

Diagnostika a léčba nejčastějších chorob vlasů

MUDr. Helena Michalíková

Medicover s. r. o., Praha

Článek poskytuje schematický přehled nejčastějších, typických onemocnění kůže. Celá problematika je rozdělena na choroby, kde je výpad vlasů hlavním příznakem, a choroby, kde převažují jiné projevy. U každé jednotky je uvedena základní charakteristika, důležité znaky a stručně zmíněny možnosti terapie.

Klíčová slova: efluvium, alopecie, růstový cyklus vlasu, trichogram.

Diagnosis and treatment of the most common hair conditions

The article provides an overview of the most common and typical diseases of the scalp. The whole topic is divided into conditions where hair loss is the main symptom and those where other symptoms are predominant. The basic characteristics and important features are presented and the therapeutic options are briefly mentioned for each entity.

Key words: effluvium, alopecia, hair growth cycle, trichogram.

Dermatol. praxi 2011; 5(2): 76–78

- **Effluvium** – zvýšený výpad vlasů
- **Alopecie** – stav sníženého ochlupení v místech, kde jsou za normálních okolností vlasy či chlupy přítomné
- **Růstový cyklus vlasu** (resp. vlasového folikulu) – pravidelné střídání anagení – růstové, katagení – degenerační a telogení – klidové fáze.

Základní vyšetřovací metody u chorob vlasů

Anamnéza, objektivní vyšetření, orientační hodnocení počtu vypadavých vlasů za 24 hodin, trakční test, trichogram, histologické vyšetření, mykologické vyšetření, laboratorní vyšetření (zejména hladiny hormonů), méně obvyklé je hodnocení vlastností vlasu a vyšetření volného konce vlasu.

Orientační hodnocení počtu vypadavých vlasů za 24 hodin – den mezi dvěma mytími vlasů (tedy cca 3. den po mytí). Pacient celý den počítá vypadavé vlasy při běžné péči o vlasy. Započítat i vlasy vypadlé během spánku (na polštář dát prostěradlo). Orientační představa o současné intenzitě obtíží, norma je do 100–120 vlasů/24 hodin.

Trakční test (TT) – hodnocení intenzity výpadu vlasů. Při vyšetření se vezme do ruky snopec vlasů v proximální části u hlavy a prsty za mírného tahu po něm sklouzneme distálním směrem. Velmi orientační, ale nenáročný. Norma vyšetření je při snopečku 10 vlasů do 2 uvolněných vlasů (obdobně při 40 vlasech do 8 vlasů).

Trichogram – mikroskopické vyšetření kořenů vlasů ke stanovení procentuálního množství vlasů v jednotlivých fázích růstového cyklu.

Řada modifikací provedení (např. také fototrichogram, trichoscan). **Fyziologicky u dospělých:** anagení vlasy 80–90% (z toho dysplastické 20%, dystrofické 2%, ulámané anagení do 10%), telogení vlasy 10–20%, katagení 2–3%.

Patologické trichogramy

Anagení (dystrofický) trichogram – zvýšený počet anageních, poškozených vlasů. Tento nález je typický pro noxy, které náhle a výrazně poškozují matrix bulbu, a proto se odloučí anagení folikul změněného vzhledu.

Telogení trichogram – díky působení vyvolávající noxy byla anagení fáze předčasně ukončena a větší množství vlasů naráz přešlo do normální katagení a telogení fáze. Zde hledáme příčinu 2–3 měsíce před začátkem výpadu vlasů.

Smíšený trichogram – zvýšené množství telogeních vlasů a větší množství dystrofických anageních vlasů.

Na základě anamnézy a objektivního nálezu můžeme choroby ovlasené části kůže orientačně dělit na onemocnění kde:

Dominuje výpad vlasů

Difúzní alopecie

Androgení

(androgenetická) alopecie (AGA)

Klinický obraz: typický nález se liší u obou pohlaví:

- u muže (MAGA) – ústup vlasové hranice nad čelem a parietálně (tvorba „koutů“), posléze řidnutí vlasů na vertexu. U méně obvyklého ženského typu MAGA difúzní výpad frontoparietálně, se zachovanou vlasovou hranicí nad čelem

- u ženy (FAGA) – postupné řidnutí kůže na vertexu se zachovanou vlasovou hranicí nad čelem. U mužského typu FAGA ústup frontoparietální vlasové hranice

Charakteristika: nejčastější typ výpadu vlasů, obvykle pozvolný, plíživý průběh. Patogeneticky telogení efluvium. Etiologicky: genetická predispozice (polygení dědičnost), androgeny, věk, řada faktorů ovlivňujících průběh.

