

Ocena metod leczenia łysienia plackowatego dzieci w materiale Kliniki Dermatologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach w latach 1997–2001

Analysis of alopecia areata treatment in a group of children at the Dermatological Department, Silesian Medical Academy in 1997–2001

GRAŻYNA KAMIŃSKA, LIGIA BRZEZIŃSKA-WCISŁO, ANNA LIS, DOMINIKA WCISŁO-DZIADECKA

Katedra i Klinika Dermatologii, Śląska Akademia Medyczna w Katowicach, kierownik Katedry i Kliniki dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

Abstract

Alopecia areata is a type of non-scarring alopecia. There are temporal or permanent hair loss patches varying in size and shape, within the normal skin. The disease may rapidly start with a changeable clinical course. Alopecia partialis is the most common type of alopecia areata. In the course of the disease total hair loss of scalp and all the body can occur. Alopecia can affect everybody, but frequently is presented before 25 years of age. Children account up for 30% of patients with alopecia areata. Because of the long-term treatment, not always satisfactory therapeutic effects and the patients' age, enormous patience from both the patient and the doctor is required.

The aim of the study was to assess treatment efficacy and therapeutic final effect in children with alopecia areata.

48 children were examined (27 boys, 21 girls) who were treated in the Outpatient Clinic and hospitalized in the Department of Dermatology, Silesian Medical Academy in Katowice because of alopecia areata. The studied group included children with alopecia areata, ophiasis, total and universal alopecia before 16 years of age.

In the conducted analysis, the patients' history, dermatological examination, diagnostic investigations (including trichogram), performed model of topical and systemic treatment were taken into account.

In most cases partial or total re-growth in hair loss patches was noted. In the topical treatment mainly corticosteroids were used, while oral vitamins, and highly rarely corticosteroids were administered in the general treatment.

Key words: *alopecia areata, etiology, treatment of children.*

Streszczenie

Łysienie plackowate należy do niebliznowacjących postaci łysienia. Są to przejściowe lub trwałe ogniska łysienia rozmaitej wielkości i kształtu, w obrębie których skóra jest niezmieniona. Choroba ta rozpoczyna się zwykle nagle, a jej przebieg jest bardzo zmienny. Najczęściej spotykaną odmianą łysienia plackowatego jest łysienie plackowate zwykłe. Proces chorobowy może powodować jednak całkowitą utratę włosów skóry głowy, a niekiedy włosów całego ciała. Schorzenie może dotyczyć osób w każdym wieku, ale najczęściej rozwija się przed 25. rokiem życia. Wśród wszystkich chorych z tym łysieniem, aż 30% stanowią dzieci. Ze względu na konieczność długotrwałego leczenia, nie zawsze zadowalające efekty terapeutyczne oraz młody wiek chorych, wymaga ono dużej cierpliwości nie tylko ze strony pacjenta, ale również lekarza.

Celem pracy była ocena skuteczności zastosowanych metod leczenia łysienia plackowatego u dzieci oraz efektu końcowego terapii. Ocenie poddano grupę 48 dzieci (27 chłopców, 21 dziewcząt), leczonych ambulatoryjnie z powodu łysienia plackowatego w Przyklinicznej Poradni Dermatologicznej oraz hospitalizowanych w Klinice Dermatologii ŚAM w Katowicach w latach 1997–2001. Do badanej grupy zakwalifikowano dzieci, które zachorowały na łysienie plackowate zwykłe, pasmowate, uogólnione lub całkowite przed ukończeniem 16. roku życia. W przeprowadzonej ocenie wzięto pod uwagę wywiad, badanie dermatologiczne, badania dodatkowe (w tym trychogram) oraz zastosowane leczenie miejscowe i ogólne. Dane kliniczne uzyskano na podstawie historii chorób, kartotek ambulatoryjnych oraz przeprowadzonej ankiety z aktualnym badaniem fizykalnym.

Adres do korespondencji: lek. med. Grażyna Kamińska, Katedra i Klinika Dermatologii, Śląska Akademia Medyczna, ul. Francuska 20/24, 40-027 Katowice, tel. /faks 0 (prefiks) 32 256 11 82

W większości przypadków odnotowano częściowy lub całkowity odrost w ogniskach łysienia plackowatego. W leczeniu miejscowym stosowano głównie glikokortykosteroidy, a w terapii ogólnej – preparaty witaminowe oraz w sporadycznych przypadkach glikokortykosteroidy doustnie.

