

Łysienie – najczęstsze jednostki chorobowe



dr n. med. Kaja Męcińska-Jundziłł

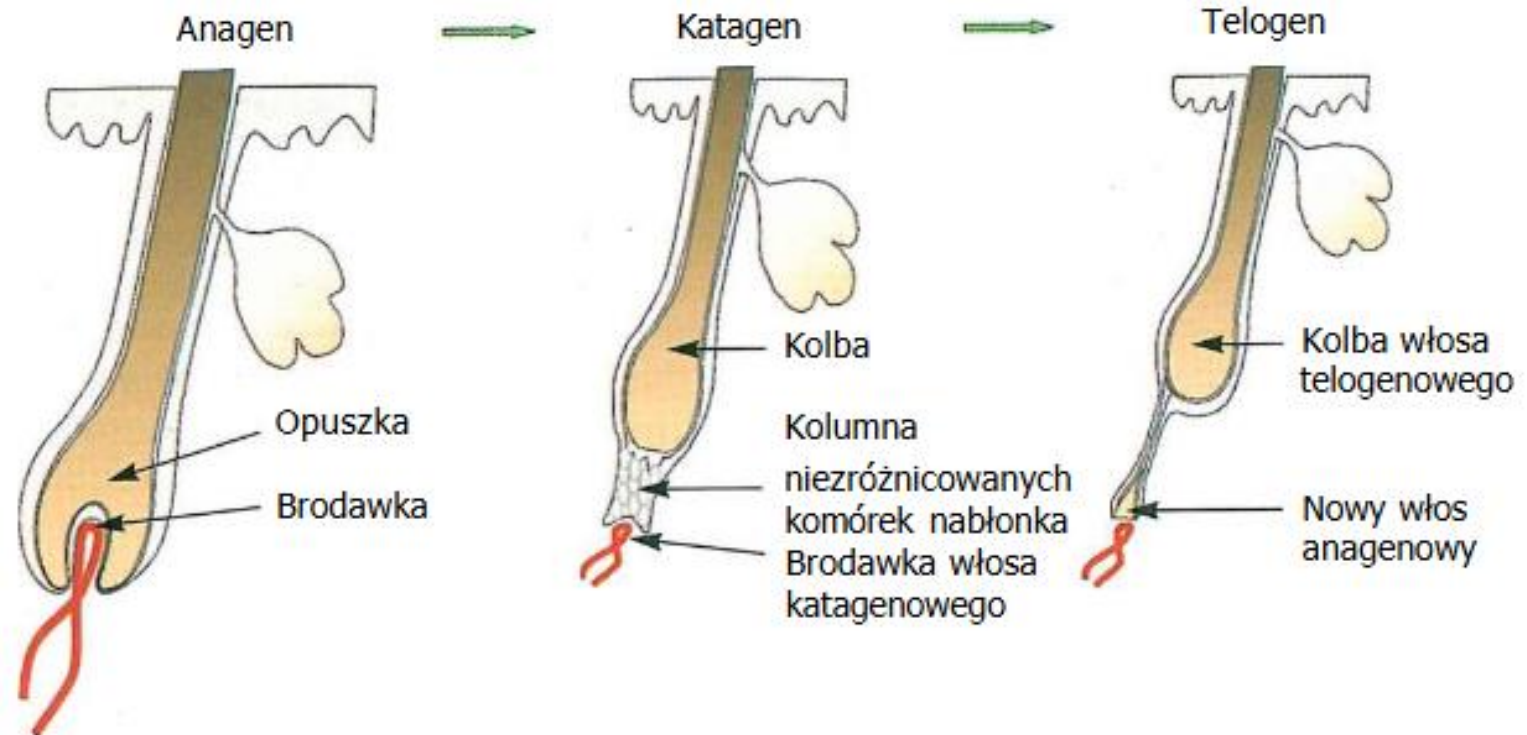
Katedra Dermatologii i Wenerologii

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

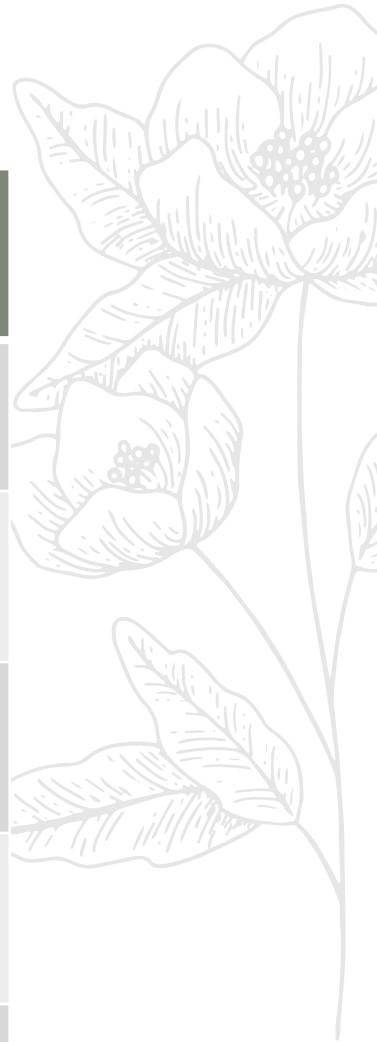


Cykl wzrostu włosa



Najczęstsze choroby przebiegające z łysieniem niebliznowacującym i bliznowacującym

Łysienie niebliznowacujące	Łysienie bliznowacujące
Łysienie androgenowe	Liszaj płaski mieszkowy
Łysienie plackowate	Łysienie czołowe bliznowacujące
Łysienie telogenowe	Toczeń ogniskowy
Łysienie indukowane lekami (anagenowe)	
Trichotillomania	



