

NEMOCI VLASŮ

MUDr. Marie Finsterlová

Ambulance pro choroby kožní a pohlavní, Centrum estetické dermatologie Čáslav

Nemoci vlasů jsou častým steskem pacientů, kteří přicházejí primárně do dermatologické ordinace. Změny charakteru vlasů, jejich nadměrné vypadávání či nadměrný růst na nevhodných místech jsou pacienty vnímány velmi citlivě a z hlediska společenského je staví ze svých potíží na první místo. Stanovení přesné příčiny vlasových nemocí není v řadě případů jednoduché. Vyžaduje navození důvěry ve vztahu lékař – pacient, velmi podrobnou anamnézu, doplňující vyšetření laboratorní, histologická, zobrazovací a další. Nutností je řádné poučení pacienta. V případě podezření na celkové onemocnění je důležitá mezioborová spolupráce. Léčba poruch vlasů je svízelná a dlouhotrvající.

Klíčová slova: tvar vlasů, barva vlasů, alopecie, efluvium, hypertrichosis, hirsutismus.

HAIR DISEASES

Hair diseases are a frequent problem of patients, who then attend primarily the dermatology surgeries. Among the most sensitive issues are changes in the structure or colour of hair, their excessive growth or their loss. Hair diseases may limit the patients' social and working life. The etiology and pathogenesis of most hair disorders are not known. In a number of cases it is not easy to determine the diagnosis. There are several things that need to be done in order to find out the cause of the problem: clinical and microscopic examination, histology, examination of blood and other. In some cases cooperation with other specialists is necessary – examinations may then be done by internist, endocrinologist, neurologist, ophthalmologist, psychologist or psychiatrist. Hair diseases are very hard to treat. It is a long-term problem.

Key words: structure of hair, hair color, alopecia, efluvium, hypertrichosis, hirsutismus.

Interní Med. 2008; 10(10): 474–477

Anatomie a imunologie vlasu

Vlasy a chlupy patří mezi keratinizovaná kožní anexa. Vlasy vznikají během nitroděložního života. Cca 5 milionů vlasových folikulů (z toho kolem 100 000 ve křtici) je založeno již při narození na celém kožním povrchu a jejich počet se postnatálně již nezvyšuje.

Vlas postupně vyrůstá z vlasového folikulu v dermis obklopeného kličkami kapilár. K folikulu vyúsťuje mazová žláza a pod ní je připojen sval musculus arrector pili, vzpřimovač vlasu. Toto spojení se označuje jako tzv. pilosebaceální jednotka. Vzpřimovač vlasu chybí ve vousech, v axilárním a pubickém ochlupení. Melanocyty jsou ve folikulu dvojí. Bulbární melanocyty slouží k produkci melanosomů, melanocyty v zevní pochvě jsou zásobárnou prekurzorů melanocytů.

Normální vlas denně povyroste o 0,35 mm. Rozeznáváme 3 fáze životního cyklu vlasu. Dva až šest let trvá růstová fáze vlasů, tzv. anagen. Anagen je vystřídán přechodnou fází katagenu, která trvá několik dní a přechází do poslední, klidové fáze, tzv. telogenu. Ten trvá 2–4 měsíce, v obočí až 8 měsíců. Na konci telogenu vlas vypadne. Denní průměrný výpad vlasů je kolem 100 vlasů na celé hlavě. Za fyziologických podmínek je 85 % vlasů v anagenu, méně než 1 % v katagenu, 15 % v telogenu. V místě úponu m. arrector pili je epitelová výduť s kmenovými buňkami schopnými tvorby nových vlasů. Síla vlasu, rychlost růstu, pigmentace a hustota na 1 cm² závisí na pohlaví a anatomické lokalitě. Barva vlasů je podmíněna počtem a aktivitou melanocytů vlasového folikulu.

