

Alopecie – diagnostika a léčba

MUDr. Helena Michalíková

Počty pacientů, které trápí zvýšený výpad vlasů, stále stoupají. Pro volbu správné léčby je rozhodující určit příčinu tohoto výpadu a identifikovat všechny další faktory, které mohou daný stav ovlivňovat. V rámci vyšetřování je na prvním místě podrobná anamnéza a poté objektivní vyšetření. Již tyto jednoduché postupy umožňují orientační rozdělení na ložiskové a difuzní alopecie a určení případného dalšího vyšetřovacího postupu. V článku je uveden stručný přehled nejčastějších typů alopecií, jejich charakteristiky a léčebné možnosti. Zmíněny jsou hlavně ty, které jsou v ČR běžně používány. Bohužel se někdy i při podrobném a důkladném vyšetření pacienta nepodaří příčinu effluvia vypátrat, pak je třeba alespoň vyloučit všechny faktory, které by stav mohly nespecificky zhoršovat a naordinovat podpůrnou léčbu, která může stav alespoň trochu zlepšit.

Klíčová slova: cyklus vlasového folikulu, alopecie ložiskové a difuzní, effluvium.

S problematikou zvýšeného výpadu vlasů se v poslední době setkáváme stále častěji. Jistě to souvisí také se společenským tlakem, kdy je stále větší důraz kladen na fyzický zjev a vlasy představují důležitý znak pro hodnocení atraktivity daného jedince. S pacienty s těmito problémy se tedy setkává nejenom dermatolog, ale také praktický lékař, lékaři dalších specializací a nepochybně řada klientů přichází rovnou do lékárny s požadavkem na doporučení vhodné léčby.

Ještě před uvedením jednotlivých druhů alopecie je třeba připomenout několik pojmů. Jako **effluvium** označujeme zvýšený výpad vlasů a **alopecie** představuje stav sníženého množství ochlupení v místech, kde jsou za normálních okolností vlasy (chlupy) přítomné. Růstový cyklus vlasového folikulu je pravidelný, cyklický, střídání **anagenní** – růstové, **katagenní** – degenerační a **telogenní** – klidové fáze, které probíhá v každém vlasovém folikulu, zcela nezávisle na ostatních folikulech. Nadměrný výpad vlasů může nastat jako důsledek poruchy kterékoli z částí vlasového cyklu (2).

Pro volbu správné léčby je na prvním místě třeba stanovit správnou diagnózu a identifikovat všechny faktory, které mohou stav zhoršovat. Velkou pozornost věnujeme pečlivé anamnéze. V rodinné anamnéze pá-

tráme například po chorobách vlasů a kůže, autoimunitních a endokrinních onemocněních. Alergologická anamnéza může být pozitivní u alopecia areata (atopie). U žen je důležitá gynekologická anamnéza, hlavně všechny stavy spojené s hormonálními změnami (těhotenství, hormonální antikoncepce, hormonální substituce apod.). V osobní anamnéze se ptáme na všechna chronická, onkologická a endokrinní onemocnění, důležité jsou také prodělané operace. Zjišťujeme také farmakologickou anamnézu, protože celá řada léků může mít velmi nepříznivý vliv na stav vlasů a jejich výpad. U nynějšího onemocnění pátráme zpětně, někdy i 2–3 měsíce zpět, po všech okolnostech, které mohly způsobit výpad vlasů. Ptáme se na dobu trvání obtíží, zda výpad nastal akutně či spíše plíživě, jaký byl další průběh a jaká je současná intenzita obtíží. Po anamnéze nastupuje objektivní hodnocení, kdy nás zajímá lokalizace a stupeň prořidnutí, ohraničení procesu. Sledujeme celkovou kvalitu vlasů a intenzitu výpadu, tu je možno orientačně hodnotit pomocí trakčního testu (zjišťujeme, kolik vlasů se uvolní při tahu za vlasy). Všímáme si změn na kůži hlavy jako je jizvení, zánětlivé změny, hodnotíme ale i kožní změny v jiných lokalizacích včetně sliznic a nehtů. Tyto jednoduché základní postupy umožňují nasměrovat případná další vyšetření (pokud

