

Klinicky viditelné zlepšení u pacientky s lichen planopilaris

MUDr. Nadezhda Vidolova Brabcová

Klinika preventivní dermatologie s. r. o., Praha

Lichen planopilaris (LPP) je zánětlivá, primárně cicatriciální alopecie, při níž je ztráta vlasů klinicky patrná a bohužel zůstává nevratná. Cílem léčby je zastavit proces jizvení, zmírnit příznaky a zabránit dalším relapsům. Někdy můžeme také zvolit přidání léčby, která stimuluje růst vlasů nepostižených LPP, aby alopetické oblasti byly méně viditelné. V této kazuistice popisujeme případ pacientky, u které jsme dosáhli nejen remise LPP, ale i klinicky viditelného zlepšení.

Klíčová slova: lichen planopilaris, hydroxychloroquine, minoxidil.

Clinical improvement in a patient with lichen planopilaris

Lichen planopilaris (LPP) is an inflammatory, primary cicatricial alopecia where hair loss is clinically evident and unfortunately remains irreversible. The goal of treatment is to stop the scarring process, reduce symptoms, and prevent further outbreaks of inflammation. Sometimes we can also choose to add treatments that stimulate the growth of hair not affected by this entity, to help alopecic areas to be less visible. In this case report I describe a patient in whom we achieved not only remission of LPP but also clinically visible improvement.

Key words: lichen planopilaris, hydroxychloroquine, minoxidil.

Popis případu

Pacientkou prezentovanou v kazuistice je 61letá žena, která se v době vzniku kožního onemocnění s ničím neléčila a nepoužívala žádnou chronickou medikaci. Dle anamnézy pacientka v minulosti trpěla ledvinovou kolikou, ale v době kožního vyšetření již neměla potíže. Dále pacientka udávala alergii na nikl. V rodinné anamnéze nikdo netrpěl žádnou kožní chorobou.

První projevy se objevily v roce 2004 v době výrazného emočního stresu a pacientka je popisovala jako šupiny ve vlasech vyskytující se centrálně nad čelem, které se následně sloupaly a poté začaly vlasy hojně padat. Pacientka popisovala výrazné svědění pokožky hlavy. V roce 2009 pacientka podstoupila vyšetření v jiné kožní ambulan-

ci, kde dle pacientky nebyla nasazena léčba a nebyla uzavřena diagnóza. Potíže pacientky se svěděním pokožky hlavy a vypadáváním vlasů pokračovaly, ale kvůli osobním důvodům a nedostatku času nenavštěvovala další kožní ambulance až do r. 2017, kde po vyšetření pacientka dostala k léčbě doplňky stravy, volně prodejné tonikum na podporu růstu vlasů a přípravek s obsahem beta-methasonu a kyselinu salicylovou k lokálnímu použití. Posledně zmiňovaný přípravek pacientka sama vysadila kvůli výraznému pálení pokožky hlavy. Vzhledem k selhání léčby pacientka přestala docházet na dané pracoviště.

V 5/2021 pacientka poprvé navštívila naši ordinaci. Klinicky bylo pozorováno prořídnutí kštice s rozsáhlými splývajícími alopetický-

mi ložisky, zejména parietálně a temporálně, trakční test byl negativní (obr. 1., 2., 3.). Trichoskopicky byla patrná perifolikulární hyperkeratóza a erytém, ztráta folikulárních ostí, bílá cicatriciální pokožka.

Vzhledem k tomu byla diferenciatně diagnosticky vzata v úvahu jizviví alopecie, konkrétně lichen planopilaris.

Pro následné histopatologické vyšetření byly provedeny 2 biopsie z okrajů alopetických ložisek, které byly zpracovány v horizontálních a vertikálních řezech. Histologicky byla v okolí dvou folikulů naznačena koncentrická fibróza, perivaskulární lymfocytární infiltrát a indukce až ztráta mazových žláz. Nález byl spíše diskrétní, ale i přesto kompatibilní s diagnózou jizviví alopecie v rámci lichen planopilaris.



MUDr. Nadezhda Vidolova Brabcová
Klinika preventivní dermatologie, Praha
nadezhda.brabcova@gmail.com

Cit. zkr: Dermatol. praxi. 2023;17(2):94-96

Článek přijat redakcí: 1. 2. 2023

Článek přijat k publikaci: 8. 3. 2023

Obr. 1–3. Prořídnutí kštice s rozsáhlými splývajícími alopetickými jizvívými ložisky. Patrné známky zánětu – perifolikulární erytém a deskvamace

Následně bylo provedeno imunologické vyšetření (ANA, ENA), kde nebyla zjištěna žádná patologie. V základních krevních odběrech, kromě zvýšeného cholesterolu (5,58 mmol/l) a glukózy (6,3 mmol/l), byly ostatní parametry v mezích normy. V červnu 2021 byla zahájena terapie lokálním kortikoidem clobetasole propionate 0,05% 2× denně, celkově isotretinoin v dávce 10 mg/den. Jako hepatoprotektiva byla zahájena Lagosa 2× denně. V prosinci 2021 pro selhání léčby isotretinoinem byla celková léčba přerušena a po oftalmologickém vyšetření nově zahájena hydrochycoroquinem v dávce 400 mg/den. Dále byl nově zahájena i celková léčba minoxidilem v dávce 0,5 mg/den. V květnu 2022 pro zlepšení lokálního

nálezu, zmírnění perifolikulární hyperkeratózy a erytému byl hydrochycoroquin snížen na 200 mg/den a lokální léčba také snižena na 3× týdně. Pro dobrou toleranci byl celkový minoxidil navýšen na 0,75 mg/den. Po této kombinované terapii, kterou pacientka dobře tolerovala, vypadávání vlasů dále nepostupovalo. Zajímavé bylo, že v prosinci 2022 bylo přítomno i viditelné zlepšení kvality vlasů a pacientka cítila zpevnění svých vlasů a udávala, že vypadávání je zcela minimální (obr. 4., 5., 6.).