Rozeznáváme několik druhů vlasů. Lanugo – jemné, nepigmentované ochlupení povrchu těla během

nitroděložního života – je kolem 36.–40. týdne gestačního vývoje nahrazeno velusovým vlasem. Ten nemá dřev a je málo pigmentován. Terminální vlas je silnější, pigmentovaný a se dřev. Terminální ochlupení se dělí na vlasy krátké (pili breves) a vlasy dlouhé (pili longi). Mezi krátké vlasy se řadí obočí, oční řasy, chloupky v nose a v ústí zevního zvukovodu. Mezi dlouhé vlasy se řadí vlasy, vousy, chlupy v axile a pubické ochlupení.

Z pohledu imunologie hraje vlasový folikul důležitou roli v imunitním systému kůže a organismu. Je místem repoplace Langerhansových dendritických buněk, má imunologické privilegium (samostatný imunitní systém, HIS). Tento stav byl prokázán po transplantaci melanocytů, které si mnoho let uchovávají dárceovské markery. Vlasový cyklus je u člověka asynchronní, tzn. že převládá lokální kontrola mechanismů. Ve vnitřní regulaci vlasového cyklu interagují různé růstové faktory, cytokiny, chemokiny, extracelulární matrixové molekuly a receptory, z nichž řada není stále známa, stejně jako sídlo biologických hodin, které jsou zodpovědné za začátek a konec folikulární aktivity. S imunitou folikulu souvisí i autoimunitní ložiskové ztráty vlasů. Součástí patogeneze areální alopecie je také přítomnost degradujících enzymů, neuropeptidu substance P a bohatá inervace folikulů, což by mohlo vysvětlit neurologické a psychogenní aspekty choroby.

Poruchy tvaru vlasů

Jedná se o stavy, kdy z vlasových folikulů normálního tvaru a počtu vyrůstají změněné vlasy, které se při běžném ošetřování mohou ulamovat. Vrozené

abnormality tvaru vlasu (například kroužkovité, uzlovité, spirálovité, korálkovité, bambusové, rounovité vlasy, syndrom neúčesatelných vlasů) jsou velmi vzácné. Bývají součástí některých syndromů a jejich terapie není známa. Mnohem častější jsou získané poruchy, kde se jako příčina nejčastěji uplatňuje nevhodná péče (trvalá ondulace, barvení, odbarvování, česání mokřých vlasů, nadměrné fénování horkým vzduchem, časté kartáčování, škrábání, expozice UV záření, pevné splétání vlasů do ohonů, dredů, násilné narovnávání vlasů pomocí tepla). Toto vše může vést k předčasnému rozpadu vlasového obalu, roztržení korových vláken, zvýšené lámavosti vlasů a jejich výpadu. Vysokou vnímavost k poškození vlasů chemickými nebo fyzikálními vlivy mají lidé s velmi dlouhými vlasy, které nebyly stříhány několik let, a lidé s negroidním typem vlasů. Jsou-li na vině exogenní faktory, jsou tyto stavy ovlivnitelné. Vlasy již postižené nešetrou péčí je vhodné ostříhat nakrátko a podpořit jejich růst vitamínovými přípravky, zinkem, metioninem a používáním vhodné vlasové kosmetiky. Při podezření na některé kongenitální syndromy je vhodné vyšetření neurologem, psychiatrem a očním lékařem. U všech těchto typů je významná šetrná péče.

K dočasnému snížení růstu vlasu dochází často v souvislosti s krátkou, závažnou, horečnatou nemocí, operací, léčbou antimitotiky či rtg zářením. Tento „in-zult“ se na struktuře vlasu projeví jeho zúžením, tzv. Pohl-Pinkusovým znamením. Podobný náleznachází i u ekzematiků, pacientů s ichtyózou, seboroou či u m. Hodgkin. U dospělých a starších jedinců se mohou především v obličejí, na horní části trupu a pažích objevovat tmavé, drobné ostnaté papuly. Tento

stav se označuje trichostasis spinulosa. Vznik papul je podmíněn zadržením několika velusových telogenních vlasů hyperkeratotickou zátkou infundibula folikulu. Stav zlepši topické podání kyseliny retinové.