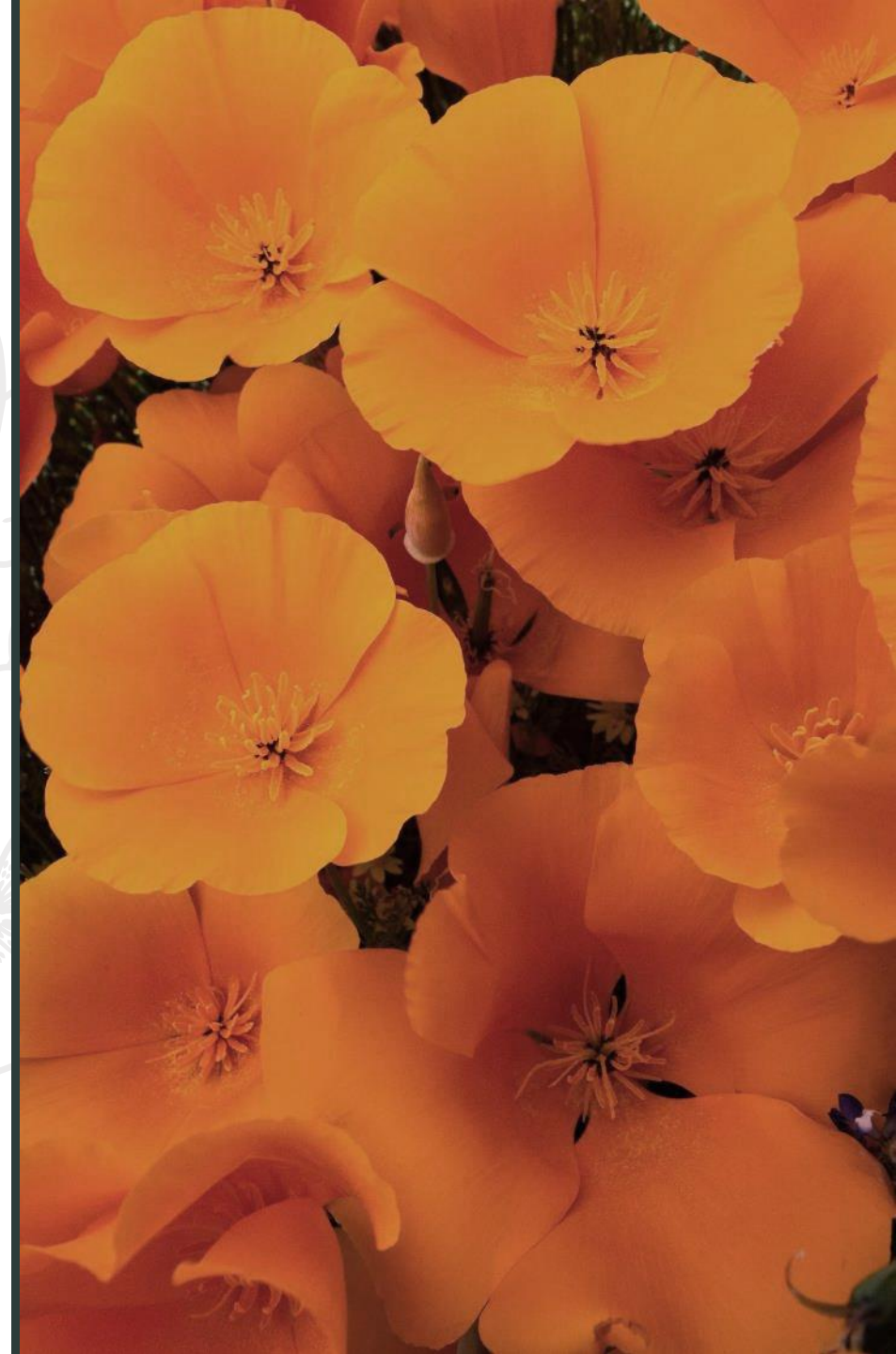


Łysienie plackowate

Etioopatogeneza



- Choroba autoimmunizacyjna miedziowana przez limfocyty związana z reakcją przeciwko antygenom mieszków włosowych
- Predyspozycja genetyczna
- Rodzinne występowanie stwierdza się u około 20 % pacjentów



Czynniki zaostarzające przebieg choroby

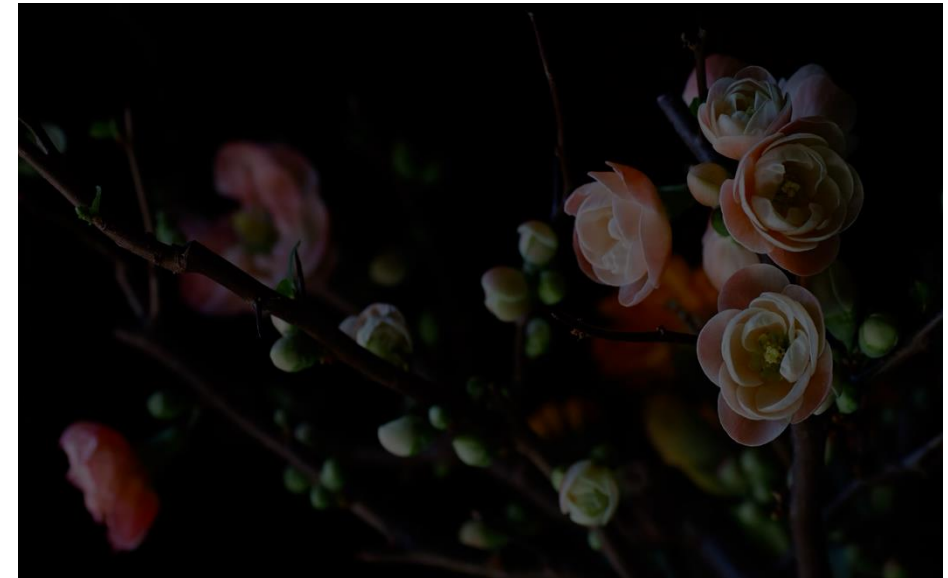
- Stres psychiczny
- Współistniejące choroby autoimmunologiczne
- Choroby atopowe
- Infekcje bakteryjne i wirusowe
- Okres laktacji

