



SEMMEIWEIS EGYETEM, BUDAPEST, BŐR- ÉS NEMIKÓRTANI KLINIKA

A HAJ ÉS A FEJBŐR GYAKORI MEGBETEGEDÉSEI ÉS KEZELÉSÜK A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN

DR. KARÁSZI VIKTÓRIA

Bevezetés

Az emberi fejbőr kb. 100–150 ezer hajfollikulust (szórtüszőt) tartalmaz, melyben a hajszálak ún. aszinkron módon növekednek. A körömmel ellentétben a haj növekedése nem folyamatosan, hanem ciklusosan zajlik. A haj növekedési ciklusa három fázisra osztható (1. ábra). Az anagén fázisban a hajszál folyamatosan nő, hetente kb. 2 mm-t. A rövid katagén fázis után a hajszál „nyugalomba vonul”, telogén fázisba kerül – ez az úgynevezett bunkós végű hajszál –, majd kihullik. Ekkor már új hajszál növekszik alatta, és a ciklus kezdődik előlről. Az irodalmi adatok szerint napi 70–100 telogén hajszál kihullása normális.

1. ábra

A haj növekedési ciklusa

Fázis	Állapot	Időtartam
Anagén	növekvő	2–5 év
Katagén	átmeneti	2–3 hét
Telogén	nyugalmi	3 hónap

Effluviumról beszélünk, ha a napi hajvesztés kóros méreteket ölt; az alopecia pedig a hajzat látható megritkulását, hiányát jelenti.

A diagnózis felállítása

A hajas fejbőrt érintő kórállapotok esetén a diagnózis felállításához először minden részletre kiterjedő anamnézist kell felvenni (panaszok kezdete, lefolyása, családi anamnézis, gyógyszerszedés, terhességek száma, egyéb betegségek, műtétek, balesetek, hajfestési-ápolási szokások, fogyókúra, diéta stb.)

A fizikális vizsgálat során a haj és a hajas fejbőr megtekintésével, megtapintásával a haj minősége, sűrűsége, hossza vizsgálendő, a fejbőrön gyulladás, hámlás, hegesedés keresendő.

A „kétujj próba” során, a beteg haját két ujjal több helyen meghúzva tájékozódhatunk a hajhullás valódi mértékéről.

A trichogram, a hajhagymák mikroszkópos elemzése segít a diagnózis vagy a prognózis megállapításában.

Laboratóriumi vizsgálatokkal a vérkép, a pajzsmirigyfunkció, a szérum vas- és cinkszint ellenőrizendő, szifilis szerológia végzendő stb.

Tenyésztési vizsgálatok szükségesek gomba vagy baktériumok jelenlétének kimutatására, ha infektív eredet merül fel.

Szövettani vizsgálat szükséges tumorok, hegesedő alopeciák, pl. lupus erythematosus, gyanúja esetén.

Nagyon gyakran fordul elő, hogy a leggondosabb kivizsgálás ellenére sem sikerül kóros hajhullást igazolni, mert a páciensek a fiziológiás napi hajvesztést élik meg kóros mértékűnek. Ilyenkor pseudo-effluviumról van szó, melyben a betegek legtöbbször valamilyen pszichés problémájukat, vagy a beteget más területen ért veszteséget vetítik ki a hajra. Ezekben az esetekben hasznos lehet a beteggel hajszámolást végeztetni: alapos hajmosást követően 5 napon át a reggeli első fésülködés során kihullott és összegyűjtött hajszálakat megszámlalva objektív támpontot kaphatunk a hajhullásról.

A hajhullások differenciáldiagnózisa

Klinikailag hegesedő és nem hegesedő alopeciákat különböztetünk meg, utóbbiak lehetnek lokalizáltak (körülírtak), illetve diffúzak (2. és 3. ábra).

Diffúz hajhullás látható az ún. diffúz telogén effluviumban, hajhullást okozhatnak endokrin betegségek, leggyakrabban a hypo- és a hyperthyreosis, a helytelen vagy elégtelen táplálkozás, az éhezés, valamint számos gyógyszer. Androgén alopeciában a hajas fejbőr körülírt területein (pl. fejtető) látható a hajzat diffúz megritkulása.

