

Łysienie plackowate – podłoże oraz leczenie

Alopecia areata – substrate and treatment

WSTĘP

U zdrowego człowieka włosy pokrywają niemal całą skórę, wyjątkiem są: wewnętrzna strona dłoni, podeszwy stóp, czerwień wargowa oraz miejsca gdzie skóra przechodzi w błony śluzowe [1]. Włosy stanowią ochronę przed czynnikami mechanicznymi, fizycznymi, chemicznymi, pełnią również funkcję seksualną [2]. Na głowie znajduje się około 150 000 włosów. Żywotność włosa wynosi od 2 do 6 lat, włos rośnie ok. 10 mm w miesiącu, zbudowany jest z widocznej, ale martwej części łodygi i zlokalizowanego w skórze korzenia włosa, pochwki, opuszki i brodawki. Na to jak rosną włosy ma duży wpływ ich ukrwienie, natomiast połysk i elastyczność zależne są od kondycji łodygi. Włos w swojej budowie chemicznej może mieć 70-90% keratyny, 1-9% tłuszczów, 0,1-5% pigmentu, natomiast pozostałe części to pierwiastki śladowe i woda [3].

FAZY WZROSTU WŁOSA

Włosy znajdują się w różnych fazach wzrostu, a każdy mieszek włosowy przechodzi około 30 cykli. Wyróżnia się trzy podstawowe fazy wzrostu włosa:

- pierwsza faza wzrostu – anagen,
- druga faza przejściowa – katagen,
- trzecia spoczynkowa – telogen.

Faza wzrostu może trwać od 2 do 6 lat, faza przejściowa trwa około 14 dni, natomiast faza spoczynkowa może trwać od kilku do kilkunastu miesięcy, w tej fazie włos już nie rośnie [4]. U zdrowej osoby na głowie znajduje się około 80 procent włosów anagenowych, około 3 procent włosów w katagenie, natomiast pozostała część to włosy telogenowe [5]. Długości faz wzrostu włosa regulowane są przez hormony. Z wiekiem, każdemu z nas włosów ubywa. Tracimy włosy około pierwszego roku życia, następnie w okresie pokwitania około 12-16 roku życia jak również w wieku dojrzałym ok. 50-60 lat i jest to zjawisko fizjologiczne [6].

Żaneta Żak

Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet
Medyczny
ul. Żwirki i Wigury 61,
02-091 Warszawa
M: +48 518 023 315
E: fito.med@op.pl

» 514

STRESZCZENIE

Na całym świecie odnotowuje się wzrost zachorowań na choroby psychodermatologiczne. Łysienie plackowate jest przewlekłą chorobą zapalną przebiegającą z uszkodzeniem mieszków włosowych. Patogeneza tej choroby nie jest dokładnie poznana, wiadomo jednak, że czynnik emocjonalny w istotny sposób wpływa na przebieg choroby.

Celem pracy było przedstawienie metod leczenia łysienia plackowatego w zależności od stopnia zaawansowania choroby oraz lokalizacji na ciele pacjenta.

Leczenie powinno być dobierane indywidualnie w zależności od stadium zaawansowania choroby oraz ewentualnych chorób współistniejących. Odpowiednio dobrana terapia oraz edukacja pacjenta, mogą w znaczny sposób poprawić jakość życia.

Słowa kluczowe: łysienie plackowate, stres, trychologia, fazy wzrostu włosa

ABSTRACT

There is has been an increase in the incidence of psychodermatological diseases worldwide. Alopecia areata is a chronic inflammatory disease that damages the hair follicles. The pathogenesis of this disease is not well understood. It is, however, well known that that emotional factors significantly affect the course of the disease.

The aim of the work was to present methods of treating alopecia areata according to the severity of the disease and location on a patient's body.

Treatment should be selected individually depending on the stage of the disease and possible co-morbidities. Properly selected therapy and patient education can significantly improve quality of life.

Keywords: alopecia areata, stress, trichology, hair growth phases

otrzymano / received

02.03.2019

poprawiono / corrected

29.03.2019

zaakceptowano / accepted

15.04.2019

ŁYSIENIE. PROBLEM ESTETYCZNY I PSYCHODERMATOLOGICZNY

Utrata włosów może stanowić bardzo poważny problem estetyczny jak również psychiczny. Fizjologicznie człowiek traci do 100 włosów dziennie. Jeśli wypada ich więcej i trwa to dłużej niż kilka miesięcy mówi się o nadmiernym wypadaniu włosów, co może skutkować łysieniem.

Podłoże nadmiernej utraty włosów bywa zróżnicowane. Może zwiastować poważną chorobę, być konsekwencją zażywania leków m.in. przeciwzakrzepowych, beta-blokerów, statyn czy retinoidów lub wynikać z diety ubogiej w składniki mineralne, niedoboru białka, palenia papierosów czy stresu [7]. Nierzadko łysienie jest objawem stresu.