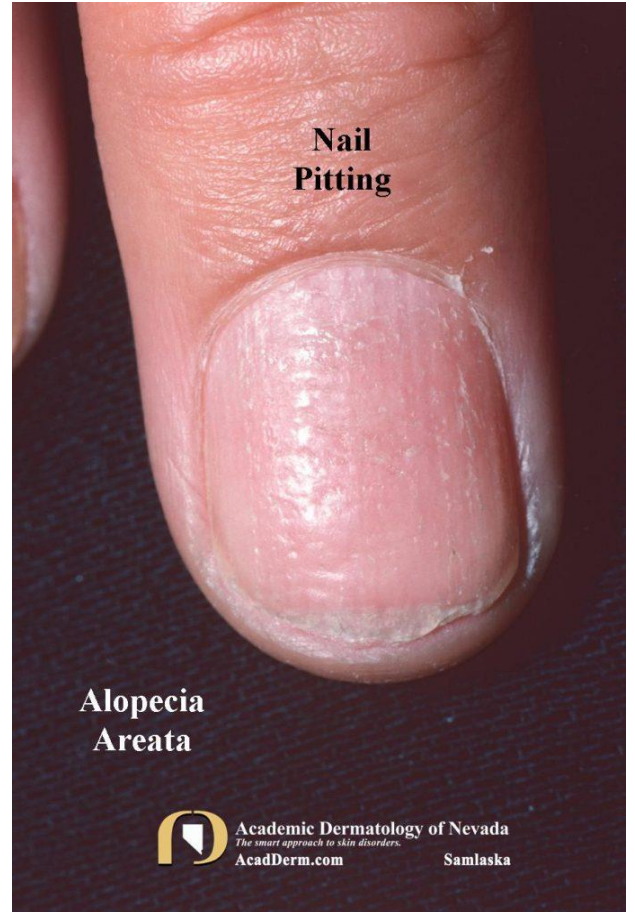


Obraz kliniczny



- Najczęstsza lokalizacja: owłosiona skóra głowy
- Ognisko/ogniska wyłysienia, najczęściej średnicy kilku centymetrów
- Skóra w obrębie ognisk jest prawidłowa
- W niektórych przypadkach może dojść do samoistnego odrostu włosów
- W około 20% towarzyszą zmiany w obrębie aparatu paznokciowego
- Postacie kliniczne
 - Jednoogniskowe
 - Wieloogniskowe
 - Wężykowate (obwód głowy)
 - Rozproszone
 - Całkowite
 - Uogólnione





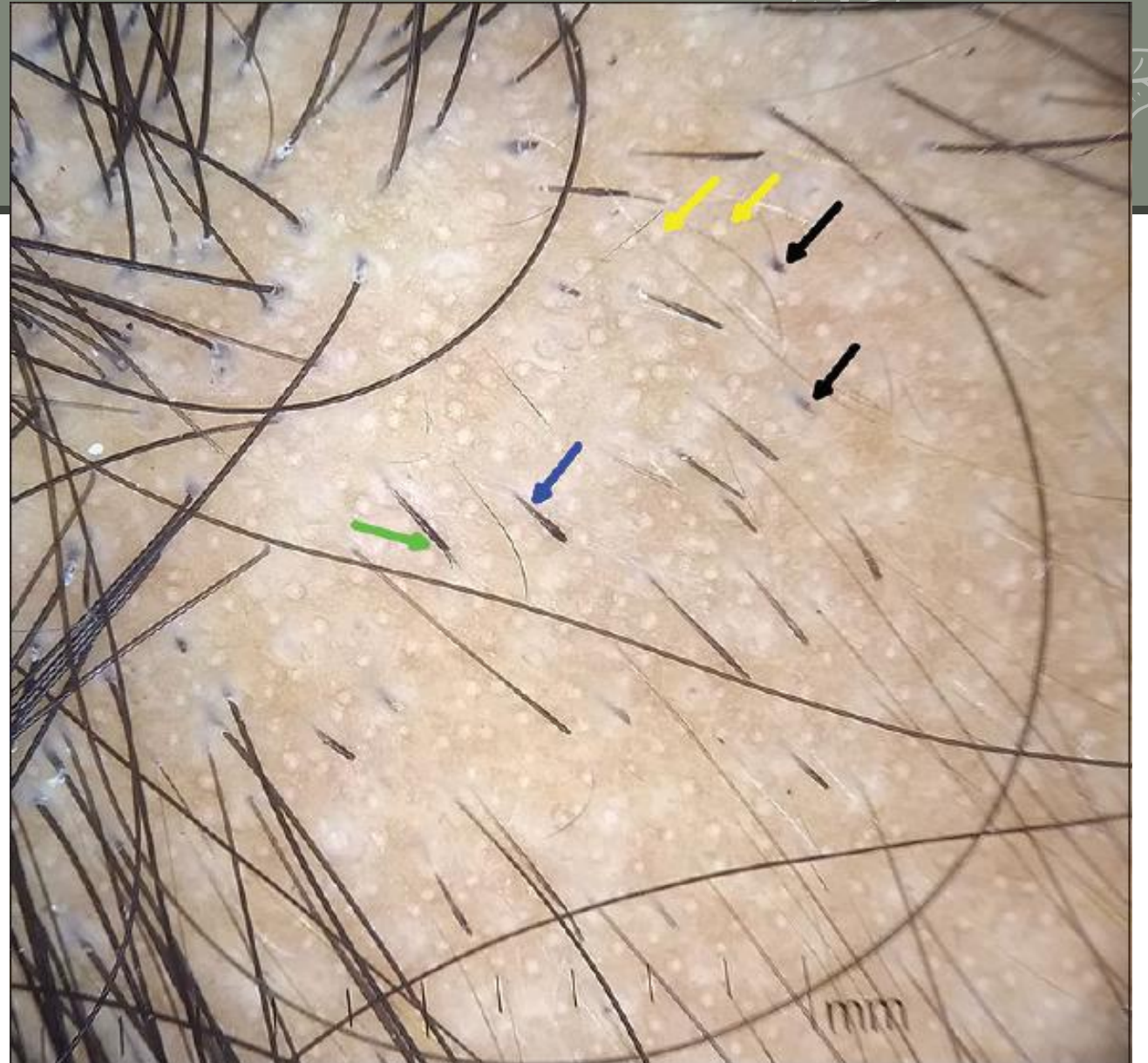
Badania dodatkowe

1) Trichoskopia

- Włosy wykrzyknikowate
- Czarne i żółte kropki

2) Diagnostyka w kierunku współistniejących chorób autoimmunologicznych

- Morfologia, glukoza, TSH, fT3, fT4, anty-TG, anty-TPO, p/ciała ANA





Leczenie

- ❖ Glikokortykosteroidy miejscowe, doogniskowe lub ogólne
- ❖ Cyklosporyna A
- ❖ Metotreksat
- ❖ Fototerapia PUVA
- ❖ Inhibitory JAK (np. rytlecytynib, barycytynib)