A nem hegesedő alopeciák felosztása

<i>Nem hegesedő, körülírt alopeciák</i>	<i>Nem hegesedő, diffúz alopeciák</i>
Androgén alopecia (férfi és női típusú)	Endokrin- és anyagcsere betegségek okozta alopeciák
Alopecia areata	Gyógyszer okozta diffúz alopeciák
Traumás alopecia	Diffúz telogén effluvium
Tinea capitis	
Szifilisz okozta hajhullás	
Trichotillomania	

A hegesedő alopeciák okai

Kémiai vagy égési sérülések	
Rtg kezelés	
Infekciók	<ul style="list-style-type: none"> – vírus (herpes zoster V/1, varicella) – gomba (kerion, favus) – baktérium (Staphylococcus folliculitis, carbunculus, furunculus, acne necrotica, lupus vulgaris, lepra)
Fejlődési rendellenességek, öröklődő betegségek (pl. aplasia cutis congenita)	
Egyéb bőrbetegségek: DLE (discoid lupus erythematodes), pseudopelade, lichen planus follicularis, folliculitis decalvans, morphea, scleroderma	



4. ábra

Az alábbiakban bővebben a bőrgyógyászati, és a háziorvosi praxisban leggyakrabban előforduló hajhullásokról: az androgén, a diffúz telogén, valamint a körülírt (foltos) hajhullásról, végül a hajvas fejbőrt érintő seborrhoeás dermatitisről, és a psoriasisról lesz szó.

I. Androgén alopecia

A hajhullások messze leggyakoribb oka mind férfiaknál, mind nőknél az androgén alopecia, amely genetikailag meghatározott, autoszomális domináns módon öröklődő, változó penetranciájú állapot. Az androgén hormonok (dihydrotesztoszteron) hatására a hajfollikulusok átalakulnak, a terminális hajszálak helyett vellus (pihés) hajzat növesztenek, a telogén hajszálak aránya megnő. A kaukázusi férfiak 25%-ánál már 25 éves korban megfigyelhető valamilyen fokban az androgén alopecia, 60 éves korban pedig a férfiak 80%-a, a nők 60%-a érintett. A női típusú androgén alopeciát Ludwig szerint, a férfi típusút Hamilton szerint osztályozzuk (4. ábra). Férfiaknál a homlok-halánték szögletben, illetve a calvaria területén indul a hajzat megritkulása (5. ábra), míg nőknél a homloki hajhatár megmarad, és a fejtetőn alakul ki a haj ritkulása, tükörbe nézve szinte „át lehet nézni a hajon”. (6. ábra)

Az androgén alopeciák kezelése nehéz: fontos a páciensek megnyugtatása, tájékoztatása. Lokálisan alkalmazható minoxidil-, vagy ösztrogén tartalmú oldat, utóbbi csak nőknél. Belső kezelésként kizárólag nőknél ciproteron acetát, etinil-ösztadiol, spironolacton adható. A plasztikai sebészek által végzett hajátültetés,

vagy lebenyelforgatás itthon is hozzáférhető, de költséges.



5. ábra



6. ábra

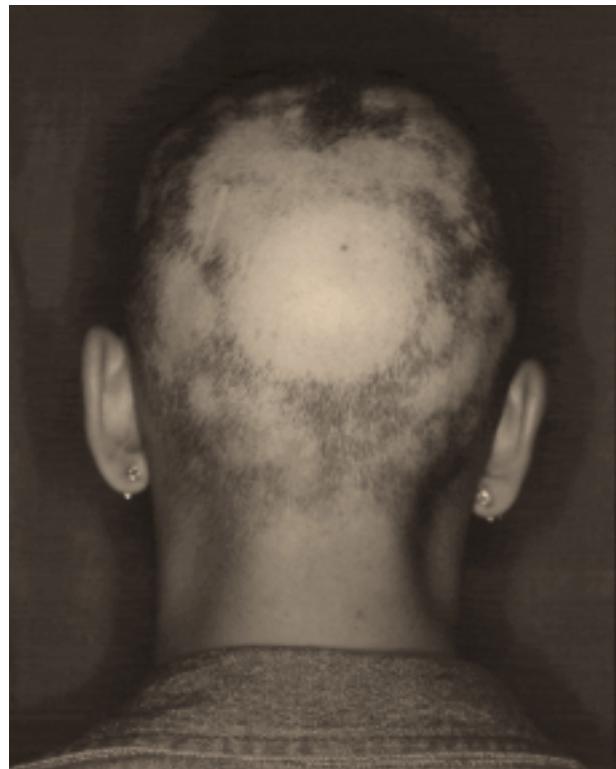
II. Diffúz telogén alopecia

A normál hajciklust megzavaró esemény áll a háttérben: pl. nőknél szülés, magas lázzal járó infekció, fogamzásgátló szedésének abbahagyása, nagy dózsiszteroid szedés, fizikai vagy érzelmi stressz, műtéti beavatkozás, gyors fogyókúra, vérvesztés, sokk, aktív SLE, gyógyszerek (7. ábra).