Zarůstající vlasy (pili recurvati) nejvíce obtěžují v oblasti vousů a na krku. Volný konec vlasu se zanořuje do kůže, kde vzniká reaktivní zánětlivá reakce, která někdy vede ke zhojení keloidní jizvou.

Poruchy barvy vlasů

Barva vlasů závisí na geneticky daném podílu melaninu (eumelaninu a feomelaninu), na tvaru, velikosti a množství melaninových granulí a na jejich rozložení ve vlasu. Barevné změny vlasů jsou dané geneticky, nebo jsou důsledkem exogenních či endogenních vlivů.

Poliosis – získaná ložisková ztráta vlasového pigmentu, např. u vitiliga, nad neurofibromy, po zánětlivých procesech, u tuberózní sklerózy. Léčba – pouze dobarvení nepigmentovaných vlasů.

Canities – šedivění vlasů vlivem ustávání tyrozinové aktivity, následné degenerace melanocytů a jejich vymizení. Fyziologicky šedivění vlasů nastává kolem 40. roku života zejména na spáncích. Nejpozději je postiženo pubické a axilární ochlupení a obočí. Šedivění vlasů před 20. rokem se může vyskytovat familiárně. Relativně rychlé šednutí vlasů může být také následkem některých horečnatých onemocnění, hypertyreózy, perniciozní anémie, u maligních nádorů, silným stresem. Léčba – pouze barvení vlasů.

Okulokutánní albinismus – je vrozené chybění melaninu různého stupně v kůži, vlasech a očích. Rozeznáváme několik typů tohoto onemocnění, pro všechny je typická porucha produkce melaninu na různých stupních jeho tvorby. U částečného albinismu (piebaldizmu) nacházíme, kromě jiného, také paramediální frontální pruh bílých vlasů. V tomto případě nejsou přítomné melanocyty ani melanozomy v keratinocytech. U totálního albinismu jsou vlasy nažloutlé nebo bílé. U piebaldizmu je nutno odlišit vitiligo, névus anaemicus, leukoderma.

Exogenní heterochromie je způsobena různými kosmetickými úpravami vlasů (odbarvování, zesvětlování, barvení, melírování), lokální aplikací některých léčiv (heřmáněk, cignolin, resorcin, tetracyklin), prací v průmyslových provozech (měď – zelené zabarvení, kobalt – modré, pikrová kyselina – žluté). Barevné změny ve vlasech mohou být také důsledkem některých mikroorganismů (piedra – plísňová či kvasinková infekce vlasů v subtropech).

Nadměrný růst vlasů

A) Zvýšený růst ochlupení na těle jiné distribuce a různé etiologie než hirsutismus je označován jako **hypetrichóza**. Postižení může být generalizované nebo lokalizované (obličej, předloktí, bérce).

Hypertrichosis lanuginosa congenita. AD dědičnost. Děti jsou porostlé jemnými, až 10 cm dlouhými lanuginózními vlasy.

Hypertrichosis lanuginosa acquisita je paraneoplastickým projevem u metastazujícího karcinomu vnitřních orgánů (plic, bronchů, rekta, prostaty, tlustého střeva, jater, pankreatu, prsu, ovarií, uteru, močového měchýře, lymfomů, leukémie). Nejprve jsou dlouhé vlasy v obličeji, na nose, víčkách, později dochází k postižení celého povrchu s výjimkou dlaní a plosky.

Hypertrichosis symptomatica vzniká v průběhu četných chorob (genodermatóz) či jako doprovodný znak různých patologických stavů nebo léčby – u porfyria cutanea tarda, hypotyreózy, hladovění, léčby kortikosteroidy, psoraleny, minoxidilem, cyklosporinem, streptomycinem, difenylhydantoinem a dalšími či v místě chronické traumatizace.