Diskuze

LPP je primární lymfocytární jizvící alopecie, která se vyskytuje zejména u mladých

dospělých žen, i když věkové rozmezí je široké. Může postihnout i muže. Etiopatogeneze není známá. Předpokládá se, že jde o cytotoxickou autoimunitní reakci na neznámý antigen nacházející se ve vlasových folikulech (1). Klinicky je patrná tvorba jednotlivých nebo mnohačetných alopetických ložisek, které se mohou vyskytovat kdekoli ve kštici. Někdy je ztráta vlasů spíše difúzní (2). Objektivně se někdy pozoruje i ztráta ochlupení na jiných částech těla, jako jsou obočí, řasy, oblasti axil a třísel. Dále se může objevit kožní, nehtový a slizniční lichen planus (2). K určení diagnózy se používají dvě metody – trichoskopie a biopsie s následným histopatologickým rozbohem (3). Trichoskopicky typicky vidíme úbytek vla-

Obr. 4–6. Zlepšení kvality a hustoty vlasů. Chybí známky aktivního onemocnění

sových folikulů, perifolikulární deskvamace, perifolikulární erytém jako příznak aktivního onemocnění a podlouhlé, rovnoběžně orientované cévy (4). K histologickému vyšetření není vhodný vzorek biopsie z jizvící části kožního nálezu, ale z aktivního okraje. Histologicky se popisují zánětlivé lymfocytární infiltráty postihující isthmus a infundibulum vlasových folikulů, koncentrická fibroplazie s následnou destrukcí a vazivovou přeměnou folikulů ve fibrózní pruh, ztráta mazových žláz (2).

Lichen planopilaris obvykle postupuje pomalu, ale vzhledem k nevratnosti vypadlých vlasů je preferována kombinovaná terapie s rychlým a agresivním nasazením léčiv. Ideální léčba jizvící alopecie a přesné směrnice prozatím neexistují. V první řadě se volí silně potentní kortikoidy v lokální či intralezionální formě. Lokálně se mohou na-

sadit i inhibitory kalcineurinu. K možností perorální léčby patří hydroxychloroquine, dutasteride, isotretinoin, doxycycline, pioglitazone, naltrexone (3). Cílem léčby je zastavit proces jizvení, zmírnit příznaky a zabránit další relapsy. Délka léčby by se měla řídit klinickou odpovědí a mírou relapsu. Při velmi včasné léčbě lze někdy část ztracených vlasů obnovit, jedná se spíše o výjimku, protože zpravidla jsou již přítomné nevratné jevy fibrózy a jizvení. Nicméně přidání přípravků, které podporují anagenní fázi vlasového folikulu (jako je orální či lokální minoxidil), k léčebnému režimu by mohlo pomoci maximalizovat růst zbývajících vlasových folikulů, a tím zlepšit vizuální projevy a zlepšit pocit pacienta. Lokální minoxidil je volně prodejný přípravek, který lze najít v lékárnách v tekuté formě v koncentraci 2% či 5%. Pro některé

pacienty je ale tekutá forma nevyhovující z různých důvodů, a proto v těchto případech lze použít i pěnový minoxidil. Ten se buď může předepsat na magistraliter k připsání v lékárně anebo je volně prodejný na různých internetových stránkách (např. Amazon). Orální minoxidil není registrován na českém trhu, ale lze jej sehnat také na předpis jako magistraliter v některých lékárnách. Pacient by se měl předem podepsat, že se s off label léčbou souhlasí.

Závěr

V této kazuistice popisují případ pacientky s LPP, u které jsme dosáhly nejen remise LPP díky zahájení terapie hydroxychloroquine a intralezionálním betamethasone, ale i klinicky viditelného zlepšení díky nasazení perorálního minoxidilu.

LITERATURA

1. Lepe K, Nasserredin A, Salazar FJ. Lichen Planopilaris. [Updated 2022 Nov 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470325/>.
2. Alessandrini A, Bruni F, Piraccini BM, Starace M. Common

- causes of hair loss – clinical manifestations, trichoscopy and therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(3):629-640. doi: 10.1111/jdv.17079. Epub 2021 Jan 8. PMID: 33290611.
3. Svigos K, Yin L, Fried L, Lo Sicco K, Shapiro J. A Practical Approach to the Diagnosis and Management of Classic Li-

chen Planopilaris. *Am J Clin Dermatol*. 2021;22(5):681-692. doi:10.1007/s40257-021-00630-7.

4. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, Warszawik O, Czuwara J, Olszewska M, et al. Trichoscopy of cicatricial alopecia. *J Drugs Dermatol*. 2012;11:753-758.