Klinikailag a hajzat diffúz megritkulása látható. Kezelésében kulcsfontosságú a kiváltó faktor eliminálása, emellett kímélő hajsamponok alkalmazása.

III. Alopecia areata

Klinikailag jól körülírt, hajhiányos foltokat látunk, a széleken felkiáltójel hajszálakkal, gyulladás és hámlás nélkül (8. ábra). Alopecia totalisról van szó, ha a hajzat teljesen kihullik. (9. ábra). Az alopecia universalis a hajzat, a szemöldök, a szempillák és az egyéb szőrzet teljes elvesztését jelenti. Pathogenezisében autoimmun eredet valószínűsíthető. A betegek felénél spontán remisszió várható 2 éven belül.



8. ábra

7. ábra

Hajhullást okozó gyógyszerek, ágensek

Allopurinol	Androgén szerek (danazol)
ACE-gátlók (captopril, enalapril)	Lipid-csökkentő szerek (clofibrate, triparanol)
Véralvadásgátlók (kumarin, heparin)	Mitózis-gátló szerek (colchicin, methotrexát)
Thyreosztatikumok	Benzimidazol származékok
Béta-blokkolók	Bromocriptin
Cimetidin	Nehézfémek, thallium, arzén, arany
Immunglobulin	Interferon (alfa, gamma)
Levodopa	Orális fogamzásgátlók
Proguanil	Pszichotrop szerek (amfetaminok, desipramin, dixyrasin, fluoxetin, imipramin, litium)
Retinoidok	A vitamin



9. ábra

Kezelésében helyileg kortikoszteroid externa occlusioban, vagy subcutan injekció formájában, esetleg minoxidil tartalmú oldat alkalmazható. Jó eredményeket tapasztaltak PUVA kezelés vagy diphencypronnal történő kontakt szenzibilizációs kezelés után. Bizonyos esetekben lokális tacrolimus, illetve belső Ciklosporin A kezelés megkísérelhető.

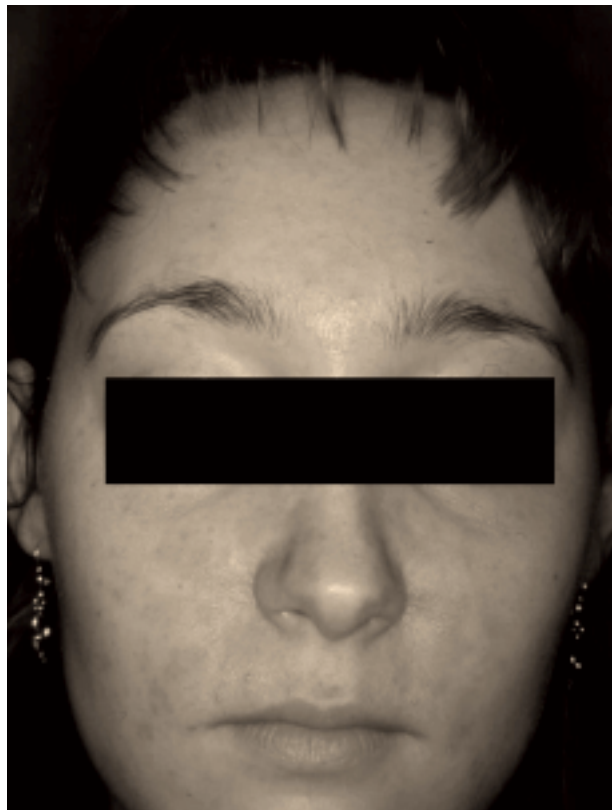
IV. Seborrhoeás dermatitis

A seborrhoeás dermatitis a faggyúmirigyekkel bőven ellátott bőrterületeken alakul ki: a hajas fejbőrön, a homlokon, az arcon a nasolabialis redőben, a szemöldökök területén gyulladt, hámló plakkok alakulnak ki (10. és 11. ábra). Férfiaknál gyakoribb, általában a pubertáskorban kezdődik, krónikus lefolyású, sokszor az egész felnőttkort végigkíséri. Gyakrabban figyelhető meg Parkinson kórban szenvedőknél, valamint HIV fertőzötteknél. A klinikai képre az említett régiókban sárgás, zsíros korpásodás, hámlás jellemző gyulladással, melyet viszketés kísérhet. Pathogenezisében játszott szerepe nem teljesen tisztázott, de *Pityrosporon* ovale szinte mindig kimutatható.

Kezelésében kén-, ketoconazol-, cink- vagy kátránytartalmú samponok alkalmazhatók kortikoszteroid externával kombinálva.

