

Péče o pacienty s vlasovou patologií

MUDr. Ivana Vejrová

S chorobami vlasů a kůže vlasaté části hlavy se v praxi setkáváme poměrně často. Nejedná se o onemocnění, která by přímo ohrožovala život pacientů, jsou však pacienti vnímána velmi citlivě a zejména dlouhodobá hrubší patologie v této oblasti může mít devastující psychický a sociální dopad na život některých z nich.
Klíčová slova: onemocnění vlasů, příčiny, léčba.

Vlasy jsou keratinizovaná kožní adnexa vyrůstající z vlasových folikulů, které se až na malé výjimky nacházejí prakticky na celém povrchu těla a spolu s mazovými žlázami tvoří pilosebaceózní jednotky. Vlas vyrůstá ze zárodečné matrix uvnitř folikulu, prodělává cyklické změny vývoje, během kterých dorůstá do své maximální délky, určitý čas zůstává na místě, poté vypadává a je nahrazen vlasem novým. Celý vlasový cyklus trvá asi sto dní. Denní ztráta do sta vlasů je považována za fyziologickou výměnu vlasů.

Během života se mění charakter vlasů z prenatálního lanuga, které vypadává asi ve 36. týdnu gravidity, na postnatální velusový vlas. Ve kštici už záhy po narození můžeme objevit první intermediální vlasy, které jsou přechodem k terminálnímu typu vlasu. Terminální vlasy během puberty zcela nahradí předchozí typ vlasů. Množství a charakter vlasů se však během života mohou výrazně měnit vlivem řady vnitřních i zevních faktorů. Počet vlasů a rychlost jejich růstu diskrétně kolísá i v průběhu roku, ne-

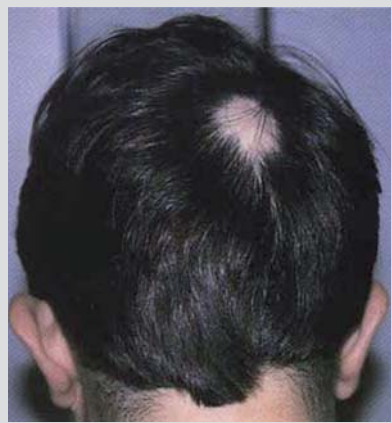
jvětší výpad se popisuje na přelomu srpna a září.

Patologie vlasového cyklu vede ke změnám v charakteru a počtu vlasů, které přivádějí pacienty do ambulance kožního lékaře. Při diagnostice vlasových chorob se opíráme o podrobnou anamnézu, prohlídku vlasů a pokožky kštice, často doplňujeme laboratorní vyšetření krve, případně další odborná vyšetření. Na některých pracovištích se provádí trichogram, tedy podrobné mikroskopické vyšetření vlasových stvolů stran jejich rozvrstvení do fází vlasového cyklu, stran rychlosti růstu, hustoty ovlasení, šířky jednotlivých vlasů a podobně. Někdy doplňujeme ještě vlasovou histologii.

Vyšetření mohou odhalit některou vrozenou či získanou abnormitu vlasů. Vrozené abnormity tvaru, struktury, barvy vlasů jsou krajně vzácné a léčebně neřešitelné.

Ložisková ztráta vlasů (alopecie) či zvýšené difúzní vypadávání vlasů (efluvium) vzniká poruchou cyklického růstu vlasů v některé fázi vlasového cyklu. Možných příčin poruchy vlasového cyklu je velké množství: příčiny traumatické (tah dlouhých vlasů, nevhodné vlasové ozdoby), vliv některých léků (cyto-

Obrázek 1. Alopecie areátní



Obrázek 2. Totální alopecie



Obrázek 3. Mužský typ androgenetické alopecie



Obrázek 4. Ženský typ androgenetické alopecie



Obrázek 5. Pacientka s ženskou androgenetickou alopecí před lokální léčbou



Obrázek 6. Pacientka s ženskou androgenetickou alopecí po dvouleté lokální terapii



Obrázek 7. Pacient s mužskou androgenetickou alopecí před celkovou léčbou finasteridem



Obrázek 8. Pacient s mužskou androgenetickou alopecí po dvou letech léčby finasteridem



statika, vitamin A a retinoidy, hypolipidemika, antikoagulantia, ACE inhibitory, betablokátory, kolchicin, levodopa, dextran, talium, litium), některé endokrinní choroby (poruchy funkce štítné žlázy, příštítných tělísek, podvěsku mozkového), infekčních choroby (zejména závažné

horečnaté virózy, streptokokové infekce, HIV pozitivita, lues), poruchy výživy (nedostatek železa, síry, zinku, mědi, biotinu, drastické diety, anorexie), psychická zátěž, gravidita, porod, těžké operace a závažné úrazy s dlouhou rekonvalescencí, v neposlední řadě aplikace radioterapie.

Mnohem vzácnější tzv. jizvící alopecie jsou výsledným stavem některých kožních onemocnění (mykotické či bakteriální infekce kůže kůže, lupus erythematosus, lichen planus follicularis, sklerodermie, sarkoidóza, puchýřnaté choroby, nádorová onemocnění jako basaliomy či spinaliomy kůže). Pokud je příčina alopecie u daného pacienta zjištěna, dochází obvykle po jejím odstranění k postupné úpravě vlasových obtíží. Spontánní úprava alopetického onemocnění je rovněž možná.

