

CHOROBY WŁOSÓW

Łysienie plackowate

DEFINICJA I OBJAWY KLINICZNE

Jest to przewlekła, niebliznowaciejąca choroba autoimmunologiczna mieszków włosowych. Typowo rozpoczyna się nagle od pojawienia się pojedynczego ogniska lub mnogich okrągłych bądź owalnych obszarów wyłysienia, zwykle zlokalizowanych na owłosionej skórze głowy (ryc. 192), chociaż może być zajęta każda owłosiona okolica. Widoczne są szczątkowe mieszki włosowe, co potwierdza brak bliznowacenia. Diagnostyczne są tzw. włosy wykrzyknikowe, które mogą być widoczne na brzegach zmian. Skóra w obrębie zmian ma zwykle prawidłowe zabarwienie, ale niekiedy występuje rumień. Włosy na brzegach ogniska wyłysienia można łatwo usunąć przez delikatne pociąganie. Często następuje spontaniczny ich odrost, ale obszary pozbawione włosów mogą się rozszerzać na całą owłosioną skórę głowy (*alopecia totalis*) oraz skórę twarzy (ryc. 193) i całego ciała (*alopecia universalis*). Odrastające włosy są zwykle białe. W przebiegu choroby, szczególnie nasilonej, mogą występować zmiany paznokciowe, takie jak drobne regularne naparstkowanie lub szorstka powierzchnia przypominająca papier ścierny (trachyonychia) (ryc. 194). Łysienie plackowate jest częstym zaburzeniem występującym u wszystkich ras, jednakowo często u obu płci. Może wystąpić w każdym wieku, ale najczęściej pojawia się między 10. a 30. rokiem życia.

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

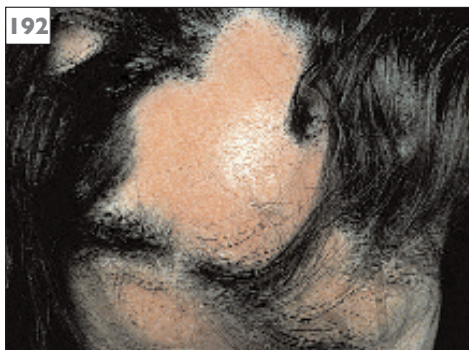
Zakażenia grzybicze skóry owłosionej głowy u dzieci powinny zostać potwierdzone badaniem mykologicznym i badaniem w lampie Wooda. W trichotillomanii obserwuje się występowanie ułamanych włosów o różnej długości. U starszych pacjentów łysienie bliznowaciejące w przebiegu liszaja płaskiego lub tocznia rumieniowatego krążkowego może objawiać się ogniskami łysienia o kształcie plackowatym. Telogenowe wypadanie włosów również powoduje rozlane łysienie niebliznowaciejące.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

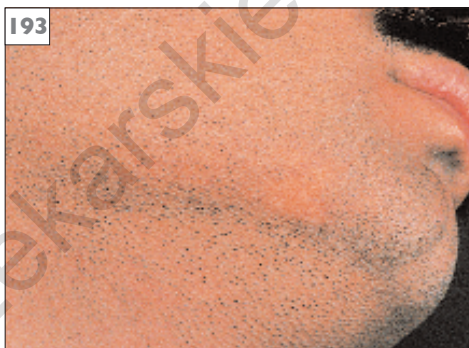
Możliwe jest stwierdzenie narządowoswoistych autooprzeciwiała. W celu wykluczenia innych przyczyn czasem konieczne jest histopatologiczne badanie owłosionej skóry głowy.

LECZENIE

Do spontanicznego odrostu włosów zwykle dochodzi w przypadku choroby ograniczonej. Kortykosteroidy stosowane miejscowo, doogólnikowo i ogólnie mogą spowodować tymczasowy odrost włosów. Można również stosować zewnętrznie środki drażniące (ditranol) lub alergen kontaktowy (difencypron). W leczeniu łysienia plackowatego stosuje się również PUVA.



Ryc. 192 Łysienie plackowate.



Ryc. 193 Łysienie plackowate na skórze twarzy.



Ryc. 194 Zajęcie paznokci w łysieniu plackowatym.

Im rozleglejsza utrata włosów, tym mniejsza szansa na ich odrost. Rozległe zmiany, atopia, inne choroby autoimmunologiczne, zajęcie paznokci i początek zmian w dzieciństwie są złymi czynnikami prognostycznymi. Pacjenci z rozległą utratą włosów często wymagają pomocy psychologicznej.

