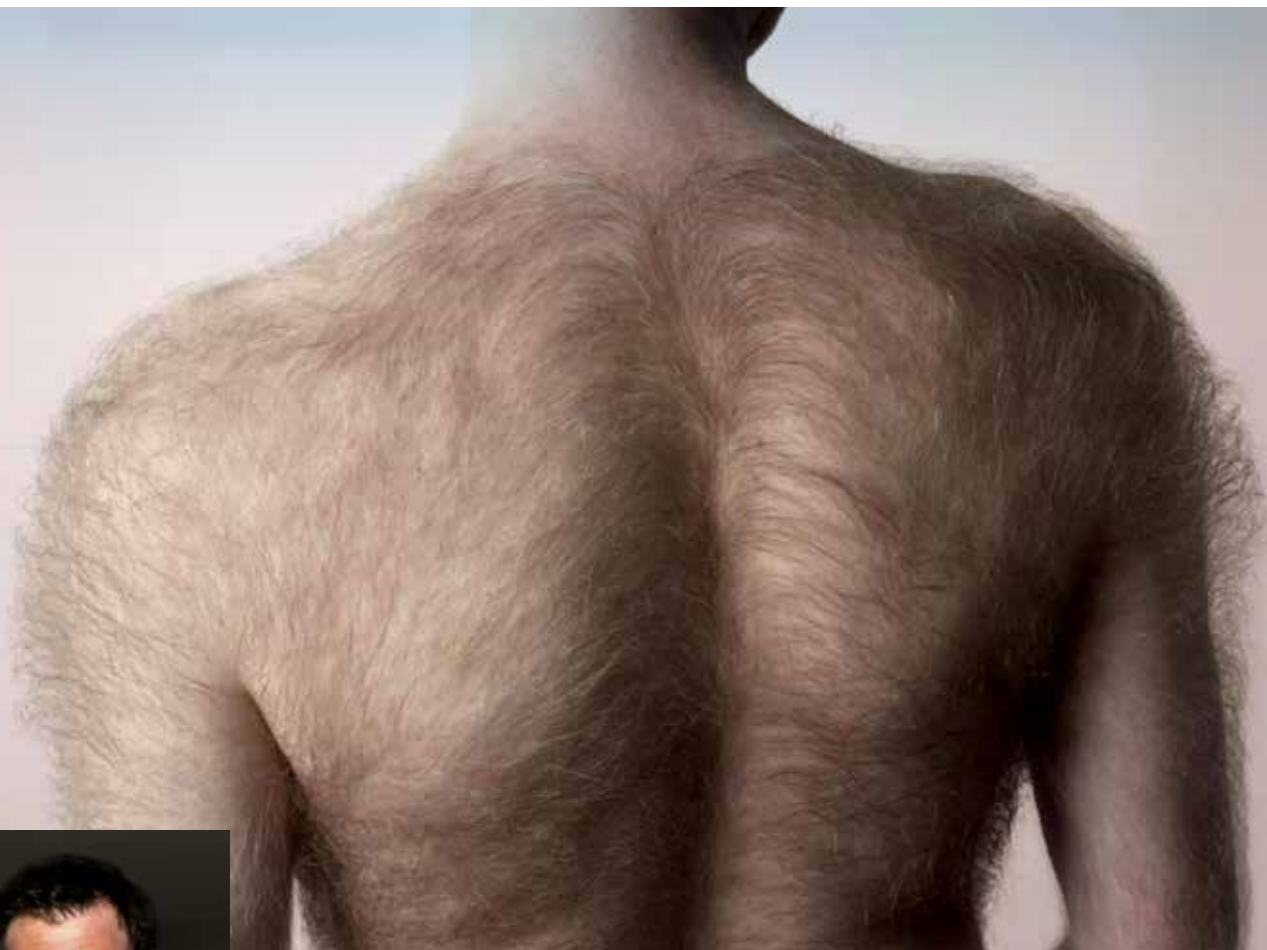


Υπερτρίχωση και Δασυτριχισμός



Από τον
Χριστόφορο Τζερεμιά,
Δερματολόγο,
Διευθυντή Τμήματος LASER
Δερματολογίας &
Μεταμόσχευσης Μαλλιών,
Ιατρικού Κέντρου Αθηνών

Η υπερβολική τριχοφυΐα μπορεί να είναι εντοπισμένη ή διάχυτη, συγγενής ή επίκτητη, και φυσιολογική ή παθολογική.