B) Hirsutismus označuje růst terminálních vlasů u žen a dětí vlivem androgenů v místech, které odpovídají mužskému typu ochlupení. Postiženy jsou androgen dependentní anatomické lokality, tj. horní ret, brada, hrudník, prsní dvice, záda, břicho, podbřišek, paže, stehna, lýtka. Hirsutismus může být provázen vznikem virilizujících znaků – hypertrofie klitoris, seborea, zhrubělý hlas, zvýšení objemu svalové tkáně, ústup frontotemporální hranice vlasů (androgenní alopecie). Příčinou bývá změněná činnost nadledvin, ovarií, může se jednat o součást některých syndromů. Hirsutismus mohou vyvolat také některé léky – anabolika, androgeny, antikoncepce, kortikosteroidy, může být však také prvním projevem nádorového onemocnění, a to i orgánu jinak hormony neprodukcujícího. Vyšetření se opírá o vyšetření celého androgenního spektra: testosteron, dehydroepiandrosteron, dehydroepiandrosteron-sulfát, androstendion, SHBG, dále LH, FSH, prolaktin, gynekologické vyšetření (sonografie ovarií, CT pánve), vyšetření nadledvin (sonografie, scintigrafie, angiografie, CT, laparoskopie). Odstranění příčiny hirsutismu (endokrinologické poruchy, nádory nadledvin, ovarií) vede k ústupu potíží. V ostatních případech je léčba buď symptomatická (epilace či depilace), nebo medikamentózní (antiandrogeny).

Nadměrná difuzní ztráta vlasů

Jedná se o difuzní ztrátu vlasů, kdy denní výpad vlasů je větší než 100 vlasů. Fyziologicky se vyskytuje u novorozenců, po porodu (začíná 8. týden po porodu a po několika měsících se normalizuje), částečně i po pubertě a v seniu. Nejdůležitějším vyšetřením při difuzním efluvii je vždy pečlivá anamnéza a následně objektivní vyšetření. V anamnéze je třeba se zaměřit na endokrinní, onkologická, psychiatrická, infekční (CAVE syfilis), horečnatá onemocnění, kontakt

s agresivní toxickou látkou, včetně možných otrav. Důležité je hodnocení výživy pacienta a složení jeho potravy, malnutrice, anorexie, deficity prvků (železo, zinek, měď), nedostatek vitaminů. U žen je důležitá gynekologická anamnéza, užívání hormonální antikoncepce. Pátráme po stresové zátěži, dlouhodobém nošení nevhodného účesu (podílející se na rozvoji trakční alopecie). Dotazujeme se na to, jak výpad vlasů začal, zda se stabilizoval, co ho zhoršuje, zda se pacient léčí s kožním onemocněním. V objektivním hodnocení se sleduje lokalizace a stupeň prořidnutí kštice, zda je proces ohraničen či je generalizovaný, postihující i ochlupení jinde na těle, jaká je kvalita a vzhled vlasů, intenzita výpadu. Intenzitu výpadu vlasů je možno orientačně hodnotit trakčním testem, při němž zjišťujeme, kolik vlasů se uvolní při tahu za vlasy. Další vyšetřovací metodou je hodnocení počtu vypadavých vlasů během jednoho dne zpravidla 3.–4. den po umytí vlasů. Trichogram (mikroskopické vyšetření kořenů vlasů) sleduje zastoupení vlasů v jednotlivých fázích vlasového růstového cyklu 5. den po umytí vlasů. Praktičtější modifikací je fototrichogram – sleduje se poměr anagenních a telogenních vlasů na oholeném místě zaznamenaný ve fotodokumentaci. Metoda sériových histologických řezů biopsického vzorku odebraného průbojníkem je další možností pro vyšetření vlasových kořenů.