Słowa kluczowe: łysienie plackowate, etiologia, leczenie dzieci.

(PDiA 2003; XX, 5: 267–273)

Wprowadzenie

Łysienie plackowate (*alopecia areata*) rozpoczyna się zwykle nagle, a jego przebieg jest bardzo zmienny [1]. Najczęściej rozwija się przed 25. rokiem życia, ale może występować w każdym wieku [2]. Pierwsze opisy łysień plackowatych dotyczą czasów starożytnych, a typowe okrągłe lub owalne ogniska wyłysienia nazywane były wówczas od nazwiska odkrywcy obszarami *Celsusa* [3]. Zmiany chorobowe najczęściej po raz pierwszy występują w okolicach potylicznej i czołowo-ciemieniowej, charakteryzują się obecnością regularnych obszarów pozbawionych włosów rozmaitej wielkości i kształtu, z niezmienioną chorobowo skórą w ich obrębie, bez bliznowacenia [2, 3]. Klinicznie, ze względu na stopień zaawansowania schorzenia, można je podzielić na kilka typów. Najczęstszą odmianą kliniczną jest postać łysienia plackowatego zwykłego (*alopecia areata simplex v. focalis*). U dzieci częściej rozpoznawaną odmianą schorzenia jest postać przebiegająca z całkowitą utratą włosów w obrębie skóry owłosionej głowy, nazywana łysieniem plackowatym uogólnionym (*alopecia areata totalis*). Gdy dodatkowo dochodzi do utraty włosów całego ciała, wówczas rozpoznaje się łysienie plackowate całkowite (*alopecia areata universalis*) [2]. Kiedy wypadanie włosów rozpoczyna się w okolicy potylicznej, z brzeżnym rozprzestrzenianiem się i zajmowaniem okolic skroniowych aż do czołowej – nazywane jest wówczas łysieniem wężykowatym (*ophiasis*). Zazwyczaj zmianom skórnym nie towarzyszą inne dolegliwości, chociaż część pacjentów odczuwa miejscową nadwrażliwość oraz parestezje [3]. Diagnostyka różnicowa łysienia plackowatego u dzieci powinna obejmować jednostki chorobowe, do których zalicza się wypadanie włosów telogenowe, grzybicę skóry owłosionej głowy oraz *trichotillomanię* [4].

Wśród wszystkich chorych z łysieniem plackowatym, aż 30% stanowią dzieci. Ze względu na konieczność długotrwałego leczenia, nie zawsze zadowalające efekty terapeutyczne oraz młody wiek chorych, wymaga ono dużej cierpliwości nie tylko ze strony pacjenta, ale również lekarza.

Cel pracy

Celem pracy była ocena skuteczności zastosowanych metod leczenia oraz efektów końcowych terapii łysienia plackowatego u dzieci.

Material i metody

Ocenie poddano grupę 48 dzieci (27 chłopców, 21 dziewcząt) leczonych z powodu łysienia plackowatego ambulatoryjnie w Przyklinicznej Poradni Dermatologicznej oraz hospitalizowanych w Klinice Dermatologii ŚAM w Katowicach w latach 1997–2001. Do badanej grupy zakwalifikowano dzieci, które zachorowały na łysienie plackowate zwykłe, wężykowate, uogólnione lub całkowite przed ukończeniem 16. roku życia.

W przeprowadzonej ocenie wzięto pod uwagę wywiad, badanie dermatologiczne, badania dodatkowe (w tym badanie trychologiczne przed i po leczeniu) oraz zastosowane leczenie miejscowe i ogólne. Dane kliniczne uzyskano na podstawie historii chorób, kartotek ambulatoryjnych oraz przeprowadzonej ankiety z aktualnym badaniem fizykalnym.

Wyniki

Wiek badanych wahał się od 5 do 20 lat w chwili przeprowadzonego kontrolnego badania dermatologicznego. Wszyscy badani zachorowali na łysienie plackowate przed ukończeniem 16. roku życia. Wiek najmłodszego leczonego pacjenta wynosił 2,5 roku, a najstarszego 16 lat. Średni czas trwania choroby badanych wynosił 4 lata.