Οι τρίχες στην ηβική περιοχή των βρεφών μπορεί να είναι καλοήθειες και συνήθως υποχωρούν αυτόματα κατά το 1ο έτος της ηλικίας τους, ειδικά εάν βρίσκονται στο όσχεο στα αγόρια και στα μεγάλα χείλη του αιδοίου ή το εφήβαιο στα κορίτσια χωρίς άλλα στοιχεία αρρενοποίησης ή σεξουαλικής ανάπτυξης.

Συχνά οι όροι υπερτρίχωση και δασυτριχισμός χρησιμοποιούνται, λανθασμένα, ως συνώνυμα για την περιγραφή της υπερβολικής τριχοφυΐας στο σώμα.

Ο **δασυτριχισμός** υποδηλώνει την υπερβολική ανάπτυξη τριχών στο σώμα σε γυναίκες ή παιδιά (κυρίως κορίτσια) ακολουθώντας την ανδρογεννητικού τύπου ανάπτυξη των τριχών (άνω χείλος,

φαβορίτες, λαιμός, στήθος, μαστοί, πλευκή γραμμή, κοιλιακή χώρα, ανώτερο εσωτερικό τμήμα μηρών και πόδια). Συνθέστερα ο δασυτριχισμός αντιπροσωπεύει μια φυσιολογική παραλληγή ανάπτυξης των τριχών, συχνά παρουσιάζεται σε πολλή μέλη μιας οικογένειας, ενώ ο μόνος λόγος που οδηγεί σε αναζήτηση ιατρικής φροντίδας είναι οι κοινωνικές πιέσεις για αφαίρεση της υπερβολικής τριχοφυΐας. Αντιθέτως, η **υπερτρίχωση** αναφέρεται σε μια γενικευμένη ή εντοπισμένη, μη ανδρογεννητικού τύπου υπερβολική ανάπτυξη των τριχών σε έναν άνδρα ή μια γυναίκα, χωρίς στοιχεία ανδρισμού ή διαταραχών του εμμηνορροϊκού κύκλου.

Επίκτητη γενικευμένη υπερτρίχωση

Η γενικευμένη υπερτρίχωση μπορεί να συσχετίζεται με νευρολογικές διαταραχές (υπερτρίχωση λόγων

εγκεφαλικών μεταβολών, σκλήρυνση κατά πλάκας), νευρική ανορεξία, ακροδυνία, υποθυρεοειδισμό, πορφυρία, δερματομυοσίτιδα, υποσιτισμό, καθώς και διάφορες μορφές προκαλούμενες από τα φάρμακα υπερτρίχωσης.

Η προκαλούμενη από τα φάρμακα υπερτρίχωση παρατηρείται συχνότερα σε παιδιά που λαμβάνουν φαινυτοΐνη ή κυκλοσπορίνη, συνήθως 2 ή 3 μήνες μετά τη λήψη της αγωγής, αλλά έχουν ενοχοποιηθεί και άλλα φάρμακα. Στους ενήλικες, αλλά όχι στα παιδιά, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των επίκτητων μορφών χνοώδους υπερτρίχωσης και εσωτερικών κακοθειών, ιδιαίτερα με το αδενοκαρκίνωμα.