dosud není příčina výpadu zcela jasná). Již náročnější je provedení a vyhodnocení **trichogramu**. Jedná se o mikroskopické vyšetření kořenů vlasů, kde stanovujeme procentuální zastoupení vlasů v jednotlivých fázích vlasového růstového cyklu. Klasický trichogram je pro pacienta nepříjemný (vlasy se vytrhávají), vyžaduje zkušenost lékaře a je zatížen subjektivní chybou, proto je často nahrazován **phototrichogramem**. Zde vlasy nevytrháváme, ale na oholeném místě sledujeme poměr anagenních (rostoucích) a telogenních (klidových) vlasů. Vyšetření vlasových kořenů je možné také tzv. **metodou sériových histologických řezů**. Histopatolog zde hodnotí transversální vzhled folikulů sérií horizontálních řezů. U podélných řezů je možné posoudit celý folikul, mikroskopicky změřit šířku či příčný průměr vlasu. Histologické vyšetření kromě posuzování vlasového stvolu a kořenů přináší celou řadu dalších informací. Spíše pro úplnost ještě uvádím hodnocení základních vlastností vlasů (měření šíře a příčného průřezu vlasu, rychlosti růstu vlasů, hustoty ovlasení, promaštění vlasů, mechanických vlastností vlasů, barvy vlasů) a vyšetření volného konce vlasu, které se využívá k diagnostice poruch struktury vlasu. V rámci diagnostiky alopecií je třeba zmínit také mykologické vyšetření a velice důležitou úlohu mají klasicky laboratorní metody např. základní vyšetření krve, vyšetření hladin hormonů, hladin železa apod.

Již na základě jednoduchých základních vyšetření jako je anamnéza a objektivní hodnocení, můžeme rozdělit alopecie na difuzní a ložiskové.

Difuzní alopecie

Vůbec nejčastější formou zvýšeného výpadu vlasů je androgenní alopecie.

Androgenní alopecie (AGA)

Etiologicky se u tohoto, pro bělochy typického, výpadu vlasů uplatňuje genetická predispozice a to polygenní dědičnost (ale negativní RA toto onemocnění nevylučuje), přítomnost androgenů a věk. Dalšími faktory, které modifikují začátek vzniku obtíží i průběh, jsou např. stresy, zvýšená psychická a fyzická námaha, infekce, léky apod. Při tomto výpadu vlasů dochází ke zvýšenému přesunu vlasových folikulů do telogenní fáze a jejich následnému zvýšenému výpadu. Jedná se tedy o **telogení effluvium**. V každém dalším cyklu se růstová, anagenní fáze pokaždé zkracuje

a vyrůstají stále kratší a slabší vlasy – velusové vlasy. Tento stav folikulu se označuje jako tzv. **regresivní metamorfóza**, která je pro AGA typická (1). Klinický obraz i průběh bývá v typických případech u muže a ženy odlišný a liší se i léčba. U mužů – **androgenní alopecie u mužů – MAGA** (obrázek 1) – bývá průběh obvykle pozvolný. Nejprve dochází k ústupu přední vlasové hranice nad čelem a parietálně a k frontoparietálnímu prořídnutí, k tomu se přidává řidnutí vlasů na vertexu. Podstatně méně často zůstává u mužů zachována vlasová hranice nad čelem a řidnutí je difúzní jen frontoparietálně, tento stav se označuje jako tzv. **ženský typ MAGA**.