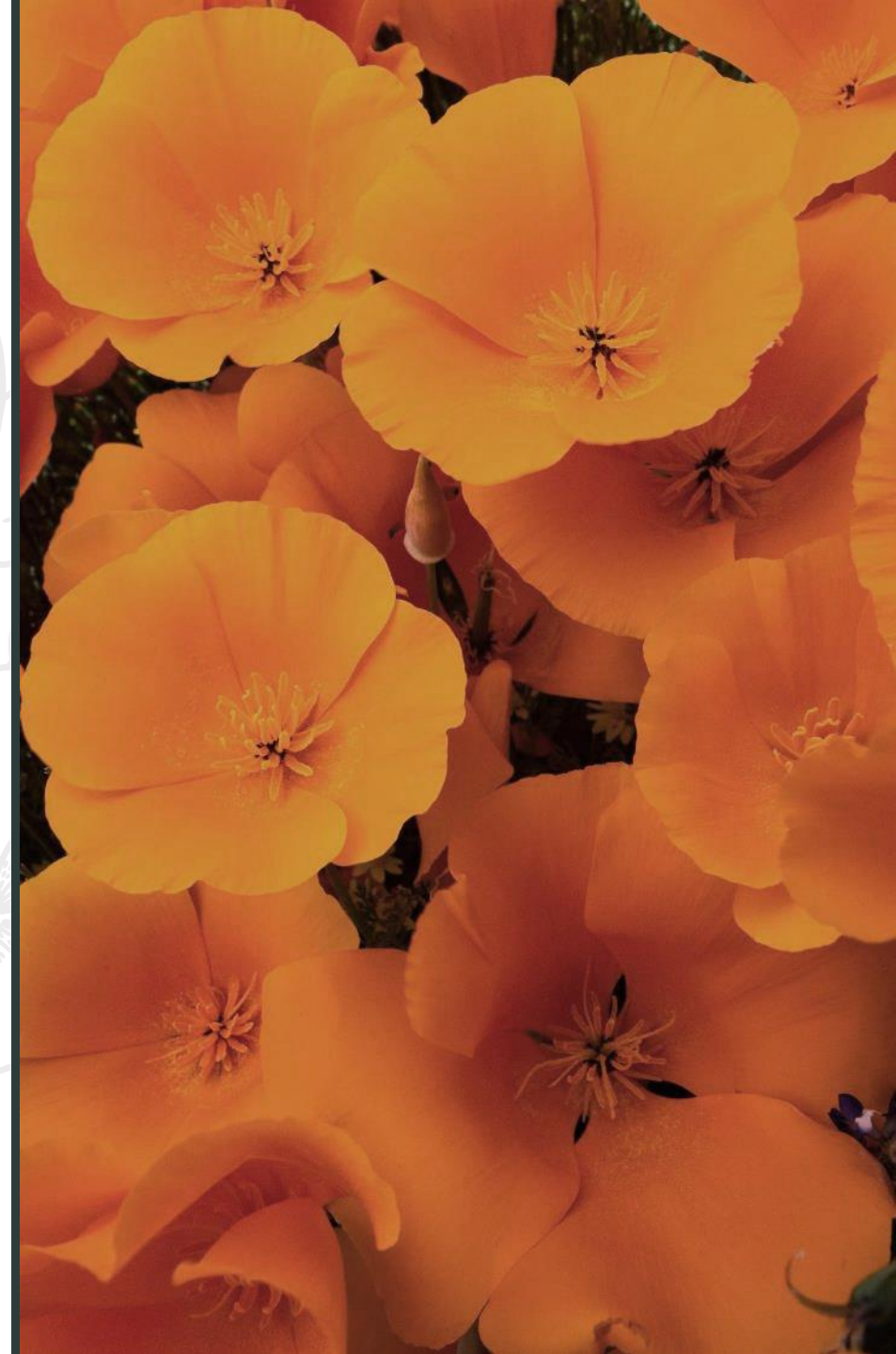
Łysienie androgenowe (AGA)

Etiopatogeneza

- W AGA faza anagenu staje się coraz krótsza (wzrasta odsetek włosów telogenowych) —→ powolna miniaturyzacja mieszków włosowych



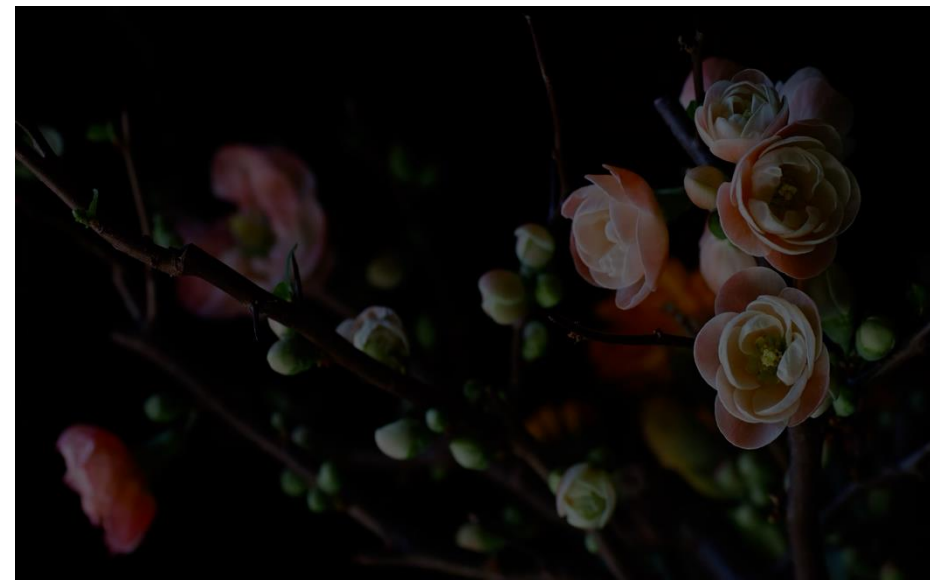
- Zwiększona wrażliwość mieszków włosowych na dihydrotestosteron
- Proces lokalny – u większości pacjentów nie stwierdza się hiperandrogenemii i hiperandrogenizmu