Na podstawie danych klinicznych oraz przeprowadzonego kontrolnego badania dermatologicznego stwierdzono, że wśród 48 chorych przebyty typ łysienia najczęściej miał charakter łysienia plackowatego ogniskowego – 31 osób (64,58%), rzadziej całkowitego – 12 osób (25%) i uogólnionego – 5 osób (10,42%) (tab. 1.). Zmiany w obrębie płytek paznokciowych o charakterze *onychosis punctata* dotyczyły 41% chorych z rozpoznaniem łysienia plackowatego.

W grupie 31 pacjentów z łysieniem plackowatym ogniskowym u 24 osób (77,42%) w aktualnym badaniu

Tab. 1. Przebyty typ łysienia a aktualny typ łysienia w grupie 48 badanych

Przebyty typ łysienia	Aktualny typ łysienia				Razem
	brak łysienia	plackowate	uogólnione	całkowite	
plackowate	7 14,58%	24 50,00%	0 0,00%	0 0,00%	31 64,58%
uogólnione	0 0,00%	3 6,25%	1 2,08%	1 2,08%	5 10,42%
całkowite	2 4,17%	4 8,33%	2 4,17%	4 8,33%	12 25,00%
razem	9 18,75%	31 64,58%	3 6,25%	5 10,42%	48 100,00%

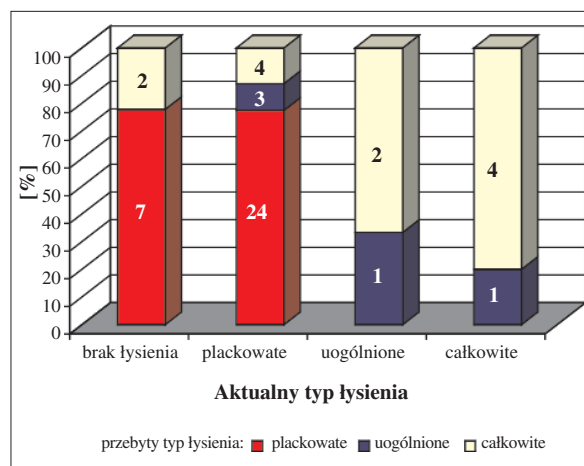
fizykalnym stwierdzono utrzymujące się ogniska łysienia plackowatego, ale w zredukowanej ich liczbie aż u 22 osób (70,97%), u których nastąpiła poprawa kliniczna obserwowana również przez samych pacjentów. U 7 osób (22,58%) nastąpiła całkowita poprawa w postaci uzyskania pełnego odrostu i aktualnie obserwowano prawidłowy stan skóry owłosionej głowy u tych badanych. Należy podkreślić, że brak jakiegokolwiek poprawy odnotowano tylko u 2 pacjentów (6,45%).

W grupie 5 chorych z przebyłym łysieniem uogólnionym u 3 (60%) osób nastąpiła poprawa i częściowy odrost ze zmianą typu łysienia na plackowate. U jednego pacjenta nie uzyskano jakiegokolwiek poprawy, jak również w jednym przypadku odnotowano pogorszenie – w chwili badania dermatologicznego stwierdzono klinicznie łysienie całkowite.

Najbardziej spektakularne korzystne zmiany w klinicznym przebiegu łysienia zaobserwowano u pacjentów z przebyłym łysieniem całkowitym (12 osób). U 4 osób (33,3%) w chwili badania dermatologicznego nadal występowało łysienie całkowite, u 2 chorych (16,67%) stwierdzono typ łysienia uogólnionego, u 4 osób (33,3%) typ łysienia plackowatego, a 2 pacjentów (16,67%) zostało w pełni wyleczonych. Reasumując, u 8 osób (66,6%) odnotowano poprawę w postaci całkowitego lub częściowego odrostu. Pojawienie się odrostu odnotowywano u chorych w wywiadzie najwcześniej po 4 tyg. od zastosowania terapii. Uzyskany odrost po zastosowanym leczeniu utrzymywał się 3 lata do momentu badania kontrolnego.

