;142(3):298-302.
15. Oliveira-Soares R, E Silva JM, Correia MP, Andre MC.: Finasteride 5 mg/day treatment of patterned hair loss in normo-androgenetic postmenopausal women. Int J Trichology. 2013 Jan;5(1):22-5.
16. Olszewska M, Rudnicka L.: Effective treatment of female androgenetic alopecia with dutasteride. J Drugs Dermatol. 2005 Sep-Oct;4(5):637-40.
17. Blume-Peytavi U, Leonnfors S, Hillmann K, Garcia Bartels N.: A randomized double-blind placebo controlled pilot study to assess the efficacy of a 24-week topical treatment by latanoprost 0.1% on hair growth and pigmentation in healthy volunteers with androgenetic alopecia. J Am Acad Dermatol 2012;66(5):794-800.