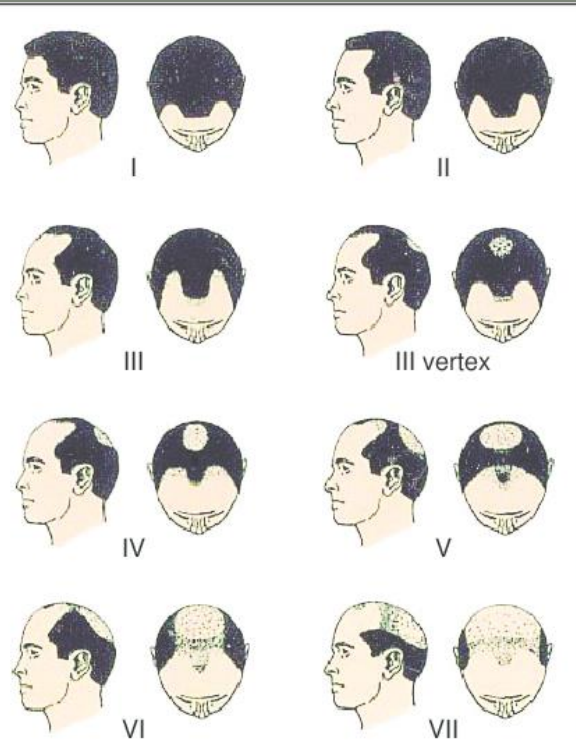


Obraz kliniczny



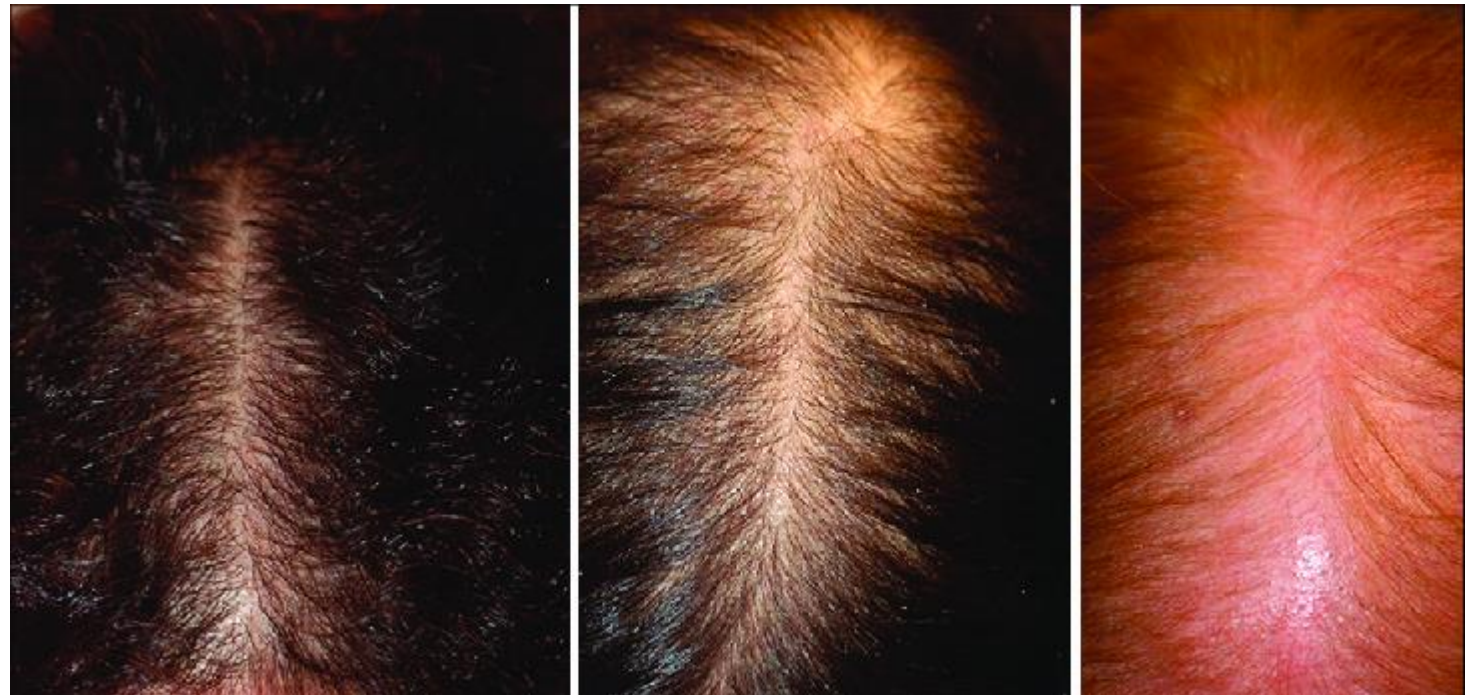
- Najczęstsza przyczyna łysienia u mężczyzn i kobiet (♂ >50% <50 rż. i 70% >70 rż.; ♀ 6% <50 rż. i 30-40% >70 rż.)
- ♂ łysienie w obrębie wierzchołka głowy i przesuwanie granicy czołowej owłosienia do tyłu (głównie w okolicach skroniowo-czołowych)(**skala Hamiltona-Norwooda**)
- ♀ 3 wzorce łysienia (**skala Ludwiga**):
 - **Typ Hamiltona** – przerzedzenie w okolicy wierzchołka i przesuwanie linii czołowej ku tyłowi (hiperandrogenizm)
 - **Typ Ludwiga** – rozlane centralne przerzedzenie włosów (okolica ciemieniowa i czołowa) z zachowaniem prawidłowej linii czołowej
 - **Typ Olsen** – przerzedzenie włosów typu „szerokiego przedziałka” , z akcentacją w okolicy czołowej, które prowadzi do objawu „choinki”