Na całym świecie odnotowuje się wzrost zachorowań na choroby dermatologiczne, jak również psychodermatologiczne [8]. Choroby dermatologiczne często wywołane są przez długoterminowy stres, a zmiany chorobowe w obrębie skóry zastrzają się. Od dawna prowadzone są badania, które wskazują, że przed pierwszym rzutem choroby dermatologicznej, u pacjenta wydarzyła się sytuacja silnego stresu psychicznego [9]. Pacjenci zgłaszają, iż przed chorobą przeżyli traumę związaną np. ze stratą bliskiej osoby, rozwodem lub utratą pracy. Choroby takie jak łysienie plackowate, łuszczyca, atopowe zapalenie skóry czy pokrzywka, są ściśle powiązane z emocjami pacjenta i można je nazwać chorobami psychodermatologicznymi [10].

Wszystkie choroby skóry wpływają negatywnie na pacjenta, jego samoocenę, poczucie wartości, pogarszają funkcjonowanie w społeczeństwie, w znacznym stopniu obniżają jakość życia, wpływają na wizerunek, generują poczucie wstydu i odrzucenia [11]. Jedną z tych chorób jest łysienie plackowate (*alopecia areata*) opisane w 1857 roku jako „nerwica skórna”. Nadmierna utrata włosów wpływa negatywnie na psychikę pacjenta wywołując lęk oraz stres, co nasila objawy choroby [12].

CHARAKTERYSTYKA CHOROBY

Alopecia areata (AA) to choroba charakteryzująca się niebliznowaciejącą utratą włosów, może dotyczyć skóry głowy, brwi, rzęs, brody u mężczyzn, dołów pachowych oraz okolic narządów płciowych. Pojawiają się na skórze okrągłe, łyse obszary o średnicy od ok. jednego, do nawet kilkunastu centymetrów. Powstałe ogniska mogą się powiększać i zlewać, skóra w tym miejscu może chwilowo mrowieć albo nawet boleć. Podczas badania fizykalnego wielu pacjentów oprócz ognisk wyłysienia posiada zmiany na paznokciach, tzw. paznokcie naporstkowate (*onychosis punctata*). Występowanie tej zmiany pogarsza rokowania i świadczy o zaawansowaniu choroby [13]. Pacjent powinien wykonać morfologię krwi, oznaczyć poziom żelaza, ferrytyny, cynku, witaminy B12, miedzi, witaminy D, TSH, Ft3, Ft4, anty-TPO, anty-TG. Wskazana jest również konsultacja endokrynologiczna (USG tarczycy), dietetyczna, psychologiczna, a w niektórych przypadkach nawet psychiatryczna [14]. U niektórych pacjentów zaleca się wykonanie

trichogramu – dodatkowego badania korzenia włosa. W AA zwiększa się znacząco liczba włosów w fazie katagenowej i telogenowej, pojawiają się również włosy wykrzyknikowe, powinno się wyeliminować grzybice skóry głowy i trichotillomenie [15, 16]. *Alopecia areata* może stopniowo zająć całą skórę głowy, mówimy wtedy o łysieniu całkowitym AT (*alopecia totalis*) a nawet całe ciało AU (*alopecia universalis*) [16].

Łysienie plackowate może występować u obu płci i dotyczyć osób w każdym wieku, u 65% pacjentów z AA pierwszy epizod choroby pojawił się w okresie pokwitania, najczęściej u tej grupy pacjentów pojawia się fobia społeczna, a ukrycie symptomów choroby przed rówieśnikami jest wręcz niemożliwe. U osób dojrzałych dotkniętych tą chorobą często pojawia się obniżenie nastroju, bezsenność, a nawet depresja, natomiast u osób dotkniętych *alopecia universalis* nawet 60% zgłasza w wywiadzie myśli samobójcze [17].

LECZENIE

Leczenie tej jednostki chorobowej jest skomplikowane. Celem jest odrost włosów i poprawa samopoczucia pacjenta. Około 30% pacjentów z łysieniem plackowatym zauważa odrost włosów bez jakiegokolwiek leczenia, ale dotyczy to głównie dzieci i osób z najłagodniejszą formą choroby [15].

Leki

Jako lek pierwszego wyboru dermatolog często stosują Minksydyl – stosowany miejscowo rozszerza drobne naczynia krwionośne, co zwiększa przepływ krwi w skórze, a to działa stymulująco na mieszki włosowe. W Polsce dostępny jest 2% i 5% roztwór, pierwsze efekty leczenia można zauważyć po 3 miesiącach codziennego stosowania, nie stosuje się go gdy łysienie dotyczy całej skóry głowy oraz całego ciała. Lek może wywołać działania niepożądane objawiające się zaczerwienieniem i suchością skóry w miejscu aplikacji, może wywołać zapalenie mieszków włosowych jak również nasilić wypadanie włosów. Przy dłuższym stosowaniu może pojawić się nadmierne owłosienie w innym miejscu niż skóra głowy (u kobiet wąsik nad górną wargą), po zaprzestaniu stosowania leku efekt odrostu włosów może nie być trwały [16].