Terapie: vzhledem ke genetické zátěži je třeba vyloučit všechny faktory zhoršující průběh onemocnění (viz výše) a také vyloučit jiné difúzní alopecie s telogenním výpadem (viz níže), které mohou stav zhoršovat. Pro vlastní léčbu jsou k dispozici přípravky pro lokální i celkovou aplikaci. V lokální léčbě se uplatňuje **minoxidil** (Regaine liq., Neocapil liq.) ve formě 2% a 5% roztoku. Pro začátek, zvláště u mužů, se doporučuje 5% koncentrace, k udržení účinku je pak možno přejít na 2% koncentraci. Aplikace musí být pravidelná, 2x denně, po dobu alespoň 4 měsíců, lépe déle. Účinek je pouze dočasný, po vysazení preparátu se výpad vlasů obnovuje, nicméně léčbu je možno opět nasadit. Minoxidil má komplexní účinek na vlasový folikul, prodlužuje anagenní fázi. Je možné také vyzkoušet kombinaci minoxidilu s **tretinoinem** (0,01–0,05 %). Efekt může být lepší, ale je zde také vyšší riziko podráždění kůže a také vyšší riziko absorpce minoxidilu. Kromě minoxidilu je na našem trhu k dispozici celá řada více či méně účinných lokálních prostředků. Za zmínku stojí např. látky stimulující VEGF (vaskulární růstový faktor), které podporují vaskularizaci dermální papily. Původně to byla látka **RTH 16** (Anastim lot. – firma Ducray), nyní **Neoruscogenin** (Chronostim sol. – firma Ducray). Jinou možností je **aminexil** (např. Dercos Vichy). Relativně často užívaný (plně hrazený pojišťovnou), je roztok **prednisolonu s kyselinou salicylovou** (Alpicort sol.), který má ale jen poměrně malý efekt. Stejně tak různé hyperemizující prostředky např. sloučeniny s kofeinem nemívají příliš velký efekt.

Pro systémovou terapii MAGA je nejvhodnější **finasterid** (Propecia tbl.). Obvykle se užívá 1 tableta denně, terapie opět musí být dlouhodobá a efekt je dočasný. Uváděné nežádoucí vedlejší účinky (převážně poruchy sexuálních funkcí) jsou podle zkušeností jen ojedinělé a přechodné. Jinou možností řešení MAGA může být autotransplantace vlasových folikulů. A vhodná je také celková podpůrná terapie (vitamíny, stopové prvky, aminokyseliny – methionin a cystein).

U žen – **androgenní alopecie u žen – FAGA** – bývá průběh onemocnění velmi pozvolný, k akceleraci procesu dochází často po přechodu či např. po ovariectomii, kdy se změní poměr estrogen/androgen. Dochází k postupnému řidnutí kštice na vertexu, ale vlasová hranice nad čelem zůstává zachována (stav pacientky obvykle popisují jako „nezačesatelnou pěšinku“). Typická lysina vzniká u žen jen výjimečně. Méně často se může objevit ústup frontoparietální vlasové hranice, jedná se o tzv. **mužský typ FAGA**. U žen s projevy FAGA je třeba vyloučit endokrinologické onemocnění. Zvláště pokud jsou přítomny i další známky virilizace (hirsutismus, seborea, akné, nepravidelnosti menstruace, sterilita apod.) je třeba pomýšlet na **hyperandrogenní syndrom**. U žen se v terapii uplatňují lokální i celkové prostředky. V lokální terapii se uplatňuje **minoxidil** (5% koncentrace se u žen doporučuje jen na zahájení léčby, vzhledem k riziku vzniku nežádoucí hypertrichózy). Možná je opět kombinace s **tretinoinem**. U žen je možno aplikovat lokálně **roztok estradiolu, kyseliny salicylové a prednisolonu** (Alpicort F liq.). Z dalších látek je možno vyzkoušet také **aminexil** nebo **RTH 16** resp. **Neoruscogenin**, roztok **prednisolonu s kyselinou salicylovou**, různé hyperemizující prostředky např. sloučeniny s kofeinem (viz MAGA). V celkové léčbě se u žen uplatňuje hlavně antiandrogenní terapie – lékem volby je **cyproteronacetát** (progestin se silným gestagenním účinkem a významnou antiandrogenní aktivitou). I samotná vhodná antikoncepce (minimální androgenní resp. mírný antiandrogenní účinek) může mít u mírnějších forem FAGA dobrý efekt. Efekt na výpad vlasů se ale může dostavit až za dlouhou dobu (6–9 cyklů). U pacientek s prokázá-

Obrázek 1. Androgenní alopecie u muže – MAGA



ným hyperandrogenním syndromem je možné podávání dalších antiandrogenů (flutamid) či kortikoidní terapie. Efekt finasteridu u žen není příliš přesvědčivý, kromě toho je u něj nutná spolehlivá antikoncepce. Chirurgické metody u žen se uplatňují v menší míře (vzhledem ke klinickému obrazu) než u mužů.