Co pomůže s dg.: v histologii typická regresní metamorfóza folikulu. Často je pozitivní rodinná anamnéza (ale nemusí být).

Důležité: u žen je třeba vyloučit možné endokrinní onemocnění (hlavně hyperandrogení syndrom – obvykle další známky virilizace). Často se může jednat také např. o hypoestrogení AGA (změna poměru estrogen/androgen, např. u žen po přechodu či po ovariektomii).

Terapie: vyloučit/omezit všechny zhoršující faktory, lokálně minoxidil buď v monoterapii, nebo v kombinaci s retinoidy, event. roztok prednisonu s kys. salicylovou, aminexil, neoruscogenin.

U mužů: celkově: finasterid (event. dutasterid).

U žen: roztok s estradiolem, celkově: vhodný typ antikoncepce s antiandrogení složkou, event. přímo antiandrogení terapie (např. cyproteronacetát, flutamid), spironolaktón, po menopauze hormonální substituce ideálně s antiandrogení složkou, s efektem se využívají u postmenopauzálních žen také finasterid či dutasterid.

Tabulka 1. Ložiskové alopecie

	Alopecia areata – tkáňově specifická autoimunitní choroba vlasového folikulu s rozhodující úlohou T-lymfocytů	Trichotillománie – rekurentní a perzistentní nutkavé vytrhávání vlasů/chlupů, obsedantně-kompulzivní porucha
Postižené oblasti	Kštiny, obočí, řasy, ochlupení	Kštiny, obočí, horní řasy (dolní zachovány, příliš krátké pro vytržení), ochlupení
Klinický obraz	Rychlý vznik, nezánettlivých, nejizvících ložisek (jedno nebo více, mohou vytvářet tzv. retikulární formace nebo se může jednat o ofiázu, totální či univerzální alopecii)	Rychlý vznik, nezánettlivých, nejizvících ložisek (jedno nebo více)
Trakční test	Trakční test v okrajích bývá pozitivní	Trakční test negativní
Symptom špendlíkové hlavičky	Symptom špendlíkové hlavičky (v alopetických ložiscích patrná ústí folikulů jako tmavé body – zbytky keratomalatických hmot v ústích folikulů)	Nově rostoucí vlasy v alopet. ložiscích, které mohou připomínat symptom špendlíkové hlavičky
Zarůstání ložisek	Zarůstání ložisek velusovým vlasem	Zarůstání ložisek terminálním vlasem
Vykřičníkovidé vlasy	Vykřičníkovidé vlasy (zlomené vlasy délky 0,2–0,7 cm, na volném konci bývají často rozštěpené a proximálně, směrem k hlavě se zužují)	Vykřičníkovidé vlasy nejsou přítomné
Terapie	Lokální imunosupresivní terapie kortikoidy (lze i intralezionálně) Fototerapie (lokální i celotělová PUVA) Lokální imunomodulační terapie (silné kontaktními alergeny) Systémová imunosupresivní terapie (kortikoidy, cyklosporin A) Podpůrně – tekutý dusík, sníh kyseliny uhličitě, biostimulační laser, lokálně minoxidil, celkově vitaminy, stopové prvky, methionin Chirurgické metody (redukce velikosti ložiska, autotransplantace)	Behaviorální terapie Psychotropní farmaka (vč. selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu)

Anagenní efluvium

Klinika a charakteristika: rychlý a difuzní, obvykle velmi nápadný výpad, který může vést až k totální alopecii.

Co pomůže s dg.: pozitivní TT, anagenní dystof. trichogram, anamnéza – několik dnů až 2 týdny před začátkem výpadu vlasů obvykle zjišťujeme jasnou příčinu, která výrazně poškodí anagenní folikul.

- Léky: cytostatika, interferony, retinoidy, nebo také vysoké dávky vitaminu A
- Choroby: závažné infekce, rychle progredující tumory, akutní systémové choroby (např. systémový lupus erythematosus)
- Těžké dermatózy ve kštině se závažným průběhem (např. některé formy psoriázy)

Terapie: vyloučení/omezení vyvol. příčiny. Podpůrně je možno aplikovat lokálně minoxidil, celkově vitaminy, stopové prvky, aminokyseliny – methionin a cystein.