Συγγενής υπερτρίχωση

Οι αρχικές λεπτές, μαλακές, αμύελες και συνήθως χωρίς χρωστικές τρίχες ή χνούδι, πέφτουν στην ενδομήτρια φάση, κατά τον 7ο ή τον 8ο μήνα της κύησης. Ωστόσο, τα πρόωρα βρέφη εμφανίζουν συχνά ένα όμορφο «παλιτό» από χνούδι, ιδιαίτερα στις περιοχές του προσώπου, των άκρων και του κορμού. Σε αυτά τα βρέφη, το χνούδι πέφτει κατά τους πρώτους μήνες της ζωής και αντικαθίσταται από τη φυσιολογική ανάπτυξη των τριχών, πριν από τους πρώτους 6 μήνες, συνήθως.



Η χνοώδης υπερτρίχωση είναι μια σπάνια κληρονομική νόσος, στην οποία το χνούδι παραμένει ή υπάρχει υπερβολική παραγωγή σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Τα προσβεβλημένα νήπια ενδέχεται να είναι ασυνήθιστα τριχωτά κατά τη γέννηση ή να αναπτύξουν υπερτρίχωση κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Σε μερικά παιδιά οι τρίχες θα πέσουν

αυτόματα κατά την παιδική ηλικία, ενώ σε άλλα θα παραμείνουν στην ενήλικη ζωή. Η γενικευμένη υπερτρίχωση μπορεί να προκαλέσει σημαντική παραμόρφωση.

Τα προσβεβλημένα παιδιά αποκαλούνται πολλές φορές «άνθρωπος-πίθηκος», «ηλεκάνθρωπος» και άλλα. Επίσης, έχουν περιγραφεί σποραδικά αυτοσωματικές υπολειπόμενες και αυτοσωματικές κυρίαρχες περιπτώσεις. Σε συνδυασμό έχουν περιγραφεί συγγενές γλαύκωμα, σκελετικές ανωμαλίες και απώλεια δοντιών.

Το **σύνδρομο Ambras** είναι μια γενικευμένη περίπτωση υπερτρίχωσης, στην οποία εμφανίζονται επιδερμικές τρίχες παρά χνούδι. Η υπερτρίχωση είναι πιο εμφανής

αποστημάτων, λόγω της δυσκολίας στο να βγουν τα δόντια. Ενδέχεται να χρειαστεί επέμβαση μείωσης του όγκου των ούλων.

Έχει περιγραφεί **φυλοσύνδετη κυρίαρχη κληρονομικότητα για την υπερτρίχωση** σε μια μεξικάνικη οικογένεια.

Οι προσβεβλημένοι άνδρες εμφανίζουν υπερβολική γενικευμένη ανάπτυξη τελικών τριχών, ειδικά στο πρόσωπο και το επάνω μέρος του κορμού. Οι γυναίκες δεν προσβάλλονται τόσο σοβαρά και μπορεί να εμφανίσουν ασύμμετρη τριχοφυΐα, η οποία θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει την τυχαία απενεργοποίηση του προσβεβλημένου χρωμοσώματος.

Η εν λόγω κατάσταση κάποιες φορές βελτιώνεται μετά την εφηβεία.

Σε μια άλλη οικογένεια από το Μεξικό, η συγγενής καθολική υπερτρίχωση συσχετίστηκε με κώφωση και οδοντικές ανωμαλίες ως φυλοσύνδετη υπολειπόμενη διαταραχή.

Η υπερβολική τριχοφυΐα μπορεί να είναι εντοπισμένη ή διάχυτη, συγγενής ή επίκτητη, και φυσιολογική ή παθολογική.

στο πρόσωπο, τα αυτιά και τους ώμους, και επιμένει σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Επίσης, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις δυσμορφίας των χαρακτηριστικών του προσώπου. Το σύνδρομο Ambras έχει συνδεθεί πρόσφατα με μια χρωμοσωμική αναδιάταξη του χρωμοσώματος 8q.