The Norwood—Hamilton scale of male-pattern baldness

Published in Expert Reviews in Molecular Medicine by Cambridge University Press 2002



Skala Ludwiga

Female Pattern Hair Loss: A Retrospective Study in a Tertiary Referral Center, International Journal of Trichology

Badania dodatkowe



1) Trichoskopia

- Podwyższony odsetek włosów cienkich i mieszkowych (efekt miniaturyzacji)
- Heterogenność grubości łodyg (włosy na różnym etapie miniaturyzacji)
- Obniżony odsetek jednostek włosowych z trzema łodygami
- Żółte kropki
- Większe nasilenie nieprawidłowości w okolicy czołowej w stosunku do potylicznej



(a)



(b)



(c)



(d)

2) Badania laboratoryjne w kierunku hiperandrogenemii jedynie u pacjentów z objawami hiperandrogenizmu

3) Wykluczenie łysienia telogenowego

Leczenie – przewlekłe!!!

❖ Leczenie miejscowe:

- ❖ Minoksydyl 5% (♂ 2x dziennie, ♀ 1x dziennie)
- ❖ Preparaty zawierające estrogeny
- ❖ Finasteryd

❖ Leczenie ogólne:

- ❖ Finasteryd: ♂ 1 mg/d; ♀ 2,5-5mg/d (off label)
- ❖ Dutasteryd (off label) 0,5 mg/d
- ❖ Minoksydyl ♀ 0,25-2,5 mg/d i ♂ 0,25-5,0 mg/d
- ❖ Spironolakton u kobiet 50-200 mg/d

❖ Procedury pomocnicze:

- ❖ Osocze bogatopłytkowe
- ❖ Iniekcje z minoksydylu
- ❖ Preparaty zawierające bimatoprost lub latanoprost
- ❖ Leczenie chirurgiczne (przeszczep włosów)



Łysienie telogenowe

Etiopatogeneza

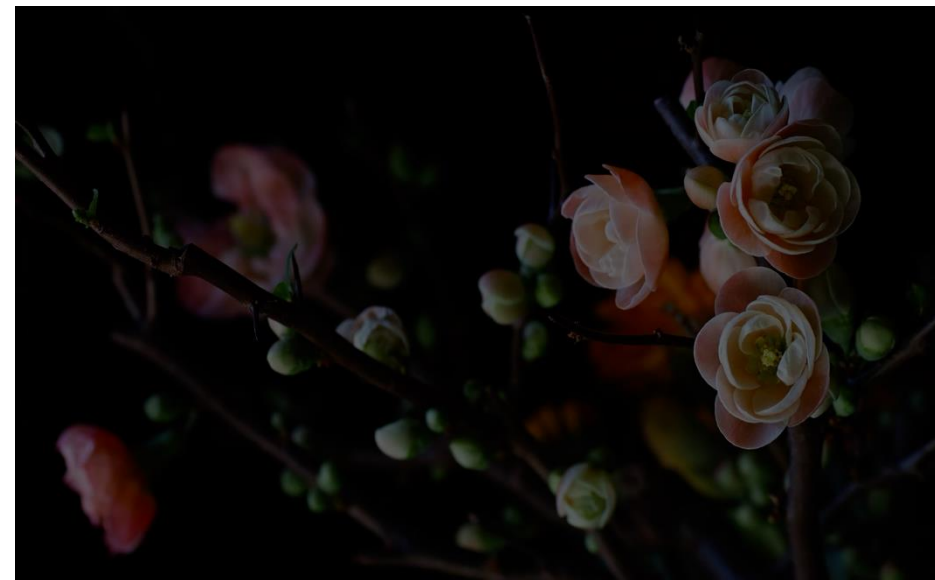
- Wzrost odsetka włosów w fazie telogenu i synchronizacja cyklu włosowego
- Mechanizmy:
 - **Natychmiastowe opuszczenie anagenu** – nagłe wypadanie włosów około 1-6 miesięcy po zadziałaniu czynnika wyzwalającego (np. leki, ciężka choroba infekcyjna). Proces jest odwracalny.
 - **Opóźnione opuszczenie anagenu** – łysienie poporodowe na skutek przemian hormonalnych wydłużających fazę anagenu.
 - **Natychmiastowe opuszczenie telogenu** – skrócenie fazy telogenowej (trwającej 2-3 mce) w wyniku stymulacji mieszka do wejścia w nową fazę anagenową. Początkowe nasilenie łysienia w czasie leczenia minoksydylem.
 - **Przedłużona faza telogenowa** – zsynchronizowany cykl włosowy podczas linienia u zwierząt; sezonowo może występować u niektórych ludzi głównie wiosną i latem.
 - **Krótki anagen** – idiopatyczne skrócenie cyklu włosowego; częsty mechanizm przewlekłego łysienia telogenowego.



Obraz kliniczny



- Pacjenci podają zwiększone wypadanie włosów; zazwyczaj wypada $< 50\%$ włosów, nie występuje całkowite wyłysienie
- Łysienie telogenowe ostre i przewlekłe – **kryterium 6 mcy**
- **Ostre** rozpoczyna się zazwyczaj 1-6 mcy po ekspozycji na czynnik indukujący, trwa 3-6 mcy; kończy się pełnym odrostem. W 30% przypadków czynnik indukujący pozostaje nieustalony. Ostre łysienie telogenowe fizjologiczne – okres poporodowy.
- **Przewlekłe** – pierwotne (bez ustalonej przyczyny) i wtórne



Najczęstsze przyczyny łysienia telogenowego



Fizjologiczne (okres poporodowy, okres noworodkowy)

Zaburzenia hormonalne (niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, hiperprolaktynemia, niewydolność kory nadnerczy)

Niedobory żywieniowe (niedobór żelaza, cynku, kwasów tłuszczowych)