Anagenní efluvium. Nejčastěji a typicky se vyskytuje při užívání chemoterapeutik pro léčbu nádorových onemocnění, vlivem ionizujícího záření či při léčbě interferony nebo deriváty vitamínu A. Ostatní příčiny jsou málo obvyklé a musí být opravdu závažné, aby došlo k anagennímu efluvii (horečnaté stavy, závažné infekce, některé systémové nemoci, po operacích, traumatech, drastických dietách a po stresových situacích). Při vyšetření lze vlasy snadno vytáhnout, trakční test je velmi pozitivní. V trichogramu je hojně dystrofických anagenních vlasů. Po odeznění toxického účinku vlasy obvykle znovu narostou.

Telogenní efluvium je difuzní prořidnutí kštice, bez výrazné predilekce, způsobené příčinou (horečnaté stavy, celková anestezie, nevyrovnané diety, hypotyreóza, porod, výrazné stresy) před 2–4 měsíci, která vede k poruše regulačních mechanismů vlasového folikulu. Trakční test je pozitivní, trichogram je telogenní.

Chronická difuzní alopecie bývá diagnosticky nejproblematictější, příčina je nejasná. Má plíživý, často letitý průběh, s občasným zhoršením (například sezónně). Prořidnutí kštice je bez predilekce. Trakční test bývá negativní, trichogram může být bez patologie. Příčina může být v chronické medikaci – antikoagulanty, H₂ blokátory, antiparkinsonika, antiepileptika, terbinafin, sulfasalazin, antimalarika, litium, indometacin, některé ACE inhibitory, betablokátory, různé vleké nemoci (onkologické, autoimunitní,

neurologické, jaterní, endokrinologické), dlouhodobý nedostatek bílkovin, železa, stopových prvků i tuků.

Androgenní alopecie (AGA) je vůbec nejčastější formou zvýšeného výpadu vlasů. Etiologicky se uplatňuje genetika, přítomnost androgenů a věk. Onemocnění je plíživé. Klinický obraz AGA se u žen a mužů odlišuje. Patogeneticky se u AGA jedná o telogenní efluvium. Dochází ke zvýšenému přechodu vlasových folikulů do telogenní fáze a vlasy následně vypadávají. V každém dalším cyklu folikulu se zkracuje anagenní fáze a vyrůstají stále kratší a tenčí vlasy – velusové vlasy. Histologicky se tento stav popisuje jako tzv. regresivní metamorfoza folikulu. U žen s AGA je třeba vyloučit hyperandrogenní syndrom, zvláště jsou-li přítomny další příznaky virilizace. Vyšetřuje se testosteron, DHEA, DHEA-S, SHGB, prolaktin, kortizol, FSH, LH, 17-OH progesteron, estradiol, glykemie a lipidový metabolismus. Hypoestrogenní AGA se změnou poměru estrogen/androgen postihuje často ženy v klimakteriu či po ovariectomii.

Léčba mužské androgenetické alopecie

V léčbě mužské AGA se nejvíce uplatňuje topická léčba. 2–5% minoxidilsulfát je agonistou kaliového kanálu. Je účinným vazodilatátorem a mitogenem. Aplikuje se 2x denně po 1 ml v monoterapii nebo v kombinaci s lokálními retinoidy (0,01–0,05% tretinoin), které účinek minoxidilu zesilují. Použití tretinoinu v monoterapii není účinné. Nežádoucí účinky jsou převážně lokálního charakteru.

RTH 16 je stimulatorem exprese mRNA – vaskulárního endoteliálního růstového faktoru. Stimuluje endotelie kapilár a je zodpovědný za vaskularizaci papily vlasového folikulu v anagenní fázi. Aplikují se 2 ml denně do kůže jemnou masáží.

Aminexil (derivát minoxidilu) omezuje fibrózu vazivové pochvy folikulu. Aplikuje se 2x denně jemnou masáží. Dochází k zvýšení hustoty vlasového porostu a ke zvýšení počtu anagenních terminálních vlasů.