Anagenní effluvium

U tohoto výpadu vlasů jde o výrazné, silné poškození anagenního folikulu s nápadným, rychlým, difúzním výpadem, kdy může dojít i k totální alopecii. Vyvolávající příčina natolik poškodí anagenní folikul, že dojde k ovlivnění mitotické aktivity, k dystrofií vlasu a za několik dnů až za 2 týdny vlasy vypadnou. Příčinou mohou být například některé léky: cytostatika, retinoidy, interferony nebo vysoké dávky vitamínu A, podobně se uplatňují závažné infekce, akutní systémové choroby (např. systémový lupus erythematosus), rychle progredující tumory nebo dermatózy ve kšticí se závažným, často výrazně zánětlivým průběhem (např. psoriáza, tinea). Terapie spočívá v určení a eliminaci (alespoň minimalizaci) vyvolávající příčiny. Podpůrně je možno aplikovat minoxidil a vitaminoterapii.

Akutní telogenní effluvium

Příčinou zde bývají nevhodné, příliš razantní diety, snížená funkce štítné žlázy, porod, celková anestézie, stresy, horečnatá onemocnění. Tyto faktory způsobí poruchu regulačních mechanismů aktivity vlasového folikulu, zkrátí se telogenní fáze vlasu a za 2–4 měsíce dojde k difúznímu, zvýšenému výpadu telogenních vlasů. Terapie i zde je třeba identifikovat příčinu a tu poté léčit nebo zmírnit, opět je vhodná aplikace minoxidilu a vitaminoterapie.



Chronická difuzní alopecie

Zde bývá pátrání po příčině nejobtížnější. Charakteristický je plíživý průběh s difuzním prořídnutím kštice, bez predilekce. Často je příčinou dlouhodobá medikace (např. antikoagulanca, antimalarika, lithium, indometacin a řada dalších), jinou příčinou mohou být různé vleké choroby (onkologické, autoimunitní, neurologické, jaterní poruchy, dysfunkce štítné žlázy) nebo dlouhodobý nedostatek bílkovin, železa, stopových prvků i tuků. Terapie spočívá v odstranění vyvolávající příčiny či alespoň v její minimalizaci, je možno aplikovat minoxidil a vitaminoterapii.

Ložiskové alopecie

(tyto stavy obvykle vyžadují konzultaci s lékařem, jsou tedy uvedeny ve zkráceném výčtu)

Alopecia areata (AA)

Úplnou představu o etiologii tohoto onemocnění dosud nemáme, uplatňuje se genetická predispozice, autoimunitní mechanismy a emoční vlivy. Podstatou je zánětlivý proces, který nejprve ovlivní procesy keratinizace a diferenciací tak, že se vlasový stvol začne ztenčovat. Při další progresi zánětu se urychlí telogenní fáze vlasového folikulu a při posunu postiženého vlasu směrem vzhůru se poškozená část ulamuje. Pokud zánět ustoupí, může začít nový vlasový cyklus. Klinický obraz bývá u typických případů dosti příznačný. Poměrně rychle se objevují nezanětlivé (zánět není na povrchu kůže patrný), ohraničená ložiska bez vlasů, která nejizví. Pacienti je popisují jako „lysá kolečka ve vlasech“ (obrázek 2). Kromě kštice může být postiženo i ostatní ochlupení těla, někdy může k výpadu docházet např. pouze v obočí a kštice zůstává nepostižena. Typické bývá, že po ústupu zánětu ložiska zarůstají světlými, tenkými vlasy velusového typu, které mohou být posléze nahrazeny terminálními vlasy s pigmentem (obrázek 3). Důležité je, že onemocnění se někdy může spojit s dalšími chorobami jako je např. atopie, jiné autoimunitní nemoci (např. štítná žláza), oční postižení. Pokud se prokáže postižení těchto orgánů, je samozřejmě nutná jejich odpovídající léčba. Dále je třeba také pátrat po případných infekčních focusech a ty sanovat. Stejně tak je důležité vyloučit či alespoň minimalizovat stres, který může onemocnění předcházet, ale často také onemocnění do-

provází, zvláště u žen, kde ztráta vlasů bývá subjektivně velmi špatně vnímána.