Spośród wszystkich poddanych kontrolnemu badaniu 48 osób, u 31 pacjentów (64,58%) występowało łysienie plackowate, u 5 (10,42%) łysienie całkowite, u 3 (6,25%) łysienie uogólnione, natomiast 9 pacjentów (18,75%) nie wykazywało jakichkolwiek cech łysienia (tab. 1.).

Przebyty typ łysienia istotnie wpływał na aktualnie występujące łysienie (ryc. 1.), natomiast liczba incydentów przebytego łysienia w wywiadzie nie miała na nie istotne



Ryc. 1. Aktualny typ łysienia w aspekcie występujących typów klinicznych łysienia w wywiadzie

go wpływu. Liczba pacjentów z pojedynczym incydem łysienia w wywiadzie wynosiła 38, natomiast u 10 osób występowały 2 incydenty łysienia lub więcej (tab. 2.).

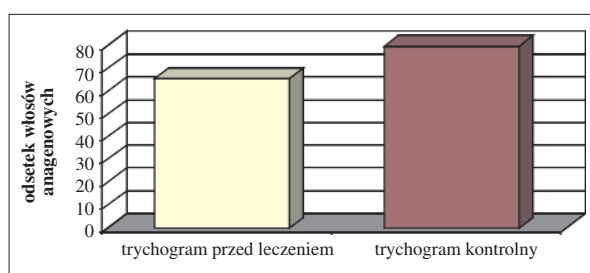
W wywiadzie wyłoniono czynniki, które miały istotny wpływ na występowanie łysienia. Do czynników tych

Tab. 2. Przebyty typ łysienia a liczba incydentów w wywiadzie

Przebyty typ łysienia	Liczba incydentów w wywiadzie			Razem
	1	2	3	
plackowate	26 54,17%	4 8,33%	1 2,08%	31 64,58%
uogólnione	4 8,33%	1 2,08%	0 0,00%	5 10,42%
całkowite	8 16,67%	3 6,25%	1 2,08%	12 25,00%
razem	38 79,17%	8 16,67%	2 4,17%	48 100,00%

Tab. 3. Uzyskanie odrostu częściowego lub pełnego w aspekcie zastosowanych terapii

Rodzaj terapii	Liczba leczonych osób	Liczba osób z częściowym lub pełnym odrostem
steroidoterapia miejscowa	39	34
Calcium Polfa miejscowo	18	16
darsonwalizacja		
laseroterapia niskoenergetyczna	10	7
preparaty witaminowe doustnie	47	41
preparaty witaminowe domięśniowo	31	28
steroidoterapia doustnie	2	2



Ryc. 2. Porównanie odsetka włosów w fazie anagenu w wykonanych trychogramach (przed i po leczeniu) we wszystkich postaciach łysienia

należał przede wszystkim stres (12 chorych) oraz choroba infekcyjna przebiegająca z gorączką (7 chorych).

U wszystkich chorych wykonywano badania dodatkowe (morfologia krwi obwodowej, OB, poziom białka całkowitego w surowicy, glukoza, żelazo, ferrytyna, ASO, VDRL, TSH, fT3 i fT4, antygen *Lamblia intestinalis* w kale) oraz przeprowadzano konsultacje laryngologiczne i stomatologiczne.

Nie stwierdzono zależności statystycznych pomiędzy występowaniem łysienia, a współistniejącymi zaburzeniami hormonalnymi (choroby tarczycy), zarażeniem pierwotniakiem *Lamblia intestinalis*, dodatnim wywiadem w kierunku atopii oraz laryngologicznych lub stomatologicznych ognisk infekcji. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku łysienia plackowatego stwierdzono tylko u 1 badanego.

W leczeniu miejscowym, we wszystkich typach łysienia, stosowano przede wszystkim preparaty glikokortykosteroidowe z I i II grupy wg Stoughtona, ze stopniowym zastępowaniem ich preparatami o mniejszej sile działania w zależności od obszarów łysienia oraz czasu stosowanej terapii (u 39 chorych). Glikokortykostero-

steroidy stosowano w postaci kremów, maści i lotionów. W kilkunastu przypadkach aplikowano wcierki z Calcium Polfa (u 18 chorych). U chorych sporadycznie stosowano zabiegi darsonwalizacji i laseroterapii niskoenergetycznej (10 chorych). Ze względu na młody wiek chorych nie zalecano zabiegów PUVA-terapii, ponieważ wiele kontrowersji budzi stosowanie tej metody leczenia u chorych poniżej 15. roku życia.