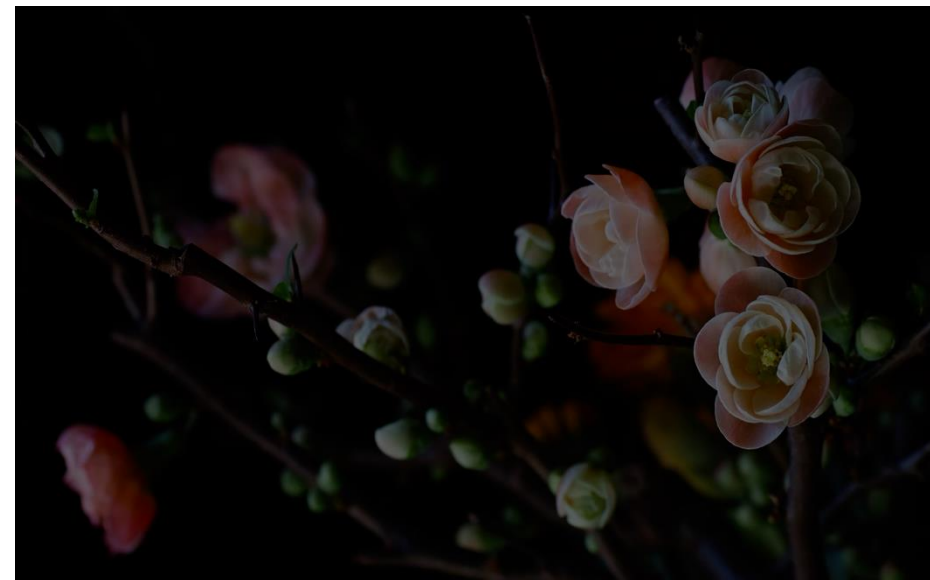
Zaburzenia wchłaniania

Choroby infekcyjne

Zabiegi operacyjne w znieczuleniu ogólnym

Stres emocjonalny (jednorazowy lub przewlekły)

Leki



Leki

Retinoidy (np. acytretyna)

NLPZ-y (aspiryna, ibuprofen, ketoprofen, indometacyna)

Leki β -adrenolityczne (metoprolol, propranolol)

Leki przeciwzakrzepowe klasyczne (np. acenokumarol, heparyna) oraz grupy NOAC (np. rywaroksaban)

Leki przeciwdrgawkowe (fenytoina, kwas walproinowy)

Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (amitryptylina, imipramina)

Blokery receptora H₂ (ranitydyna, famotydyna)

Leki cytostatyczne (metotreksat)

Środki hormonalne antykoncepcyjne

Badania dodatkowe



- 1) Badania laboratoryjne: żelazo, ferrytyna, cynk, TSH, prolaktyna (inne – w zależności od wywiadu)
- 2) Trichogram: >25% włosów w fazie telogenu
- 3) Badanie histologiczne
- 4) Test z pociągania: dodatni w fazie aktywnej choroby



Leczenie

- ❖ Wyeliminowanie przyczyny
- ❖ Minoksydyl miejscowo lub doustnie jako leczenie wspomagające



Liszaj płaski mieszkowy

Etiopatogeneza



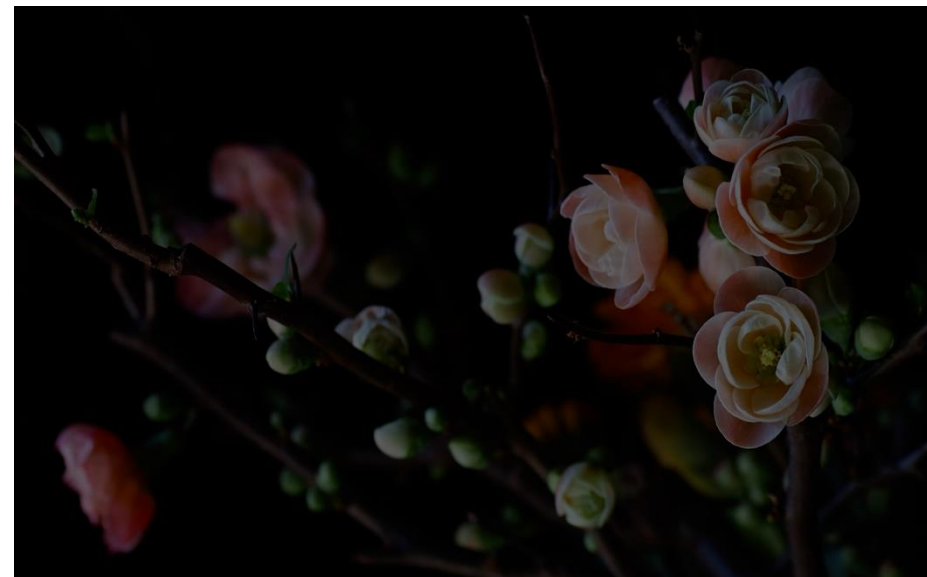
- Najczęstsza przyczyna łysienia bliznowaciejącego
- Etiopatogeneza nieznana
- Choroba autoimmunologiczna, w której dochodzi do niszczenia mieszków włosowych przez limfocyty T



Obraz kliniczny



- Pojedyncze lub mnogie ogniska łysienia z rumieniem i złuszczeniem okołomieszkowym na obwodzie; najczęściej – szczyt głowy
- Ogniska stopniowo powiększają się obwodowo z pozostawieniem bliznowatego łysienia w części centralnej.
- Nasilony świąd i pieczenie
- Mogą towarzyszyć objawy liszaja płaskiego w innych lokalizacjach – błony śluzowe narządów płciowych, jamy ustnej





Shahsavari A, Riley CA, Maughan C. Graham-Little-Piccardi-Lasseur Syndrome. [Updated 2024 May 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. [Figure, Lichen Planopilaris. Classic lichen planopilaris...] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537330/figure/article-22386.image.f1/>