Η υπερτρίχωση με υπερηλασία των ούλων αποτελεί μια ξεχωριστή αυτοσωματική επικρατούσα νόσο, στην οποία οι πάσχοντες έχουν υπερβολικές τρίχες στο πρόσωπο και το σώμα, η κατανομή των οποίων είναι πανομοιότυπη με εκείνη που παρατηρείται στη χνοώδη υπερτρίχωση, αλλά οι ασθενείς συνήθως έχουν αναπτύξει τα τελικά τους μαλλιά και εμφανίζουν παράλληλα σχετιζόμενη υπερηλασία των ούλων. Παρόλο που η υπερτρίχωση υπάρχει συχνότερα εκ γενετής ή εμφανίζεται στη νηπιακή ηλικία, μέχρι και στις μισές από τις αναφερόμενες περιπτώσεις η υπερτρίχωση ξεκινά κατά την εφηβεία. Συνήθως η υπερηλασία των ούλων παρατηρείται λόγω της καθυστερημένης εμφάνισης των δοντιών και τα ούλα περιγράφονται ως roz, σταθερά και με τραχιά υφή. Η διαταραχή αυτή περιπλέκεται λόγω των παρεμβολών που προκαλούνται από το μάσημα, την αναπνοή και την ομιλία, ενώ έχουν περιγραφεί και περιπτώσεις περιοδικικών

Η **γενικευμένη υπερτρίχωση** αποτελεί επίσης χαρακτηριστικό αρκετών συνδρόμων και, συχνότερα, του συνδρόμου Cornelia de Lange. Αυτή η συγγενής ανωμαλία χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτη υπερτρίχωση, μαρμαροειδές δέρμα, υποηλασία των γεννητικών οργάνων, των θηλών και του ομφαλιού, αναπτυξιακές και σκελετικές διαταραχές, νοτική υστέρηση και χαρακτηριστικό κλάμα χαμηλής συχνότητας που μοιάζει με βρυχηθμό. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιστατικών είναι σποραδικά, αλλά σπάνιες οικογενείς περιπτώσεις φαίνεται να είναι αυτοσωματικές κυρίαρχες.

Το πρόσωπο των προσβεβλημένων ατόμων χαρακτηρίζεται από υπερβολική αύξηση των φρυδιών, μεγάλες βλεφαρίδες, ανυψωμένο άνω χείλος, εφιπιοειδή μύτη και κυανωτική χροιά γύρω από τα μάτια, τη μύτη και το στόμα. Τα παιδιά με αυτή τη νόσο έχουν συχνά υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος και γαστρεντερικές διαταραχές. Επίσης, έχουν παρατηρηθεί επιληπτικές κρίσεις στο 20% περίπου των περιπτώσεων που αναφέρθηκαν και οι περισσότεροι ασθενείς πεθαίνουν πριν από την ηλικία των 6 ετών. Η υπερτρίχωση αποτελεί επίσης χαρακτηριστικό της συγγενούς ερυθροποιητικής πορφυρίας.



Ιδιοπαθής δασυτριχισμός

Ο ιδιοπαθής δασυτριχισμός είναι μια κατάσταση που εμφανίζεται στα κορίτσια και σχετίζεται με παρουσία υπερβολικών τριχών στο σώμα κατά το ανδρικό πρότυπο ανάπτυξης των τριχών (στο πρόσωπο, κυρίως στο άνω χείλος, το στήθος, την κοιλιακή χώρα, τα χέρια και τα πόδια) απουσία κλινικών ενδείξεων διαταραγμένης ενδοκρινικής ή μεταβολικής λειτουργίας. Ο ιδιοπαθής δασυτριχισμός θεωρείται ότι συσχετίζεται με αυξημένη διέγερση των τριχοθυλακίων σε κορίτσια με γενετική προδιάθεση από τα κανονικά επίπεδα των ανδρογόνων ορμονών. Άλλα σημεία του υπερανδρογονισμού είναι η ακμή, η ολιγομηνόρροια ή αμηνόρροια και η ανδρογενής αλωπεκία.