W leczeniu ogólnym, we wszystkich typach łysienia, stosowano u 47 chorych złożone preparaty witaminowo-mikroelementowe doustnie przez 2–3 mies. (wyciąg ze skrzypu polnego, Merz Special, Revalid, H-Panthoten, Pantovigar, pantotenan wapniowy, Capivit A+E, biotynę, witaminę B₆ oraz Gelacet), jak i również u 31 pacjentów parenteralnie witaminę B₆ oraz biotynę w dawkach odpowiednich do wieku. W 2 przypadkach łysienia całkowitego stosowano w ciągu od 6 do 9 mies. deksametason doustnie w dawce zależnej od masy ciała. U pacjentów leczonych deksametasonem uzyskano całkowity odrost, który utrzymywał się od 3 i 5 mies. po zakończeniu leczenia do momentu kontrolnego badania dermatologicznego.

Najlepsze efekty terapeutyczne w postaci odrostu częściowego lub całkowitego uzyskano po stosowaniu preparatów witaminowych w iniekcjach domięśniowych oraz preparatów steroidowych aplikowanych miejscowo (tab. 3.).

Poprawa stanu miejscowego korelowała ze zwiększeniem odsetka włosów anagenowych w kontrolnych trychogramach w porównaniu do trychogramu wyjściowego (ryc. 2.).

Omówienie wyników

Wskaźnik zachorowań na łysienie plackowate w aspekcie płci (dziewczynki: chłopcy) przedstawia się zmiennie, w zależności od obserwacji poszczególnych autorów. Według Nanda i wsp. [5] wynosi on 2,5:1, natomiast w doniesieniach Tan i wsp. [6] – 1:1,5. W naszym materiale wskaźnik ten wynosił 2,3:1,7.

W materiale badanym najczęstszym typem klinicznym była odmiana ogniskowa łysienia plackowatego – u 31 osób (64,58%).

Zmiany w obrębie płytek paznokciowych o charakterze *onychosis punctata* dotyczyły 41% badanych (19 chorych) z rozpoznaniem łysienia plackowatego. Najczęściej mają charakter dystrofii występującej w 7 do 66% [3]. W literaturze najczęściej opisywano paznokcie naporstkowate, ich szorstkość, rozwarstwienia i onycholizę [3, 7, 8].

Według doniesień literaturowych czas trwania zmian chorobowych bywa różny. Odrost obserwuje się nawet po

kilku miesiącach, nowe ogniska powstają często w odstępach 3–6-tygodniowych, a w drastycznych przypadkach może dojść do całkowitej utraty włosów nawet w ciągu 48 godz. [3]. W materiale własnym pojawienie się odrostu odnotowywano u chorych w wywiadzie najwcześniej po 4 tyg. od zastosowania terapii.

Etiopatogeneza łysienia plackowatego nie jest do końca poznana. Według Dawbera i wsp. [9] najczęściej opisywanym schorzeniem endokrynologicznym były choroby tarczycy, a związek z łysieniem plackowatym wahał się od 8 do 24% [9]. Część autorów podkreśla konieczność monitorowania funkcji hormonalnych gruczołu tarczowego, wykazując związek pomiędzy występowaniem łysienia plackowatego w przebiegu zaburzeń endokrynologicznych [10]. W naszym materiale nie zaobserwowano tych zależności.

Większość badań klinicznych sugeruje rodzinne tło schorzenia [2, 3, 9]. Występowanie *alopecia areata* w rodzinach szacowano od 4,27 do 9% [9]. Również badania Nanda i wsp. [5] oraz Tan i wsp. [6] potwierdzają częste występowanie *alopecia areata* u dzieci, których rodzice chorowali na podobne schorzenie, u których dodatni wywiad rodzinny dotyczył kolejno 51,6% oraz 8,4% badanych. W naszym materiale podobny związek stwierdzono tylko u jednego dziecka.

Zależność ze zmianami o charakterze atopii nie do końca została udowodniona [5, 9]. Obserwacje własne nie potwierdziły związku pomiędzy występowaniem łysienia plackowatego, a obciążającym wywiadem rodzinnym oraz atopowym badanych.