V léčbě mužského typu AGA je možné také použít systémově podávaný finasterid, který inhibuje 5-alfa reduktázu, v dávce 1 mg/denně p.o. Léčba finasteridem po dobu dvou let vede ke stabilizaci výpadu vlasů, někdy se objeví zvýšený růst vlasů v alopetických ložiscích frontálně a na vertexu. Mezi nežádoucími účinky se může objevit erektilní dysfunkce, pokles libida, snížení množství až absence ejakulátu. Po vysazení preparátu se stav vrací do původního stavu.

U mužů je možné využít i chirurgickou metodu léčby AGA, a to autotransplantaci vlasů. Donorem štěpů je okcipitální krajina kůže. V lokální anestezii se přenáší mikroštěpy nebo miništěpy do nářezů připravených skalpelem či CO₂ laserem. Transplantované vlasy během 3 týdnů postupně vypadnou a nové vlasy z připojených folikulů začnou růst po 3 měsících.

Léčba ženské androgenetické alopecie

I v léčbě ženské AGA se upřednostňuje topická léčba. Je možné použít 2–5% roztok minoxidilsulfátu, aplikovaného 2x denně po 1 ml lehkou masáží do kůže kůže, 0,005% estradiol s 0,4% kyselinou salicylovou a 0,2% prednisonem, roztok s obsahem RTH 16, či aminexil.

U žen s AGA je možné také zkusit podání hormonální antikoncepce. Její účinek na výpad vlasů je možno pozorovat nejdříve za 9–12 měsíců. Blokuje sekreci gonadotropinů, snižuje sekreci ovariálních a nadledvinkových androgenů, zvyšuje produkci SHGB v játrech a inhibuje kožní a folikulární 5 alfa reduktázu. Vhodnými typy perorální antikoncepce jsou kombinace estrogenu s antiandrogenně působícím gestagenem, například chlormadinonacetátem, dienogestem či drospirenonem. Další možností celkové léčby u žen jsou antiandrogeny, podávané nejprve ve formě kombinované hormonální antikoncepce s cyproteronacetátem. Samotný antiandrogen se pak podává u velmi těžké ženské AGA či u závažného hirsutizmu, a to od 1. do 10. dne cyklu, vždy současně s hormonální antikoncepcí obsahující kombinaci estrogenu s progestinem. Antiandrogenní účinek vykazuje i diuretikum spironolakton, určený pro kombinovanou léčbu hypertenze. Je však třeba podávat poměrně vysoké dávky léku, které mohou být doprovázeny nežádoucími účinky, je vhodné ho kombinovat s hormonální antikoncepcí.

Ohraničená ztráta vlasů

Alopecia areata je ohraničená ztráta vlasů ve kštici, obočí, vousech a jinde na těle. Vzniká nejčastěji u dětí, dospívajících, ale i v dospělosti. Mechanismem vzniku se jedná o imunologicky zprostředkovaný zánět u geneticky determinovaného jedince. V patogenetice tohoto zánětu se uplatňují cyklokiny produkované keratinocyty vlasového folikulu, infiltrace vlasové matrix T lymfocyty, zmnožení Langerhansových buněk v dolní části folikulu. Tím dochází ke zhoršení výživy vlasu, snižuje se mitotická a syntetická aktivita buněk vlasu. Asi v 10–30 % případů je přítomna atopie, v 5 % případů doprovází areální alopecie autoimunitní stavy.

Onemocnění má několik klinických podob. Nejčastěji se ve kštici objevují okrouhlá, lysá ložiska, v jejichž okrajích jsou přítomny při odstupu z kůže zúžené (tzv. vykřičníkovité) vlasy, které svědčí pro aktivitu nemoci. Kůže je klidná, bez zánětu, deskvamace, jizvení. Někdy mohou být v alopetických ložiscích patrná ústí folikulů jako tmavé body (symptom špendlíkové hlavičky). Jedná se o zbytky keratomalatických hmot v ústích folikulů. Vlasy mohou vypadnout na celé hlavě (alopecia totalis) nebo i na celém těle (alopecia universalis). Zvláštní formou areální alopecie je ořía. Zde se holá místa objevují v okrajích kůže na šíji,

spáncích, čele. Často je sdružena s atopií. Prognóza je nepříznivá. Současně může být přítomno i postižení nehtů (podélné rýhování, dolíčkování), vitiligo. Postižení nehtů bývá vůbec relativně časté i u jiných forem alopecia areata, nejvíce je to dolíčkování nehtů. Někdy mohou změny na nehtech i předcházet výpadu vlasů (hlavně u dětí).