V. Psoriasis capitis

A psoriasis genetikailag determinált, poligénesen öröklődő, mindkét nemben egyformán előforduló, a



10. ábra



11. ábra

keratinocyták fokozott proliferációjával járó kórkép, mely a népesség 1,5–2%-át érinti. Leggyakrabban a 20-as, 30-as életévekben jelentkezik először, a hajas fejbőr szinte mindig érintett. A betegek fejbőrén jól körülírt, tömött tapintatú, erythemás plakkok láthatóak a jellegzetes száraz, fehér vagy ezüstös pikkelyekkel borítva, főleg a fülek mögött és a tarkótájon (12. ábra). A homlok–hajás fejbőr határon kialakult plakkot corona psoriaticának hívjuk (13. ábra). A makacs, krónikus lefolyású betegség akár évekig tünetmentessé válhat, de lázas infekció, rejtett góc, stressz fellobbanthatják. Bizonyos gyógyszerek: elsősorban a béta-blokkolók, a lítium szintén provokálják.



12. ábra



13. ábra

Kezelésére enyhe esetekben kátrány- vagy szalicil-tartalmú samponok kortikoszteroid oldattal kiegészítve elegendőek, súlyosabb vagy kiterjedt esetekben a pikkelyek keratolitikus szalicilsav és kéntartalmú pakolással eltávolítandók, majd kortikoszteroid tartalmú oldat adható.

Fontos, hogy krónikus lefolyású állapotokban, mint például a psoriasis, ahol sokszor évtizedekig kell kezelni a beteget, a mellékhatások kialakulásának veszélye miatt csak jól átgondoltan és megfontoltan alkalmazandók a szteroid tartalmú készítmények.

A fenti kórképek mindegyikének lokális kezelésében jól használhatók a hámlasztó szalicilsavat és az enyhe hatású szteroidot kombinációban tartalmazó oldatok, melyek mind férfiaknál, mind nőknél adhatók seborrhoeás dermatitisben, psoriasisban, alopecia areatában. A nők androgén alopeciájának kezelésére ajánlott

ösztrogén tartalmú oldat pedig már Magyarországon is hozzáférhető.

ÖSSZEFOGLALÁS

A háziorvosok és a bőrgyógyászok számára nem kis feladatot jelent a hajhullással vagy a hajas fejbőr rendellenességeivel jelentkező betegek kivizsgálása és megfelelő kezelése. A korrekt diagnózis felállításához, az adekvát terápia kiválasztásához vezető úton ugyanakkor kellő empátiával is kell rendelkezni a betegek szorongásának oldására. Az alábbiakban a szerző a praxisban leggyakrabban előforduló kórképek: az effluvium (hajhullások), az androgén alopecia, az alopecia areata, a diffúz telogén effluvium, valamint a seborrhoeás dermatitis és a psoriasis hajas fejbőrt érintő manifestációjának klinikumát tekinti át röviden és néhány gyakorlati tanáccsal szolgál a kivizsgálás menetét, a differenciáldiagnózist, a kezelést illetően.

Kulcsszavak: hajhullás, androgén alopecia, alopecia areata, diffúz telogén effluvium, seborrhoea capitis, psoriasis capitis, kezelés

IRODALOM

1. Thiedke CC: Alopecia in Women Am Fam Physician 2003 Mar 1;67(5):1007-14. – 2. Chartier MB et al: Approach to the adult female patient with diffuse nonscarring alopecia. J Am Acad Dermatol 2002 Dec; 47(6):809-18. – 3. Sato-Kawamura M, Aiba S, Tagami H.: Acute diffuse and total alopecia of the female scalp. A new subtype of diffuse alopecia areata that has a favorable prognosis. Dermatology 2002;205(4):367-73. – 4. Brandy DA.: Corrective hair restoration techniques for the aesthetic problems of temperoparietal flaps Dermatol Surg. 2003 Mar;29(3):230-4; discussion 234. – 5. Epstein JS. Hair transplantation for men with advanced degrees of hair loss. Plast Reconstr Surg. 2003 Jan;111(1):414-21; discussion 422-4. – 6. Hoffmann R. TrichoScan. A new instrument for digital hair analysis Hautarzt. 2002 Dec;53(12):798-804. – 7. Sinclair R There is no clear association between low serum ferritin and chronic diffuse telogen hair loss Br J Dermatol. 2002 Nov;147(5):982-4. – 8. Jackson EA. Hair disorders. Prim Care 2000 Jun;27(2):319-32. – 9. John Gray- Rodney Dawber: A haj és a fejbőr rendellenességei Blackwell Science Ltd. 1999. – 10. Rona M MacKie: Clinical Dermatology Oxford University Press 1998. – 11. Richard C. Gibbs (editor) Differential Diagnosis in dermatology DM Publishing 1997.