Istotnym statystycznie czynnikiem mogącym wywoływać łysienie plackowate okazał się w naszym materiale stres, związany w kilku przypadkach ze śmiercią krewnych oraz zmianą warunków otoczenia – zazwyczaj nauką w nowej szkole. Wielu innych autorów podkreśla ważną rolę stresu w etiopatogenezie *alopecia areata* [3, 11]. Katsaru-Katsari i wsp. [12] potwierdził, że gwałtowny i nasilony stres emocjonalny może doprowadzać do powstawania ognisk łysienia plackowatego na drodze aktywacji receptorów beta CRH typu 2 wokół mieszków włosowych, wywołując nasilony miejscowy stan zapalny.

Uważa się, że działanie wielu metod leczenia łysienia plackowatego ogranicza się głównie do zahamowania procesu utraty włosów, bez stymulacji ich odrostu. Zgodnie z zaleceniem *The National Alopecia Areata Foundation* [13] metody terapeutyczne podzielono wg grup wiekowych (u dzieci poniżej oraz powyżej 10. roku życia). W grupie dzieci poniżej 10. roku życia zaleca się stosowanie 5% roztworu minoksidilu, miejscowo glikokorty-

kosteroidów lub obu wymienionych terapii oraz antrali-ny aplikowanej na skórę w czasie od 20 do 60 min [13].

U chorych powyżej 10. roku życia wskazane jest stosowanie leków w zależności od stopnia zaawansowania klinicznego schorzenia. W przypadku łysienia obejmującego mniej niż 50% powierzchni skóry owłosionej głowy można stosować doogniskowe ostrzykiwanie glikokortykosteroidem, 5% roztworów minoksidilu lub obie metody leczenia z ewentualnym aplikowaniem miejscowo glikokortykosteroidów, jak i również antrali-ny miejscowo. W przypadku łysienia o większym nasileniu (powyżej 50% skóry głowy u chorych powyżej 10. roku życia) wskazane jest aplikowanie miejscowo 5% minoksidilu z/lub bez glikokortykosteroidami miejscowo, miejscową immunoterapię, antralinę, doustne podawanie glikokortykosteroidów [13].

Wielu autorów potwierdza w swych obserwacjach klinicznych, że wysokie dawki glikokortykosteroidów (powyżej 100 mg prednizolonu/dobę) przyniosły dobre efekty terapeutyczne w długotrwałym łysieniu plackowatym całkowitym [3]. Podobnie podawanie dożylnie prednizolonu dawało dobre rezultaty kliniczne we wczesnych stadiach ciężkich przypadków łysienia plackowatego.

W badaniach Sharmy [14], który stosował u dzieci (od 12. do 18. roku życia) prednizolon domięśniowo w dawce 300 mg miesięcznie w przypadku nasilonego wypadania włosów (powyżej 40%) oraz u młodszych pacjentów betamethason doustnie, uzyskano dobry efekt terapeutyczny. Korzystnie przedstawiały się wyniki obserwacji klinicznej Kiescha i wsp. [15] u dzieci z łysieniem plackowatym, u których stosowano metyloprednizolon dożylnie wg schematu 5 mg/kg m.c. 2 razy dziennie przez 3 kolejne dni. Autorzy uznali tę metodę za bezpieczną, ale nieskuteczną w przypadkach łysienia o długotrwałym przebiegu [15]. Tsai i wsp. [16] proponują u dzieci poniżej 12. roku życia podawanie prednizolonu doustnie (5 mg/kg m.c./d) w trzech dawkach podzielonych, podczas gdy u dorosłych zaleca stosowanie metyloprednizolonu w dawce 500 mg dożylnie w 2-godzinym wlewie.

Sharma i wsp. [14] zalecają u dzieci poniżej 12. roku życia, chorujących na długotrwałe i rozległe łysienie plackowate włączenie deksamethasonu podawanego w doustnych pulsach 2 razy w tyg. przez 12 kolejnych tyg. w dawce od 2,5 do 3,5 mg. U leczonych przez nas dzieci sporadycznie stosowano glikokortykosteroidy ogólnie – deksamethason doustnie, tylko w wyjątkowych sytuacjach – w przebiegu łysienia plackowatego całkowitego.