Poměrně časté onemocnění vlasů je imunologicky podmíněná tzv. areátní (ložisková) alopecie, která v některých případech rozrůstáním jednotlivých bezvlasých ložisek a jejich zmnožením může vést k totální ztrátě vlasů kůže, případně i ochlupení celého těla. Častější je u pacientů s atopií, případně s jinými autoimunitními chorobami, u vývojových chromozomálních abnormalit, testikulárních atrofií, psychiatrických pacientů, pacientů HIV pozitivních. Může recidivovat i po odhojení, její prognóza je nejistá.

Léčbu areátní alopecie obvykle zahajujeme nespecifickými prostředky. Používáme vitaminy zejména skupiny B, minerály (především zinek, hořčík, selen), aminokyseliny s obsahem síry (metionin, cystein). Na trhu je velké množství přípravků obsahujících tyto látky, případně jejich kombinace. Léčbu doplňujeme zevním ošetřením ložisek nejčastěji kortikosteroidními externy. U závažnějších případů lze použít kortikosteroidy perorálně, relapsy onemocnění po jejich vysazení jsou však poměrně časté, v některých případech je úspěšná celková terapie cyklosporinem A. Někteří pacienti dobře reagují také na fototerapii alopetických ložisek, či na kryalizaci ložisek tekutým dusíkem. Lokálně lze použít 2–5 % minoxidil, event. jeho kombinaci s 0,05 % tretinoinem, případně kalcipotriol. Studují se možnosti lokálního použití interferonu alfa, interleukinů, imunoglobulinů. U dlouhotrvajícího postižení bez léčebného efektu lze zvážit nošení protetické pomůcky – paruky nebo dermatochirurgické řešení alopetických ložisek. Pacienti by měli používat i adekvátní vlasovou kosmetiku určenou pro vypadávající vlasy, šampóny, kondicionéry, vlasové masky.

Dostupné je velké množství komerčně vyráběných posilujících vlasových vod.

Další častým typem je androgenetická (androgenní) alopecie mužů a žen. Její vznik a rozvoj je ovlivněn především genetickou predispozicí, hladinou androgenů v těle, počtem androgenních receptorů ve kštici, věkem, nelze podcenit ani psychické vlivy. Podle postupně se vyvíjejícího rozsahu a tvaru lysiny je klasifikována do jednotlivých stupňů závažnosti onemocnění. U většiny mužů dochází k postupnému řidnutí vlasů nad čelem, frontální vlasová hranice ustupuje dozadu, na temeni se objeví lysina, jejímž rozrůstáním pak vznikne kštice ve tvaru podkovy v týle pacienta, která postupně řídne či rovněž vypadává. Projevy mužské androgenetické alopecie se mohou objevit již po 20. roce věku, pak bývá jejich progresse rychlá. Pozdější vznik onemocnění mívá obvykle průběh mírnější a pozvolnější. V zevní terapii se s různými úspěchy používají roztoky s 2–5% minoxidilem, případně jeho kombinace s 0,01–0,05% tretinoinem. V systémové terapii se uplatňuje především finasterid, inhibitor 5 α -reduktázy snižující konverzi testosteronu na dihydrotestosteron v séru i

ve kštici, čímž stabilizuje další vypadávání vlasů. Terapie musí být dlouhodobá, její účinek je dočasný, po ukončení léčby dochází postupně k obnovení vypadávání vlasů. Zkoušejí se další terapeutické možnosti, někteří pacienti volí i chirurgické řešení - autotransplantaci vlasů.

Androgenetická alopecie žen je charakteristická řidnutím kštice na temeni, někdy až k frontální hranici vlasů, po stranách a v týle bývají vlasy zachovány. Mužský typ plešatění se u žen vyskytuje vzácně. Vzniká rovněž na základě genetických vlivů, u pacientek je však třeba vyloučit endokrinopatii týkající se nejen hladiny androgenů, ale i estrogenů a prolaktinu, dále adrenální či ovariální tumory produkující androgeny. Projevy se u žen častěji objevují v menopauze, kdy po ztrátě estrogení aktivity relativně převládá androgenní vlivy, podobná situace nastává u žen po ovariectomii. K lokální léčbě lze rovněž použít roztoky s minoxidilem, u žen i s estradiolem. V systémové léčbě při-

chází v úvahu antiandrogeny – cyproteronacetát, spironolakton, kontraceptiva s obsahem gestagenů, finasterid.

Vedlejší nežádoucí účinky systémové terapie jsou možné, proto by léčba měla být vedena dermatologem zabývajícím se touto problematikou. V některých případech je nutností jeho spolupráce s endokrinologem, u žen s gynekologem a dále s psychologem, event. psychiatrem. Terapeutické možnosti vlasových poruch jsou předmětem intenzivního výzkumu, rozsah používaných zevních i vnitřních prostředků se bude jistě dále rozšiřovat.

MUDr. Ivana Vejrová

Kožní oddělení FN Ostrava

Tř. 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

e-mail: ivana.vejrova@fnspo.cz

Literatura

1. Arenberger et al. Klinická trichologie. Maxdorf Jesenius, 2002: 191 s.
2. Fitzpatrick TB. Color atlas and synopsis of clinical dermatology. McGraw-Hill medical publishing division, 2001 – fourth edition: 926–951.
3. Gray J, Dawber R. Nemoci vlasů, ilustrovaný průvodce. Blackwell Science Ltd., 1999: 1–104.

V TOMTO ČÍSLE BONUS:

**ABSTRAKTA XXIV.
LÉKÁRNICKÝCH DNŮ**

POUZE PRO PŘEDPLATITELE