το δασυτριχισμού είναι δύσκολη σε οποιονδήποτε πληθυσμό, λόγω του ότι το φάσμα του φυσιολογικού είναι αρκετά ευρύ και υποκειμενικό, ενώ περιλαμβάνει και περιπτώσεις που δεν είναι πάντα κοινωνικά αποδεκτές σε μια συγκεκριμένη κοινωνία.

Οι γυναίκες ισπανικής, εβραϊκής και οσαλτικής καταγωγής έχουν γενικά περισσότερες τρίχες σε σχέση με τις γυναίκες από τη Βόρεια Ευρώπη, την Ιαπωνία και την Ινδία. Ο Ιατρός θα πρέπει να έχει επίγνωση του τι είναι φυσιολογικό και αποδεκτό για ορισμένα άτομα, αλλά μη αποδεκτό, ακόμα και πηγή άγχους για άλλα άτομα. Η λήψη του ιστορικού και η φυσική εξέταση (συμπεριλαμβανομένου του ΔΜΣ και

της περιφέρειας μέσης) θα προσδιορίσει εάν υπάρχει ανάγκη για πλήρη ενδοκρινολογική εξέταση.

Όταν παρατηρείται δασυτριχισμός σε ένα κορίτσι μετά την εφηβεία χωρίς άλλα σημάδια ανδρισμού (υποχώρηση της γραμμής των μαλλιών, πιο βαθιά φωνή ή ενδείξεις διαταραχών του εμμηνορροϊκού κύκλου), το ενδεχόμενο ενδοκρινικής νόσου δεν είναι πιθανό. **Όταν φαίνεται ότι η διαταραχή δεν είναι φυσιολογική και, ιδιαίτερα όταν σχετίζεται με άλλα σημεία υπερβολικής ύπαρξης ανδρογόνων ή πρώιμης εφηβείας** (εμφάνιση τριχών στην περιοχή των γεννητικών οργάνων σε κορίτσια πριν την ηλικία των 8 ετών), **θα πρέπει να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ανωμαλιών στην υπόφυση, τα επινεφρίδια και τις ωοθήκες.** Σε αυτές περιλαμβάνονται: πρώιμη αδρεναρχή, όψιμη έναρξης συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων, αρρενοποιητικοί όγκοι, σύνδρομο Cushing, υπερπρολακτιναιμία, μεγαλακρία, σύνδρομο Achard-Thiers (διαβήτης, υπέρταση και δασυτριχισμός) και σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (ΣΠΩ).

Από τα προαναφερόμενα, το ΣΠΩ αποτελεί μακράν την πιο κοινή περίπτωση, με τον επιπολασμό του να αυξάνεται παράλληλα με την παχυσαρκία (3% των μη επιβεβαιωμένων εφήβων σε μία μελέτη).

Επιπλέον των σημείων υπερανδρογονισμού, δύο άλλες ενδείξεις του ΣΠΩ είναι η παρουσία ολιγομηνόρροιας ή αμηνόρροιας και μελανίζουσας ακάνθωσης. Η ολιγομηνόρροια ορίζεται από εμμηνορροϊκούς κύκλους > 35 ημερών, ενώ με λιγότερους από οκτώ εμμηνορροϊκούς κύκλους ορίζεται ως χρόνια ανωορρηξία. Η διάγνωση της ολιγομηνόρροιας είναι δυσκολότερη στις έφηβες, αλλά η επίμονη αστάθεια για περισσότερα από 2 χρόνια μετά την έναρξη των εμμήνων θα πρέπει να θεωρείται μη φυσιολογική. **Η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το ΣΠΩ και το 40-60% των γυναικών με ΣΠΩ είναι υπέρβαρες ή παχυσάρκες, με ιδιαίτερη κοιλιακή παχυσαρκία.**

Θεραπεία της υπερτρίχωσης και του δασυτριχισμού
Η υπερβολική τριχοφυΐα μπορεί να αντιμετωπιστεί με διάφορους τρόπους. Οι πιο απλές μέθοδοι για την αφαίρεση των τριχών είναι **το κόψιμο τους με ψαλίδι ή**

το ξύρισμα των τριχών και, παρόλο που κάποιες φορές δεν γίνονται αποδεκτές από τους ασθενείς σε ψυχολογικό επίπεδο, αποτελούν τις μεθόδους με τις λιγότερες πιθανότητες δημιουργίας ερεθισμού στο δέρμα. Αυτές οι τεχνικές δεν διεγείρουν



τη γρηγορότερη ανάπτυξη πιο ανθεκτικών τριχών.