Akutní telogenní efluvium

Co pomůže s dg.: TT slabě pozitivní, telogenní trichogram, anamnéza – 2–4 měsíce před výpadem vlasů zjišťujeme příčinu, která vede k poruše regulačních mechanismů vlasového folikulu (zkrácení anagenu s přesunem do telogenní fáze), případně další vyšetření (endokrinologické – hormony štítné žlázy, pohlavní hormony apod.).

- horečnatá onemocnění, celková anestezie, nevhodné razantní diety, hypofunkce štítné žlázy, porod, výrazné stresy

Terapie: vyloučení/omezení vyvol. příčiny. Podpůrně je možno aplikovat lokálně minoxidil, celkově vitaminy, stopové prvky, aminokyseliny – methionin a cystein.

Chronická difuzní alopecie

Charakteristika: nejobtížnější diagnostika. Klinicky je typický plíživý průběh, difuzní prořídnutí bez predilekce.

Co pomůže s dg.: trichogram je telogenní nebo bez patologie. TT negativní či jen slabě pozitivní. Podrobná anamnéza – nebývá ale zřetelná, jasná příčina. Další vyšetření k vyloučení/potvrzení příčiny (viz dále):

- dlouhodobá medikace (antikoagulancia, antimalarika, lithium, indometacin, některé ACE inhibitory, beta-blokátory a další)
- různé vleklé choroby (onkologické, autoimunitní, neurologické, jaterní poruchy, dysfunkce štítné žlázy)
- dlouhodobý nedostatek bílkovin, železa, stopových prvků i tuků

Terapie: vyloučení/omezení vyvol. příčiny. Podpůrně je možno aplikovat lokálně minoxidil, celkově vitaminy, stopové prvky, aminokyseliny – methionin a cystein.

Difuzní forma alopecia areata

Charakteristika: vzácnější forma alopecia areata. Náhlá difuzní ztráta vlasů. Není patrná žádná vyvolávající příčina.

Co pomůže s dg.: hlavně histologické vyšetření, dále viz alopecia areata.

Ložiskové alopecie

- Alopecia areata, trichotillománie (tabulka 1).

Jizvící alopecie

Klinický obraz: jedno či více atrofických ložisek, může připomínat cigaretový papír, typický nález izolovaných či malých skupinek vlasů v atrofickém ložisku.

Co pomůže s dg.: TT negativní, nebo jen slabě pozitivní. Histologické vyšetření (prokáže jizvení a event. původní proces, pokud ještě probíhá).

Charakteristika: ireverzibilní poškození vlasového folikulu, jeho zánik a jizvení – konečný stav různých procesů:

- odhojené dermatózy (např. herpes zoster, pyodermie, tinea, lichen planopilaris apod.)
- fyzikální traumata (např. radiodermatitis, aplikace tekutého dusíku), úraz

Terapie: stanovení a vyloučení/omezení prvotního procesu a jeho léčba. Podpůrně je možno aplikovat lokálně minoxidil či kortikosteroidní externa, celkově vitaminy, stopové prvky, aminokyseliny – methionin a cystein.

Syflitická alopecie

Charakteristika: II. stadium – reverzibilní výpad se vznikem drobných alopetických ložisek ve kštině („kštiny vykousané od molů“) nebo také pruhovitá (pasekovitá) forma alopecie, může se vyskytnout i difuzní alopecie a může docházet i ke ztrátě ochlupení (odlišit od AA). III. stadium – jizevnaté změny s trvalou ztrátou vlasů.

Co může pomoci s dg.: negativní TT v okolí ložisek, ložiska zarůstají pigmentovanými vlasy. Pozitivní seroreakce na syfilis.

Terapie: odpovídá základnímu onemocnění.

Výpad vlasů není dominující příznak

Seboroická dermatitida

Klinický obraz: erytémová, ohraničená ložiska se šupením v seboroické lokalizaci. Šupiny spíše mastné, žlutavé barvy. Ve kštici může přecházet na čelo, zátylek, uši. Pokud je zánět těžký, dochází k výpadu vlasů.