Diagnostika se opírá především o klinický obraz a anamnézu, je doplněná o histologické vyšetření vzorku kůže z lysého ložiska. V anamnéze je důležitý údaj o hypertenzi, očním onemocnění (katarakta, změny na sítnici, atrofie duhovky), psychické alteraci. Ptáme se na začátek potíží, zda se podobné potíže objevily již v minulosti, jaký měly průběh. U dětí víme, že obecně mají sklon k těžšímu průběhu, častěji se u nich setkáme s totální alopecií a s větším rizikem recidiv. Prognostický význam má vyšetření trichogramu z vlasů z okraje ložisek. Vzhledem k tomu, že z jiných autoimunitních stavů je nejčastěji s AA spojeno onemocnění štítné žlázy, je vhodné vyšetření hormonů štítné žlázy, autoprotilátek antiTPO, antiTG a sonografie štítné žlázy. Přítomnost pozitivit specifických orgánových protilátek nemusí znamenat, že dochází k onemocnění, či dokonce snížené funkci. V případě kombinace areální alopecie a onemocnění štítné žlázy je třeba pomýšlet na polyglandulární autoimunitní syndrom I. typu. Jeho dalšími projevy mohou být vitiligo, perniciózní anémie, chronická aktivní hepatitida, malabsorbce, adrenokortikální insuficience, hypoparatyreóza, hypogonadismus, chronická mukokutánní kandidóza. Protilátky proti vlasovému folikulu lze sice také vyšetřit, v praxi jsou však často negativní, i když má pacient zjevnou formu onemocnění a naopak, u řady zcela zdravých jedinců jsou tyto protilátky pozitivní. U pacientů s AA mohou být změny i na EEG. Zejména u dětí je vhodné doplnit neurologické a oční vyšetření.

Kauzální léčba není k dispozici. Používají se lokální kortikosteroidy, eventuálně v kombinaci s kyselinou salicylovou, intralezionální aplikace kortikosteroidů 1x za 4–6 týdnů, 2–5% minoxidil, lokální PUVA, opatrná kryoterapie tekutým dusíkem či sněhem kyseliny uhličitě. Lokální imunomodulační terapie zahrnuje aplikaci difencypronu. Po provedené senzibilizaci pacienta 2% roztokem difencypronu v acetonu se jednotlivá alopetická ložiska potírají daným roztokem ve stoupající koncentraci. Přesný mechanismus působení difencypronu v ložiscích AA není znám, nicméně se zřejmě jedná o změny vzniklé při vyprovokování kontaktní dermatitidy. Na místě je i podpůrná nespecifická terapie – vitaminy, zejména skupiny B, zinek, selen, křemík, aminokyseliny obsahující síru – methionin, cystein, šetrná péče o vlasy.

Při rozsáhlém postižení se zvažuje celkové podání kortikosteroidů, většinou prednison v dávce 1 mg/kg. Efekt se objeví za cca 2 měsíce, dávka se

podle reakce pacienta postupně snižuje na udržovací dávku. Po vysazení terapie jsou ovšem časté relapsy onemocnění. V obzvláště těžkých případech je možná také kombinace prednisonu 5 mg/den a cyklosporinu A 2,5 mg/kg/den.

U 2/3 případů dochází do 1 roku k úpravě stavu. Při pozitivní atopii je tendence k chronickému průběhu. Trvalá ztráta vlasů hrozí zejména u ořízáky a rozsáhlých forem.