Terapie: v praxi je asi nejčastěji používána **lokální imunosupresivní terapie kortikoidy**. Tato léčba je snadno dostupná, technicky nenáročná, může mít dobrý efekt u mírných forem onemocnění, u rychle progredujících stavů, ale obvykle nebývá dostačující. Kortikoid se nejčastěji aplikuje ve formě roztoku, 1x denně, často se využívá kombinace např. s kyselinou salicylovou nebo s mentolem (např. Alpicort sol. či řada magistraliter připravených směsí). Již málo užívanou možností je aplikace kortikoidu intralezionálně (riziko atrofie ložiska). Dosti rozšířenou léčbou je lokální aplikace hyperemizujících prostředků (např. tekutý dusík, sníh CO₂, laser), efekt opět bývá spíše u mírnějších forem onemocnění. Z dalších možností léčby má velmi dobré výsledky **lokální imunomodulační terapie**, kdy aplikujeme látky, které vyvolají kontaktní alergický ekzém v místě, kam jsou po předchozí senzibilizaci aplikovány. Nejlepší výsledky jsou pozorovány při užití látky difencypron (DFC). Senzibilizaci zde provádíme 2% roztokem v acetonu, který aplikujeme na malou plochu (cca 2 cm²) kůže kštice. Asi po týdně již na všechna alopetická ložiska aplikujeme DFC ve stoupající koncentraci s cílem vyvolat mírnou kontaktní alergickou reakci, kterou udržujeme opakovanou aplikací dané koncentrace DFC. Nejčastějším nežádoucím účinkem léčby bývá příliš výrazná reakce se silným erytémem, event. i se vznikem puchýřků a s mokváním (obrázky 4, 5). Takto výraznou reakci je třeba nejprve zklidnit a poté aplikovat na ložiska nižší koncentraci DFC. S dobrými efekty a často užívaná je **phototerapie**. Nejčastěji se využívá některé modifikace PUVA terapie (aplikace psoralenu, který zcitliví kůži k použitému záření). Při postižení ohraničené oblasti je možno aplikovat psoralen přímo na ložisko (nejčastěji ve formě krému) a následně aplikovat UVA záření (lokální PUVA), při rozsáhlejší nález je nutné perorálním podáním psoralenu a následné ozáření (systémová PUVA). Pro některé případy s rozsáhlým, rychle progredujícím onemocněním (hlavně tam, kde prokážeme další autoimunitní onemocnění) je vhodná **systémová imunosupresivní terapie**. Nejčastěji se podává prednison v dávce do 1 mg/kg/den (či jiný kortikoid v ekvivalentní dávce). Efekt se dostavuje asi po dvou měsících užívání, dávku tedy redukuje až po této době (ob-

Obrázek 2. Alopecia areata – alopetická ložiska ve kštici



Obrázek 3. Alopecia areata – alopetická ložiska, některá zarostlá velusovým vlasem, jiná terminálními, pigmentovanými vlasy



Obrázek 4. Alopecia areata – terapie difencypronem – nežádoucí, nadměrná reakce s mokváním



Obrázek 5. Detail k obrázku 4



rázek 6). Snižování musí být velmi pozvolné a i tak je bohužel poměrně velké riziko recidivy onemocnění po vysazení či výraznějším snížení dávky kortikoidu. Kromě toho celkové podávání kortikoidů má samozřejmě celou řadu vedlejších nežádoucích účinků (obrázek 7). Z dalších celkově podávaných léčiv se může uplatňovat systémová léčba cyklospo-

Obrázek 6. Alopecia areata – původně totální alopecie, léčba systémovými kortikoidy s velmi dobrým nárůstem vlasů



Obrázek 7. Stejný pacient jako obr. 6 – Alopecia areata – léčba systémovými kortikoidy (měsícovitý obličej)



rinem A v kombinaci s nízkou dávkou kortikoidů. V každém případě je možno podporně doporučit minoxidil, vitamíny, stopové prvky, methionin. Po stabilizaci procesu, kdy již nedochází k další progresi ložisek, je možno využít chirurgické metody (redukce velikosti alopetického ložiska nebo autotransplantace). Vždy je třeba vyloučit možné přidružené choroby!