Ze względu na rozliczne efekty uboczne stosowanej steroidoterapii ogólnej podjęto próby stosowania steroidów miejscowo w postaci doogniskowych wstrzyknięć (hydrokortyzonu, triamcynolonu), które doprowadzają do odrostu [3]. W naszym badaniu steroidoterapia miej-

scowa (maści, kremy, lotiony) była najczęstszą formą leczenia zewnętrznego. Wood [13] uważa, że miejscowe stosowanie steroidów u dzieci jest skuteczne w przypadku leczenia ich z innymi lekami stosowanymi miejscowo, np. 5% minoksidilem, antralina czy też dodatkowym ostrzykiwaniem ognisk glikokortykosteroidami.

W leczeniu łysienia plackowatego opisywano terapeutyczne znaczenie 1% roztworu minoksidilu stosowanego miejscowo [3]. Doświadczalnie potwierdzono w badaniach na zwierzętach, że 2% roztwór minoksidilu aplikowanego miejscowo na skórę szczurów wpływa na przedłużenie cykli włosowych, a szczególnie cykli indukowanych oraz na bardzo wolno postępującą poprawę gęstości włosów ocenianą makroskopowo [18].

Minoksidil w większości krajów, a w szczególności w Stanach Zjednoczonych, znajduje szerokie zastosowanie nie tylko u dorosłych, ale również u dzieci. Powinien być aplikowany 2 razy dziennie, a pierwszy odrost pojawia się po 12 tyg. [13].

Antralina jest bezpiecznym lekiem dla dzieci i dorosłych z rozległym łysieniem. Pojawianie się nowych włosów widoczne jest już po 2–3 mies. od rozpoczęcia leczenia. Antralina może jednak wywoływać podrażnienia, świąd, pieczenie i złuszczenie. Dlatego powinna być aplikowana w terapii minutowej (od 20 do 60 min) [13].

Wśród terapii drażniących metodą polecaną szczególnie u dzieci jest stosowanie cygnoliny miejscowo, w stężeniu od 0,25% do 1,0%, a czas aplikacji zależy od indywidualnej reakcji chorych [19].

Zachęcające wyniki zastosowanej PUVA-terapii w leczeniu *alopecia areata* przedstawiano już w latach 70. i 80., a opisywany odrost dotyczył 60% poddawanych tej terapii pacjentów [3]. Według niektórych autorów [19] w leczeniu ogólnym łysienia plackowatego powinna być stosowana fotochemioterapia (PUVA-terapia). Skuteczność metody szacuje się od 19 do 65% [19]. Znajduje ona zastosowanie nie tylko w łysieniu plackowatym ogniskowym, ale również w całkowitym i uogólnionym. Healy i wsp. [20] na podstawie własnych obserwacji leczenia ciężkich przypadków *alopecia areata* uznali ją jednak za metodę nieskuteczną.

Braun Falco [1] w leczeniu łysienia plackowatego proponuje miejscowe stosowanie psolarenów w metodzie PUVA-terapii – szczególnie u dzieci.

W leczeniu łysienia niektórzy autorzy polecają również krioterapię z zastosowaniem ciekłego azotu, aplikowanego na skórę za pomocą wacika, przez 5–7-sekundowe pocieranie, 2–3 razy w tygodniu w cyklach 4-tygodniowych, powtarzanych 2–4-krotnie [21].

Podawanie doustne preparatów cynku jest znaną metodą leczenia łysienia plackowatego. Mechanizm działania polega na immunomodulacji odpowiedzi komórkowej, doprowadzając do odrostu włosa [19]. Wiele mikroelementów (cynk, miedź, magnez, selen) stanowią ważne składowe poszczególnych enzymów, m.in. biorących udział w syntezie białek. Zawartość tych mikroelementów we włosach może być wskaźnikiem długotrwałego procesu chorobowego. W naszym materiale u dzieci stosowano głównie preparaty witaminowe i mikroelementowe (wyciąg ze skrzypu polnego, Merz Special, Revolid, H-Panthoten, Pantovigar, Capivit A+E, pantoteniowy wapniowy, biotyne, witaminę B₆ oraz Gelacet) wg schematów i dawek odpowiednich dla wieku chorych.