Η λεύκανση με υπεροξείδιο του υδρογόνου μπορεί επίσης να κάνει λιγότερο εμφανή την ανεπιθύμητη τριχοφυΐα για έως και 4 εβδομάδες και λειτουργεί καλύτερα σε παιδιά με ανοιχτόχρωμο δέρμα, καθώς οι πιο ξανθές τρίχες μπορεί να είναι περισσότερο εμφανείς σε σκουρόχρωμο δέρμα.

Η αποτέρωση ή αποτρίχωση με κερί (ουσιαστικά μια πιο ευρεία μορφή αποτέρωσης) με τη χρήση μίγματος ζεστού κεριού στις περιοχές με τριχοφυΐα είναι πολύ επώδυνη για τα παιδιά, αλλά μπορεί να είναι μια επιλογή για τους εφήβους. Οι αποτριχωτικές χημικές ουσίες που περιέχουν θείο ήθειογλυκολικά καθώς και οι ενζυματικοί αποτριχωτικοί παράγοντες καταστρέφουν τα προεξέχοντα στελέχη των τριχών, προκαλώντας ελάχιστες ζημιές στο υποκείμενο δέρμα.

Τα παιδιά με εκτεταμένη υπερτρίχωση θα πρέπει να περιορίσουν τη χρήση χημικών αποτριχωτικών σκευασμάτων σε συγκεκριμένα σημεία λόγω του κινδύνου συστηματικής απορρόφησης και τοξικών αντιδράσεων.

Στην **ηλεκτρόλυση**, χορηγείται ηλεκτρικό φορτίο στον θύλακα της τρίχας, καταστρέφοντάς τον.

Τα laser αποτελούν τεχνικές με πιο μόνιμο αποτέλεσμα, οι οποίες είναι κατάλληλες για τα παιδιά πριν την εφηβεία. Τα εξελιγμένα Δερματολογικά Laser αποτρίχωσης 4ης γενιάς είναι πλέον σε θέση να προσφέρουν την καλύτερη και αποτελεσματικότερη λύση στο πρόβλημα της ανεπιθύμητης τριχοφυΐας με τρόπο γρήγορο, ανώδυνο και ασφαλή.



Οι θεραπείες με laser αφαιρούν τις ανεπιθύμητες τρίχες μέσω της επιλεκτικής φωτοθερμόλυσης των πηλούσιων σε μελανίνη δομών. Το φως απορροφάται από τους θύλακες των τριχών, ενώ οι κοντινοί ιστοί απορροφούν ελάχιστα από αυτό. Τα laser Αλεξανδρίτη και Nd:YAG μεγάλου παλμού έχουν χρησιμοποιηθεί σε παιδιά με ανοιχτόχρωμες αθλή και πιο σκούρες επιδερμίδες, αντίστοιχα, για διάφορες ενδείξεις και γίνονται καλά ανεκτά. Μπορεί να χρειαστεί η εφαρμογή τοπικής αναισθησίας.