Alopecia traumatica vzniká v místě opakovaného tlaku (u kojenců na zátylku), pod těsnými a těžkými přikrývkami hlavy, tahem za vlasy, následkem traumat po masáží, kosmetických výkonech, úrazech s postižením kůže kštice.

Alopecia areolaris specifica je maloložisková forma alopecie, která doprovází pozdní fázi II. stadia syfilisu. Je způsobena toxickým účinkem treponemové infekce na vlasový folikul. Mnohočetná drobná ložiska jsou nejčastěji na zátylku a na spáncích. Zarůstají pigmentovanými vlasy (na rozdíl od alopecie areární!). Důležité je sérologické vyšetření na syfilis.

Jizvící alopecie se projevuje celá řada procesů, které jsou provázány jizvením. V důsledku

zánětlivého procesu (bakteriálního, plísňového, virového), mechanickým, fyzikálním či nádorovým procesem dochází k zániku vlasového folikulu. Uplatňují se i některé dermatózy (lichen planopilaris, diskoidní lupus erythematosus, favus, folliculitis decalvans, necrobiosis lipoidica, jizvící pemfigoid, sklerodermie). Typickým znakem pro jizvící alopecii (kromě procesu jizvení) je to, že při tlaku se kůže shrnuje jako cigaretový papír, kdežto u areární alopecie se při tlaku na postižený okresek kůže shrnuje do valů, tj. kůže je zachována v celém rozsahu (tzv. Jacquetovo znamení). Postižen je nejčastěji vertex.

U **trichotillomanie** na rozdíl od ložiskové alopecie ložiska rychle zarůstají terminálními vlasy. Pacient si může vytrhávat nejenom vlasy, ale i obočí či řasy.

Trakční test je negativní. Obvykle zůstávají řasy na dolním očním víčku, které pro vytržení bývají příliš krátké. Trichotillomanie se nejčastěji vyskytuje kolem 11.–15. roku jako projev emocionální lability, ale může se vyskytovat i u dospělých v rámci účelového jednání či psychotických stavů. V tomto případě je nutné správně stanovit diagnózu a pacienta předat do rukou psychologa či psychiatra.

MUDr. Marie Finsterlová

Ambulance pro choroby kožní a pohlavní,
Centrum estetické dermatologie
Přemysla Otakara II. 86, 281 01 Čáslav
e-mail: marie@finsterle.cz

Literatura

1. Arenberger P, a kol. Klinická trichologie. Praha: Maxdorf Jessenius, 2002.
2. Barták P. Trichoimunologie. Praha: Referátový výběr z dermatovenerologie, s. 18–22.
3. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatovenerologie. Second completely revised edition, Springer, 2000: 1099–1135.
4. Kolektiv autorů. Referátový výběr z dermatovenerologie. Speciál II/06, 2006.
5. Lazovskis I. Přehled klinických symptomů a syndromů. Praha: Avicenum, 1990.
6. Štork J, et al. Dermatovenerologie. Praha: Galén Karolinum, 2008: 275–284.



NABÍDNĚTE VÍC NEŽ JEN SLOVA,
VYUŽIJTE NOVÝ ZPŮSOB KOMUNIKACE.

KONGRESY HROU

PRONÁJEM HLASOVACÍHO ZAŘÍZENÍ*

KONTAKT:

SOLEN, s. r. o.
Ing. Karla Břečková
Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
tel.: 582 397 457
mob.: 777 714 677
e-mail: breckova@solen.cz



- ▶ oživí Vaši powerpointovou prezentaci
- ▶ zapojí aktivně publikum do přednášky
- ▶ vhodné na konference, školení...
- ▶ 70 hlasovacích stanic s dosahem až 100 metrů
- ▶ okamžité vyhodnocení hlasování
- ▶ možnost dalšího statistického zpracování výstupů.



* Včetně kompletního technického zázemí. Bližší informace viz kontakt.