Łysienie telogenowe

DEFINICJA I OBJAWY KLINICZNE

Jest to nasilone wypadanie włosów telogenowych spowodowane wzrostem liczby włosów pozostających w fazie spoczynkowej cyklu włosa. Może wystąpić po zadziałaniu różnych czynników. Ostre łysienie telogenowe, objawiające się nagłym nasilonym wypadaniem włosów, może rozwinąć się 4–8 tygodni po ciężkiej lub ogólnoustrojowej chorobie bądź stresie. Utrata kilkuset włosów dziennie prowadzi do rozlanego wylsienia obejmującego całą owłosioną skórę głowy (ryc. 195). Inne owłosione okolice także mogą być dotknięte tą chorobą. Obecne wcześniej łysienie androgenowe może stać się bardziej widoczne. Skóra głowy wydaje się niezmieniona, a czas trwania choroby jest zmienny (wyleczenie następuje zwykle w ciągu 6 miesięcy). Termin przewlekłe łysienie telogenowe odnosi się do idiopatycznego wypadania włosów trwającego dłużej niż 6 miesięcy. Przewlekła rozsiana utrata włosów może być także spowodowana głodem się, niedożywieniem, chorobami tkanki łącznej, zaburzeniami czynności tarczycy, niedokrwistością z niedoboru żelaza, kiłą i farmakoterapią.

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

Rozlane wypadanie włosów może także wystąpić na wczesnych etapach łysienia androgenowego u kobiet. Anagenowe wypadanie włosów rozpoczyna się zwykle po 1–2 tygodniach od zastosowania powodującego je leku lub wystąpienia zdarzenia będącego jego przyczyną.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Trichogram (badanie włosów pobranych z owłosionej skóry głowy) wykazuje zwiększenie liczby włosów telogenowych i zmniejszenie liczby włosów anagenowych. Na podstawie histopatologicznego badania skóry głowy u pacjentów z łysieniem telogenowym stwierdza się, że proporcja włosów anagenowych do telogenowych wynosi 1 : 8, podczas gdy prawidłowa – 1 : 14. U pacjentów z przewlekłym łysieniem telogenowym w celu wykluczenia choroby układowej należy rozważyć wykonanie takich badań, jak np. morfologia krwi, TSH, ANA, serologia w kierunku kiły.

LECZENIE

Ostre łysienie telogenowe powinno ustąpić samoistnie. W postaci przewlekłej należy leczyć chorobę podstawową.



Ryc. 195 Rozlane łysienie w telogenowym wypadaniu włosów.



Ryc. 196 Łysienie androgenowe.



Ryc. 197 Łysienie bliznowaciejące.

Łysienie androgenowe

DEFINICJA I OBJAWY KLINICZNE

Istotą choroby jest miniaturyzacja mieszków włosowych w kolejnych cyklach w okolicy czołowej, na szczycie głowy i w okolicy ciemieniowej, co powoduje stopniową konwersję włosów terminalnych do mieszkowych. Utrata włosów u mężczyzn rozpoczyna się przesuwaniem linii włosów w okolicy kątów czołowych i linii czołowej (wzorec Hamiltona) (ryc. 196) oraz przerzedzeniem na szczycie głowy oraz w okolicy ciemieniowej. Proces ten postępuje powoli na przestrzeni kilku lat; w ciężkich przypadkach włosy pozostają tylko na potylicy i w okolicach skroniowych. Na szczycie głowy mogą pozostać włosy mieszkowe. U kobiet linia czołowa pozostaje niezmieniona, ale dochodzi do rozlanego ścięnięcia włosów na szczycie głowy z poszerzaniem się przedziałka (wzorec Ludwiga). Choć zwiększone wypadanie włosów może nastąpić już na samym początku choroby, najczęściej proces ten ma przebieg stopniowy. Uważa się, że przyczyną zmian jest dihydrotestosteron (w przypadku łysienia androgenowego mężczyzn – przyp. red. wyd. pol.), który powoduje skrócenie czasu trwania anagenu, czego następstwem jest miniaturyzacja mieszków włosowych.