Co pomůže s dg.: postiženy i další seboroické lokalizace (nejčastěji nasolabiální rýhy, obočí). Histologie. Negativní mykologie.

Obtížené odlišení u kojenců:

- Infantile seborrheic dermatitis (crusta lactea) – obvykle vznik do 3. měsíce věku, nesvědčí, často postiženo také obočí, kolem uší, oční víčka.
- Eczema atopicum infantum – obvykle vzniká později, po 3. měsíci věku, hlavně na vertech, suché šupiny a krusty. Svědění. Obvykle alespoň suchá kůže i jinde na těle. Často pozitivní rodinná anamnéza.

Terapie: nedráždivé šampony, šampony obsahující keratolytika (kys. salicylová, síra, pyrrithion zinku, selenium disulfid), antimykotika, antimikrobiální látky. Při výrazných šupinách olejové kúry, emolienca, keratolytika k odloučení. Dále lokální antimykotika, lokální kortikoidy, lokální imunomodulátory (pimecorlimus, tacrolimus), fototerapie (hřebeny), i celková terapie (pro velmi těžké projevy).

Psoriáza

Charakteristika: geneticky podmíněná, primárně zánětlivá, autoimunitní choroba.

Klinický obraz: erytémová, infiltrovaná, ostře ohraničená ložiska, šupiny suché, bělavě stříbřité. Nejčastěji na vlasové hranici (kolem obličejů či v zátylku) za a kolem uší.

Co pomůže s dg.: v klinickém obraze: tzv. fenomén voskové kapky (šupiny po poškrábání jakoby odskakují), Auspitzův fenomén (při postupném odškrabování šupin ložisko jemně tečkovitě krvácí), vlasy nejsou zlomené, časté bývá postižení i na jiných částech těla (predilekční lokalizace), také změny na nehtech, event. psoritická arthropatie. Svědění. Histologie.

Terapie: lokální: vhodné šampony a prostředky k odloučení šupin (viz seboroická dermatitida) kortikoidy (nově ve formě šamponu či gelu), analoga vitaminu D₃, cignolin a dehet (např. ve formě šamponu), retinoidy, fototerapie, celková terapie pro závažné stavy: cyklosporin A, methotrexát, retinoidy, biologická léčba a další.

Tinea capitis

Charakteristika: povrchová mykotická infekce, vyvolavatelé dermatofyty (*Trichophyton*, *Microsporum*).

Klinický obraz: zánětlivá reakce dle vyvolávajícího patogenu od mírného šupení na nezánětlivé spodině až po silně zánětlivá, infiltrovaná ložiska s pustulami, krustami, exsudátem a jizvením. Napadené vlasy jsou šedavé, bez lesku, lámou se nad povrchem hlavy, tím vznikají lysá ložiska. Začátek jako erytémová papula kolem napadeného vlasu, později erytém bledne a na povrchu se objevuje šupení. Postupně

se objevují další papuly a vytváří se typické prstencovité ložisko. Ložisko může být jedno nebo více, mohou také splývat. Ztráta vlasů bývá dočasná, po léčbě vlasy opět dorůstají. Pokud je zánět výrazný a dojde k jizvení, může být ztráta trvalá.

Co pomůže s dg.: nejčastěji postiženy děti do 10 let, zdrojem často domácí zvířata, pozitivní mykologické vyšetření. Histologie.

Terapie: podle vyvolávajícího patogenu systémová antimykotika, lokální léčba obvykle není dostačující.

Eczema contactum allergicum

Charakteristika: reakce IV. typu (reakce odáleného typu).

Klinický obraz: reakce od mírné po velmi těžkou. Erytém ostře ohraničený s otokem. Mohou být puchýřky, madidace. Zvětšené regionální lymfatické uzliny.

Co pomůže s dg.: anamnéza – postižení kštice nejčastěji po použité barvě na vlasy či jiném kosmetickém přípravku.

Terapie: odstranění alergenů, celkově antihistaminika, lokálně kortikoidní externa, či jiné protizánětlivě působící preparáty, při závažnějším průběhu i kortikoidy celkově.

Literatura u autora

Článek přijat redakcí: 25. 1. 2011

Článek přijat k publikaci: 8. 3. 2011

MUDr. Helena Michalíková

Medicover s. r. o.

Lomnického 5, 140 00 Praha 4

helena.michalikova@gmail.com