Kolejną grupą leków najczęściej stosowanych są płyny i maści korykosteroidowe o silnym działaniu. Średni czas codziennej terapii powinien wynosić około 3 miesięcy. Działania niepożądane tych leków są uzależnione od czasu ich stosowania i od wielkości obszaru skóry na którym były stosowane, mogą wywołać podrażnienie, suchość skóry, macerację skóry, a nawet zanik skóry. Leki te nie są skuteczne w leczeniu *alopecia totalis* i *alopecia universalis* [5, 15].

Kolejnym lekiem jest Ditranol. Jest to lek miejscowo drażniący, jego zadaniem jest wywołanie przekrwienia skóry, skuteczność jest dosyć niska, wadą leczenia jest również to, że wywołuje przebarwienia skóry [18].

Kolejną grupą leków są glikokortykosteroidy stosowane doustnie. Leczenie to jest bardzo kontrowersyjne i może przebiegać różnymi schematami terapii, m. in. przyjmowanie leku codziennie w mniejszych dawkach lub co miesiąc w tygodniowych pulsach. Podczas trwania terapii pacjenci widzieli zadowalające efekty leczenia, natomiast po zakończeniu leczenia w wielu przypadkach włosy wypadały. Leki te mogą również wywołać wiele działań niepożądanych m.in. obrzęki, hipokaliemie, osteoporozę, chorobę wrzodową, trądzik posteroიდowy, zmiany nastroju, wzmożoną potliwość, zespół Cushinga [19].

FOTOCHEMIOTERAPIA

Naświetlanie promieniowaniem UV-A po podaniu psoralenu, czyli leku zwiększającego wrażliwość skóry na światło. PUVA (*Psoralen Ultraviolet-A*) to kolejna z najczęściej stosowanych metod leczenia łysienia plackowatego jak również innych dermatoz tj. łuszczyca czy bielactwo. Podczas fotochemioterapii stosowane jest promieniowanie UVA jak również podawany jest doustnie lub miejscowo środek uwrażliwiający skórę na to promieniowanie. Leczenie to można stosować także w łysieniu całkowitym. Działania niepożądane, które występują najczęściej to nudności, wymioty, zawroty głowy, zaburzenia nastroju, problemy ze snem, uporczywy świąd skóry, który może utrudniać osobie chorej normalne funkcjonowanie. Zdaje się, że skutki uboczne terapii pojawiają się po dłuższym czasie od zakończenia leczenia np. przebarwienia na skórze, piegi, zmarszczki. Najgroźniejszym powikłaniem tej terapii jest zwiększone ryzyko wystąpienia nowotworów skóry [20, 21].

INNE TERAPIE

Kolejne metody leczenia obarczone zdecydowanie mniejszym ryzykiem dla pacjenta to krioterapia i mezoterapia igłowa skóry głowy. W krioterapii metodą *deep steak* poprzez powierzchowne mrożenie tkanek skóry poprawia się krążenie w mieszkach włosowych, skuteczność tej metody zależy od wieku pacjenta, jak również od zaawansowania łysienia na skórze głowy [22, 23]. Natomiast w mezoterapii igłowej za pomocą miejscowych śródskórnych iniekcji podaje się mieszaniny różnych substancji m.in. leków i witamin. Zabieg ten jest bezpieczny, a doprowadzenie do przedawkowania podawanych substancji czy wywołanie poważniejszych objawów niepożądanych jest mało prawdopodobne. Zabiegi te należy wykonywać systematycznie w seriach. Zalecane są również zabiegi przypominające, wykonywane kilka razy w roku. W piśmiennictwie nadal opisanych jest zbyt mało badań naukowych świadczących o pozytywnych efektach leczenia AA skóry głowy tą właśnie metodą [24-26].

PODSUMOWANIE

Włosy zawsze odgrywały bardzo ważną rolę estetyczną. Ich utrata może być silnym czynnikiem stresogennym prowadzącym do wycofania się z aktywnego życia społecznego. Pacjenci dotknięci łysieniem plackowatym czują się odrzucony, niepotrzebni i nieakceptowani. Metoda leczenia powinna

być dobierana indywidualnie, uwzględniając stan ogólny jak również ewentualne choroby współistniejące. Pacjenci chorujący na łysienie plackowate potrzebują holistycznego podejścia i często opieki ze strony wielu specjalistów. Ważna jest również prewencja oraz odpowiednia edukacja umożliwiająca terapię zanim objawy osiągną zaawansowane stadium.