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

Telogenowe wypadanie włosów może być przyczyną rozlanego łysienia, ale zwykle dotyczy tylnej i bocznych części owłosionej skóry głowy oraz okolicy czołowej i szczytu głowy. Przyczyną cofania się przedniej granicy skóry owłosionej może być również fryzura powodująca pociąganie włosów.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Nasilona utrata włosów u kobiet związana z zaburzeniami cyklu miesięczkowego wymaga wykonania badań w kierunku obecności guza wydzielającego androgeny.

LECZENIE

Stosowany miejscowo minoksydyl wydłuża czas trwania anagenu i może zwiększyć gęstość włosów, ale przerwanie leczenia powoduje utratę wszystkich nowych włosów. Finasteryd podawany doustnie hamuje syntezę dihydrotestosteronu i jest skuteczny u mężczyzn. U kobiet mogą być systemowo stosowane antyandrogeny, np. octan cyproteronu lub spironolakton, jednak pod warunkiem że kobieta zastosuje skuteczną antykoncepcję, gdyż leki te powodują feminizację płodów męskich. Możliwości chirurgiczne obejmują wycięcie okolic pozbawionych włosów ze zszyciem skóry oraz przeszczepienie włosów.

Łysienie bliznowaciejące

DEFINICJA I OBJAWY KLINICZNE

Jest to trwale uszkodzenie mieszków włosowych wtórne do chorób skóry przebiegających ze stanem zapalnym i bliznowacieniem. Ogniska łysienia bliznowaciejącego są rozrzucone nieregularnie na owłosionej skórze głowy (ryc. 197) lub w innych owłosionych okolicach. Skóra jest zwykle zbliźnowaciała i zanikowa. Mogą współistnieć objawy aktywnej choroby skóry, np. liszaja płaskiego lub tocznia rumieniowatego krążkowego z rumieniowymi stwardniałymi blaszkami o złuszczonej się powierzchni, z zaczerwienionymi ujściami mieszków włosowych. *Pseudopelade* (ryc. 198) jest niez-



Ryc. 198 *Pseudopelade*.

palną formą łysienia bliznowaciejącego o nieznanym przyczynie, charakteryzującą się obecnością białych, woskowatych, plackowatych obszarów zaniku skóry. *Folliculitis decalvans* jest wolno postępującą postacią łysienia bliznowaciejącego z obecnością krostek wokół włosów i przewlekłą infekcją gronkowcową (patrz str. 78). Inne przyczyny łysienia to m.in. oparzenia, radioterapia, urazy, zakażenia gronkowcowe, zakażenia grzybicze i nowotwory.

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

Ogniska łysienia mogą wystąpić w przebiegu łysienia plackowatego, które nie powoduje bliznowacenia.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Badanie histopatologiczne skóry owłosionej głowy może potwierdzić bliznowacenie z destrukcją mieszków włosowych i gruczołów łojowych oraz dowieść obecności leżącej u podłoża zmian dermatozy zapalnej.

LECZENIE

Utrata włosów w okolicach objętych łysieniem bliznowaciejącym jest nieodwracalna. Postępowanie polega na leczeniu choroby podstawowej za pomocą kortykosteroidów, leków przeciwmalarycznych lub długotrwale podawanych antybiotyków. Zabiegi chirurgii plastycznej mogą być przydatne na późniejszych etapach choroby.



Ryc. 199 Trichotillomania (łysienie pourazowe).

Trichotillomania

DEFINICJA I OBJAWY KLINICZNE

Jest to łysienie wywołane przez samego chorego, który świadomie uszkadza swoje włosy. Ma postać rozległego obszaru przerzedzenia włosów o niewyraźnych granicach (ryc. 199). Owłosiona skóra głowy jest niezmieniona. Włosy są ułamane na różnych wysokościach. Ogniska chorobowe mogą być pojedyncze lub mnogie. Zwykle obserwuje się prawidłowe długie włosy na obwodzie głowy. U pacjentów mogą występować inne oznaki samouszkodzeń (patrz Samouszkodzenia, str. 28). Trichotillomanię częściej stwierdza się u kobiet; może wystąpić w każdym wieku. Jest zwykle oznaką leżącego u jej podłoża problemu psychologicznego.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Badanie mikroskopowe włosów ujawnia ułamane włosy o różnej długości. Badanie mikologiczne pozwala wykluczyć infekcję grzybiczą.

LECZENIE

Okluzja dotkniętego zmianami obszaru często pozwala na wyleczenie.

Dzieci często „wyrastają” z tego nawyku, natomiast u dorosłych niezbędne może być leczenie psychiatryczne.