Αν ένας έφηβος έχει υπερτρίχωση και υπερανδρογοναιμία, η θεραπεία θα πρέπει να επικεντρώνεται ειδικά στην υποκείμενη αιτία. **Η πιο σημαντική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του ΣΠΩ στις έφηβες είναι η τροποποίηση του τρόπου ζωής με αύξηση της άσκησης και έλεγχο των διατροφικών συνθηκών.** Στο ΣΠΩ, η κατά 10% τουλάχιστον απώλεια του αρχικού σωματικού βάρους βελτιώνει τη λειτουργία του εμμηνορροϊκού κύκλου και τις μεταβολικές ανωμαλίες. Η χορήγηση μεφορμίνης ή άλλων ευαισθητοποιτών της ινσουλίνης πρέπει να γίνεται συμπληρωματικά στις αλλαγές του τρόπου ζωής, αλλά μπορεί να βελτιώσει την αντίσταση στην ινσουλίνη, την παχυσαρκία και τα επίπεδα ανδρογόνων στον ορό. Τα αντι-ανδρογόνα και τα από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά αποτελούν την παραδοσιακή μέθοδο αντιμετώπισης του δασυτριχισμού.

Αποτρίχωση Laser

Τι πρέπει να γνωρίζετε για την εφαρμογή του LASER αποτρίχωσης

Τα εξελιγμένα Δερματολογικά Laser αποτρίχωσης 4ης γενιάς είναι πλέον σε θέση να προσφέρουν την καλύτερη και αποτελεσματικότερη λύση στο πρόβλημα της ανεπιθύμητης τριχοφυΐας με τρόπο γρήγορο, ανώδυνο και ασφαλή.

1. Η δράση της δέσμης LASER στον τριχικό θύλακα προκαλεί σταδιακά και επιλεκτικά την καταστροφή των κυττάρων τα οποία παράγουν τριχοφυΐα. Κατ' αυτόν τον τρόπο η τριχοφυΐα σταδιακά μετατρέπεται σε χνούδι και αδύναμη, μέχρι την πλήρη αναστολή της ανάπτυξής της. Η δράση των εξελιγμένων LASER συνδυάζεται, έτσι ώστε να διασφαλίζεται άριστο αποτέλεσμα σε όλα τα είδη τριχοφυΐας και σε όλους τους τύπους δέρματος.
2. Είναι απαραίτητο να υπάρχουν την ημέρα της εφαρμογής, τρίχες τουλάχιστον 1-2 ημερών. Διαφορετικά είναι δύσκολο να καταγραφούν σωστά η ποιότητα και η ποσότητα των τριχών. Γι' αυτό το λόγο απαγορεύεται η χρήση άλλων αποτριχωτικών μεθόδων 4-6 εβδομάδες πριν την κάθε εφαρμογή LASER.
3. Τα χρονικά μεσοδιαστήματα μεταξύ των συνεδριών LASER συνήθως είναι από 4 έως 10 εβδομάδες, ανάλογα με την ανατομική περιοχή και ανάλογα με την αλλαγή στον ρυθμό ανάπτυξης της τρίχας την οποία έχει πετύχει η προηγούμενη εφαρμογή LASER.
4. Ο αριθμός των συνεδριών που απαιτούνται εξαρτάται από την περιοχή η οποία πρόκειται να υποβληθεί σε

θεραπείες, την ποιότητα της τρίχας και μερικούς δευτερογενείς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν το φυσιολογικό κύκλο ανάπτυξης της τρίχας, όπως η ηλικία, οι ορμόνες, το βάρος, η λήψη φαρμάκων, ο μεταβολισμός, η κληρονομική προδιάθεση και ορισμένες παθολογικές καταστάσεις.

5. Όσο πιο σκουρόχρωμη είναι η επιδερμίδα είτε λόγω φυσικού χρώματος, είτε λόγω ηλιοθεραπείας ή Solarium, τόσο πιο προσεκτική πρέπει να είναι η εφαρμογή του LASER. Γι' αυτό το λόγο και για να διασφαλίσουμε την πιο ασφαλή και αποτελεσματική εφαρμογή, συνιστούμε να αποφεύγετε την έκθεση στον ήλιο ή Solarium πριν και κατά την διάρκεια των συνεδριών LASER. Μερικές φορές είναι απαραίτητη η χρήση ειδικής κρέμας.
6. Αν παίρνετε φάρμακα, αν είστε έγκυος ή πάσχετε από κάποια χρόνια νόσο, θα πρέπει να ενημερώνετε το γιατρό σας. ◆