Jizvící alopecie

Tato diagnóza představuje konečný, výsledný, stav celé řady procesů proběhlých či

ještě probíhajících ve kštici. Může se jednat například o následky po odhojených kožních chorobách (např. tinea capitis, lichen planopilaris, herpes zoster, pyodermie apod.), následky po fyzikálních traumatech (např. radiodermatitis, aplikace tekutého dusíku). K jizvení a ztrátě vlasů ale také dochází v aktivním stadiu některých onemocnění (např. lupus erythematosus, sklerodermie). Podstatou procesu je nevratné poškození vlasového folikulu s jeho zánikem a s jizvením (3). Nejčastěji se jedná o chronický a pomalý proces, ve kštici nacházíme jedno či více atrofických ložisek, kůže připomíná cigaretový papír, typický bývá nález izolovaných či malých skupinek vlasů v atrofickém ložisku. V jiných případech může jizvení nabývat jiného rázu. Pro správnou léčbu nestačí diagnóza jizvící alopecie, ale je třeba pátrat po podstatě procesu. Správná diagnóza a terapie jistě náleží do rukou odborníka. **Terapie** závisí na vyvolávající příčině.

3. Trichotillomanie

Spíše v rámci diferenciální diagnózy uvádíme také tuto jednotku, zde se totiž nejedná o „pravý výpad vlasů“, ale o vytrhávání vlasů, obočí, řas apod. Zajímavé bývá, že řasy na dolním víčku nebývají postiženy, jsou totiž příliš krátké pro vytržení (to nám může pomoci v odlišení od alopecia areata). Pacienty jsou nejčastěji adolescenti kolem 11.–15. roku věku, někdy ale také dospělí, hlavně v rámci tzv. účelového jednání nebo psychotických stavů. Obvykle bývá uváděn výrazný výpad vlasů, ačkoli při tahu za vlasy se nám obvykle zvýšený výpad prokázat nepodaří. Ložiska také rychle zarůstají terminálními vlasy (na rozdíl od alopecia areata, kde nejprve rostou tenké, velusové vlasy). Terapie spadá do péče psychologa či psychiatra.

Literatura

1. Arenberger P et al. Klinická trichologie. Praha: Maxdorf 2002: 51–89.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatology and venerology. Berlin: Springer Verlag 2000: 1118–1134.
3. Dawber R, Van Neste D. Hair and scalp disorders. London: Martin Dunitz 1997: 169–190.
4. Havlíčková M. Diagnostika alopecií. Terapie alopecií. Trendy v medicíně 2003/2004; 5: 37–44.

Syfilitická alopecie

Ani v dnešní době není možné zapomínat na možnost výpadu vlasů v rámci onemocnění syfilis. Ve II. stadiu onemocnění se jedná o reverzibilní, drobná ložiska výpadu ve kštici (přirovnává se k „vykousání od molů“), někdy se může objevit i difúzní výpad. Ve III. stadiu se můžeme setkat s výpadem a jizvením a s trvalou ztrátou vlasů (4). Terapie spočívá v odpovídající léčbě primárního onemocnění.

Závěr

Cílem tohoto sdělení bylo přinést stručný přehled nejčastějších příčin zvýšeného výpadu vlasů a uvést léčbu, která je v našich podmínkách nejčastěji používána. V článku nejsou uvedeny všechny typy alopecií, nejsou zmiňovány ani málo dostupné, nebo zatím spíše jen pokusné, terapeutické možnosti. I přes to již tento výčet napovídá, že se jedná o značně rozsáhlou oblast medicíny, kde se bohužel i přes největší snahu u některých pacientů nepodaří příčinu výpadu identifikovat. Kromě toho léčba často přináší jen přechodný efekt. Situace tedy není pro pacienta ani po jeho lékaře zrovna růžová. Ke každému klientovi je třeba přistupovat zcela individuálně a volit pro něj optimální léčbu, nebo třeba alespoň jenom eliminovat všechny vlivy, které mohou stav zhoršovat. Nikdy nesmíme zapomínat, že výpad vlasů, ačkoli se nejedná o život ohrožující stav, může pro pacienta představovat opravdu velký problém, který do značné míry ovlivňuje jeho život.

MUDr. Helena Michalíková

1. klinické centrum Iscare Lighthouse – Dermatoestetika
Jankovcova 1569/2c, 170 04 Praha 7
2. dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
e-mail: helena.michalikova@gmail.com