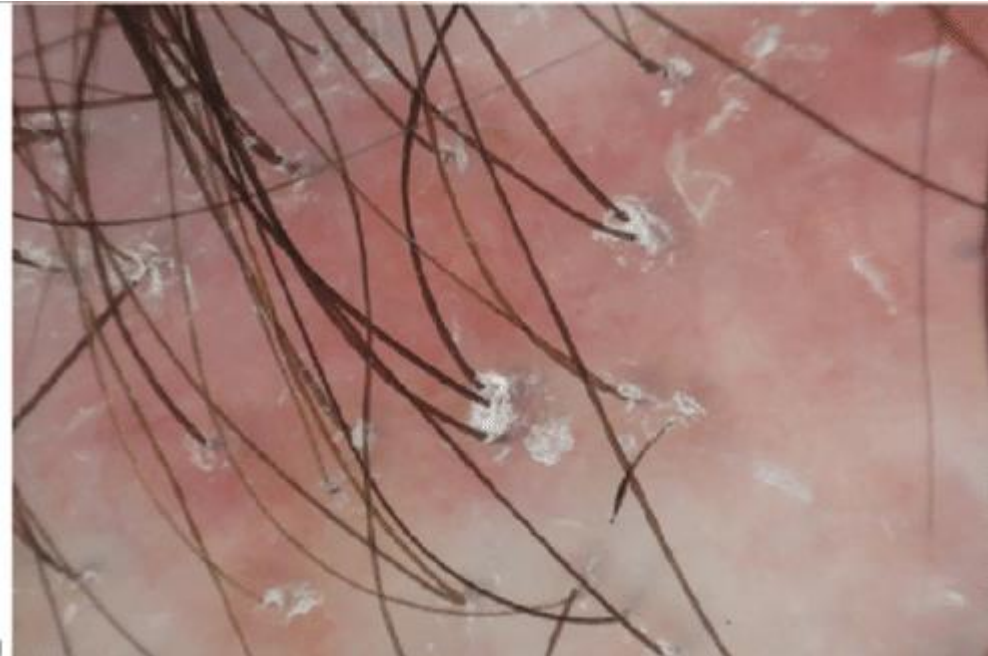
Badania dodatkowe



1) Trichoskopia:

- Złuszczenie okółomieszkowe
- Rumień okółomieszkowy
- Wydłużone naczynia wokół mieszków
- Białe kropki
- Czerwono-mleczne i białe ogniska z brakiem ujść mieszków włosowych (bliznowacenie)

2) Histopatologia: nacieki zapalne złożone z limfocytów T



Syphilitic alopecia: uncommon trichoscopic findings - Scientific Figure on ResearchGate. Available from: https://www.researchgate.net/figure/Clinical-a-and-demoscopic-b-aspect-of-lichen-planus-pilaris-alopecia-Confluent_fig6_320741405 [accessed 25 May 2026]



Leczenie – zahamowanie progresji choroby; terapia wielomiesięczna/wieloletnia

❖ Doogniskowo:

- ❖ Acetonid triamcynolonu

❖ Leczenie ogólne:

- ❖ Cyklosporyna A
- ❖ Metotreksat
- ❖ Hydroksychlorochina
- ❖ Chlorochina
- ❖ Mykofenolan mofetylu
- ❖ Izotretynoina
- ❖ Acytretyna
- ❖ sGKS (szybka progresja)



Łysienie czołowe bliznowaciejące

Etiopatogeneza

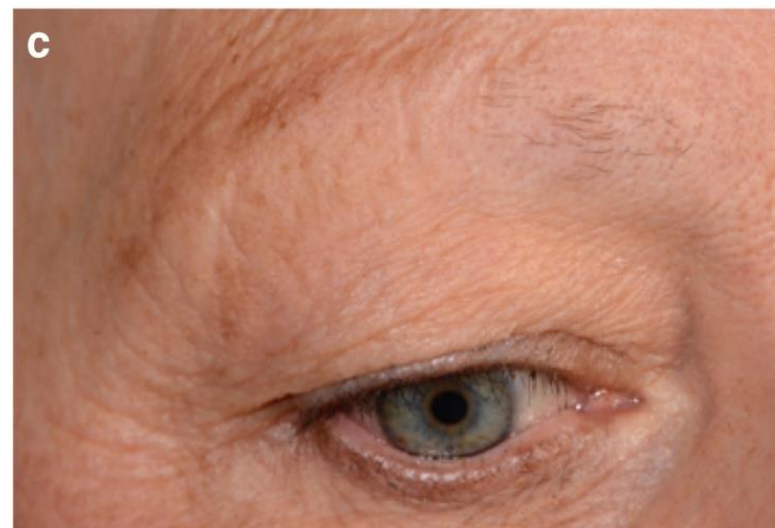


- Typowo występuje u kobiet po okresie menopauzy
- Choroba w spektrum liszaja płaskiego mieszkowego o prawdopodobnie podobnej przyczynie



Obraz kliniczny

- Stopniowe przesuwanie się linii czołowo-skroniowej włosów do tyłu z pozostawieniem bliznowacenia w miejscu, gdzie wcześniej były włosy
- Utrata brwi
- Grudki okołomieszkowe twarzy



Badania dodatkowe



1) Trichoskopia:

- Złuszczenie okołomieszkowe
- Brak włosów mieszkowych w okolicy czołowej
- Brak ujść mieszków włosowych (kropek) w miejscu bliznowacenia

2) Histopatologia: nacieki zapalne okołomieszkowe z limfocytów



Leczenie – wielomiesięczne/wieloletnie CEL: zahamowanie bliznowacenia

-
- 
- ❖ Retinoidy (izotetynoina lub acytretyna)
 - ❖ Inhibitory 5 α -reduktazy (finasteryd) w połączeniu z GKS (np. w formie iniekcji doogniskowych)
 - ❖ Hydroksychlorochina
 - ❖ Tetracykliny (doksycyklina)
 - ❖ Cyklosporyna A
 - ❖ Uzupełniająco: minoksydyl 5% lub inhibitory kalcyneuryny zewnętrznie

Dziękuję za uwagę

Piśmiennictwo:

Rudnicka, L., Olszewska, M., Rakowska, A. i Sar-Pomian, M. (Red.).
(2022). *Współczesna dermatologia* (T. 1-2). PZWL Wydawnictwo
Lekarskie.