Wnioski

- ▶ W większości przypadków – u 42 chorych (87,5%) uzyskano poprawę stanu klinicznego w postaci częściowego lub całkowitego odrostu.
- ▶ Uzyskanie odrostu nie zależało od postaci łysienia, liczby incydentów w wywiadzie, czasu trwania choroby oraz wieku i płci pacjentów.
- ▶ W leczeniu miejscowym stosowano głównie glikokortykosteroidy, a w terapii ogólnej – preparaty witaminowe oraz w sporadycznych przypadkach glikokortykosteroidy doustnie.
- ▶ Najlepsze efekty terapeutyczne odnotowano po stosowaniu steroidów doustnie, preparatów witaminowych w iniekcjach domięśniowych oraz preparatów steroidowych aplikowanych miejscowo.

Piśmiennictwo

1. Braun Falco O, Plewig G, Wolff H, Burgdorf WH: Dermatology, Springer Verlag, Berlin Heidelberg. New York 2000.
2. Szepietowski J: Choroby włosów. W: Dermatologia pediatryczna. Red. Miklaszewska M, Wąsik F. Volumed, Wrocław 2000, 595-625.
3. Messenger AG, Simpson NB: Alopecia areata. In: Disease of the Hair and Scalp. Ed. Dawber R. Blackwell Science. London 1997, 338-69.
4. Atton AV, Tunnessen WW Jr.: Alopecia in children: the most common causes. *Pediatr Rev*, 1990, 1: 25-30.
5. Nanda A, Al-Fouzan AS, Al-Hasawi F: Alopecia areata in children: a clinical profile. *Pediatr Dermatol*, 2002, 6: 482-5.
6. Tan E, Tay YK, Giam YC: A clinical study of childhood alopecia areata in Singapore. *Pediatr Dermatol*, 2002, 4: 298-301.
7. Tosti A, Morelli R, Bardazzi F, et al.: Prevalence of nail abnormalities in children with alopecia areata. *Pediatr Dermatol*, 1994, 2: 112-15.
8. Zak-Prelich M, Broniarczyk-Dyła G: Zmiany dystroficzne paznokci w łysieniu plackowatym. *Przegl Dermatol*, 1993, 3: 240-4.
9. Dawber R, van Neste D: Hair and Scalp disorders. Martin Dunitz Ltd. London, UK 1995.
10. Suditu G, Preda C, Vulpoi C, et al.: [Endocrinological disorders in association with alopecia areata-a 27 patients study]. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*, 2001, 3: 533-5.

11. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, et al.: Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 5: 678-84.
12. Katsarou-Katsari A, Singh LK, Theoharides TC: Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress. *Dermatology*, 2001, 2: 157-61.
13. Wood AJ: Treatment of hair loss. *New Engl of Med*, 1999, 13: 964-73.
14. Scharma V, Muralidhar S: Treatment of widespread alopecia areata in young patients with monthly oral corticosteroid pulse. *Pediatr Dermatol*, 1998, 4: 313.
15. Kiesch N, Stene JJ, Goens I, et al.: Pulse steroid therapy for children's severe alopecia areata? *Dermatology*, 1997, 4: 395-7.
16. Tsai YM, Chen W, Hsu ML, et al.: High-dose steroid pulse therapy for the treatment of severe alopecia areata. *J Formos Med Assoc*, 2002, 3: 223-6.
17. Sharma VK, Gupta S: Twice weekly 5 mg dexamethasone oral pulse in the treatment of extensive alopecia areata. *J Dermatol*, 1999, 9: 562-5.
18. Brzezińska-Wcisło L: Wpływ minoksydylu na dynamikę wzrostu włosów u szczurów szczepu Wistar. *Przegl Dermatol*, 2001, 4: 347-52.
19. Kozłowska U, Kozłowska A: Obraz kliniczny i metody leczenia najczęstszych postaci łysienia. *Przegl Dermatol*, 2001, 4: 311-20.
20. Healy E, Rogers S: PUVA treatment for alopecia areata – does it work? A retrospective review of 102 cases. *Br J Dermatol*, 1993, 1: 42-4.
21. Żak-Prelich M: Choroby włosów. W: Leczenie chorób skóry i chorób przenoszonych drogą płciową. Red. Szepietowski J. *PZWL* 2002, 419-37.