LITERATURA

1. Brzezińska-Wcisło L, Lis A, Kamińska A, et al. Fiziologia i patologia wzrostu i utraty włosów na głowie u człowieka 2003, vol. 5: 260-266.
2. Imko-Walczuk B, Cegielska A, Glombiowska M. Zmiany w rozmieszczeniu włosów u kobiet w okresie pomenopauzalnym. Przegląd Dermatologiczny 2012, vol. 99: 62-67.
3. Przyłipiak A. Medycyna estetyczna Podręcznik dla studentów kosmetologii. Wyd. PZWL 2017: 187-189.
4. Barancewicz-Łosek M. Łysienie typu męskiego. Świat Medycyny i Farmacji 2005/2006, vol. 10/11: 44-47.
5. Langner A, Ambroziak M. Łysienie androgenowe u mężczyzn - czy warto leczyć? Przewodnik Lekarza 2002, vol. 4-5: 46-50.
6. Kozłowska U, Kozłowska A. Patofizjologia wzrostu włosa i utraty włosów. Przegląd Dermatologiczny 2001, vol. 1: 19-25.
7. Randall VA. Androgens and human hair growth. Clinical Endocrinology 1994, vol. 4: 439-457.
8. McDonagh AJ, Tazi-Ahni R. Epidemiology and genetics of alopecia areata. Clinical and Experimental Dermatology 2002, vol. 27(5): 405-409.
9. Gulec AT, Tanriverdi N, Duru C, Saray Y, Akcali C. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. International Journal of Dermatology 2004, vol. 43(5): 352-356.
10. Misery L, Rousset H. Is alopecia areata a psychosomatic disease? La Revue De Medicine Interne 2001, vol. 22(3): 274-279.
11. Taylor RE, Bewley A, Melidonis N. Psychodermatology. Psychiatry and Medicine 2006, vol. 5(3): 81-84.
12. Franca K, Chacon A, Ldeon J, Savas J, Nouri K. Psychodermatology: A trip through history. An Bras Dermatol Anais Brasileiros De Dermatologia 2013, vol. 88(5): 842-843.
13. Kutty-Pachecka M, Stefańska K. Aleksytymia, sposób odczuwania własnego ciała u osób z rozpoznaniem łysienia plackowatego. Fizjoterapia 2014, vol. 22(2): 24-29.
14. Brzezińska-Wcisło L. Łysienia związane z chorobami ustroju. Przewodnik Lekarza 2005, vol. 5: 97-98.
15. Łuczak M, Łuczak T, Cieścińska Cz, Czajkowski R. Leczenie ogólne łysienia plackowatego. Przegląd Dermatologiczny 2013, vol. 1: 53-58.
16. Langner A, Ambroziak M. Łysienie plackowate - etiopatogeneza i leczenie. Przewodnik Lekarza 2004, vol. 6: 78-82.
17. Gupta MA, Gupta AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2001, vol. 15(6): 512-518.
18. Gilhard A, Etzioni A, Paus R. Łysienie plackowate. Dermatologia Po Dyplomie 2013, vol. 1: 51-62.
19. Kar BR, Handa S, Dogra S, Kumar B. Placebo - controlled oral pulse prednisolone therapy in alopecia areata. Journal of the American Academy of Dermatology 2005, vol. 52: 287-290.
20. Claudy AL, Gagnaire D. Treatment of alopecia areata. Archives of Dermatology 1983, vol. 119(2): 975-978.
21. Mitchell AJ, Dauglass MC. Topical photochemotherapy for alopecia areata. Journal of the American Academy of Dermatology 1985, vol. 12(4): 644-649.
22. Machońko T, Grabowski T. Leczenie łysienia plackowatego płynnym azotem. Przegląd Dermatologiczny 1981, vol. 5-6: 607-609.
23. Tobała J, Witkowska A, Olsztyński A. Praktyczne uwagi na temat wybranych aspektów kriochirurgii zmian skórnych. Dermatologia Kliniczna 2004, vol. 6: 29-35.
24. Doutre MS, Beylot C. Side effects of mesotherapy. Therapie 1997, vol. 52: 93-96.
25. Kozłowska U. Mezoterapia jako alternatywna terapeutyczna łysienia, starzenia się skóry, cellulite. Dermatologia Estetyczna 2004, vol. 6: 171-172.
26. Broniarczyk-Dyła G, Prusińska-Bratoś M, Wawrzyczka-Kaflik A. Wstępna ocena efektu zastosowania mezoterapii w leczeniu chorób skóry owłosionej głowy. Dermatologia Estetyczna 2005, vol. 37: 75-79.