Восстановительная хирургия волос у пациентов с первичными рубцовыми алопециями

Куц Евгений Сергеевич
студент 4-го курса,
медицинского факультета №2
НМУ имени А.А. Богомольца
Украина, г. Киев
E-mail: eugenekutsss@gmail.com

Резюме

Первичные рубцовые алопеции (ПРА) представляют собой группу воспалительных состояний, основой которых является воспаление волосяного фолликула. Эти алопеции плохо изучены, их патогенез до конца неизвестен, а лечение проводится, согласно небольшим отдельным случаям, описанным в литературе, и мнению экспертов. Они составляют до 7,25% случаев выпадения волос при обращении в клинику. Учитывая неоптимальные результаты фармакотерапии и значительный эмоциональный дистресс, вызванный этими состояниями, необходимо изучить перспективы хирургической коррекции для пациентов, страдающих рубцовыми алопециями. Целью этой статьи является попытка суммировать все, что известно о восстановительной хирургии волос при лечении ПРА.

Введение

ПРА представляют собой гетерогенную группу расстройств, при которых волосяной фолликул является мишенью воспалительного ответа из-за неопределенных триггеров. Они классифицируются в соответствии с типом воспалительных клеток (лимфоцитарная, нейтрофильная и смешанная), участвующих в разрушении волосяного фолликула и замене его фиброзной тканью[1,2,5]. Независимо от вида алопеции, наиболее важными остаются ранняя диагностика и лечение, так как рубцовые алопеции считаются чрезвычайными ситуациями в трихологии[7].

Фармакотерапия позволяет лишь остановить прогрессирование болезни и предотвратить дальнейшую потерю волос, но уровни доказательств этих методов лечения являются низкими, и многие из них основаны лишь на личном опыте и не подкреплены клиническими испытания.

Возникает множество вопросов при выборе восстановительной хирургии волос для таких пациентов: какая наиболее соответствующая хирургическая техника для лечения данной ПРА? Каково оптимальное время для проведения операции? Как мы убедимся, что болезнь в стадии ремиссии? Может ли трансплантация реактивировать болезнь и привести к рецидиву? Как сказывается на выживаемости трансплантата пересадка в область сформированного рубца? Могут ли вариации в хирургической технике улучшить выживаемость трансплантата?

Далее мы постараемся найти ответ на эти вопросы.

Хирургические методы лечения ПРА

Хирургия с или без использования экспандеров и пересадка волос с использованием традиционной техники лоскута или бесшовным методом экстракции фолликулярных единиц FUE (Follicular Units Extraction) являются методами выбора для лечения ПРА[3]. Выбор хирургической техники зависит от ряда факторов: размер и локализация областей алопеции, кровоснабжение, дряблость кожи, ожидаемые шрамы, наличие донорских волос и особенности заживления ран у

пациента.

Хирургическое иссечение является простым способом удаления рубцовых зон на коже головы и используется для лечения небольших участков ПРА. Этот метод состоит из выполнения надрезов, подрывания краев раны и соединения их вместе с минимальным натяжением, насколько это возможно.

Для лечения больших площадей (рубцы шире, чем 5 см), используют тканевые экспандеры, внедренные в нормальную кожу головы, прилегающую к рубцовой области, которая постепенно заполняется физиологическим раствором в течение 8-12 недель. Затем растянутая кожа надвигается или поворачивается, чтобы заполнить хирургические дефекты, созданные посредством удаления травмированных зон. Используя вращательные лоскуты и Z-пластику, можна создать естественного вида волосяной покров, учитывая направление роста волос для получения оптимальных косметических результатов. Возможные осложнения включают инфекции, образование серомы и расхождение краев раны.

Пересадка волос состоит из получения волос от донорской площади (как правило, затылочная и заднетеменная кожа головы) с использованием линейного иссечения или небольших перфораций для сбора отдельных фолликулярных единиц (FUE) и пересадка их в сайт-реципиент. Наличие донорских волос иногда является ограничивающим фактором, но FUE имеет преимущество получения волос из других участков тела, таких как борода, если это необходимо (когда плотность кожи головы донорской области является недостаточной или если она подвержена заболеванию). Из-за плохого кровоснабжения, пересадка волос в область рубцовой алопеции не так проста, как в зону здоровой кожи головы.

Сроки выполнения операции, рецидив и ремиссия

Первичные рубцовые алопеции описаны как нестабильные, согласно Unger и др.[3], из-за непредсказуемости течения и склонности к рецидивам. Авторы утверждали назначение хирургической коррекции только после, не менее, 1 года стабильности течения. Причина в том, что если болезнь активна, пересаженные фолликулы будут мишенью той же воспалительной реакции, и вскоре погибнут. Однако, мониторинг активности заболевания у пациентов с ПРА является сложным процессом. Большинство врачей при этом полагаются на тяжесть симптомов и данные осмотра. К сожалению, отсутствие симптомов и каких-либо признаков воспаления в течении длительного периода времени не означает, что болезнь находится в ремиссии [1]. Даже если проводятся повторные биопсии, отбор проб с одной или даже нескольких областей кожи головы, хотя и очень информативен, не может быть показателем общей ситуации. Ошибки выборки и недостаточная клинико-патологическая корреляция могут ограничить полезность биопсий.

Таким образом, если хирург не может надежно использовать клиническое обследование, или результаты биопсии, чтобы определить активность ПРА, а рецидивы могут произойти после нескольких лет затишья, рекомендация ждать в течение 1 года ремиссии перед началом трансплантации становится неуместной.

С другой стороны, хирургическая трансплантация волос может спровоцировать рубцовую алопецию и появление LPP [4]. Кроме того, была отмечена вероятность того, что трансплантация может реактивировать LPP с возникновением синдрома Кебнера (koebnerization), несмотря на то, что болезнь могла быть в состоянии покоя на протяжении многих лет до операции.

Выживаемость трансплантата и вариации хирургической техники

При пересадке в зонах ПРА наибольшее значение имеют оксигенация крови кожи головы и кровоснабжение участка-реципиента. Атрофия, гипертрофия и фиброз в таких участках предрасполагают к неадекватной перфузии, и если пересаженные трансплантаты не

реваскуляризировать в течение нескольких дней после операции, они не выживут[6, 8]. Другой фактор, который определяет уровень выживаемости трансплантата, это число трансплантатов / см^2. Рекомендуется, чтобы это значение не превышало 30 трансплантатов / см^2 при адекватной перфузии[3]. Если слишком много трансплантатов пересаживают в небольшую область, они конкурируют из-за сниженного кровотока ткани рубца. Недостаточная перфузия плотно упакованных трансплантатов не только приведет к низкой выживаемости, но может также предрасполагать к инфекциям и, как следствие, к некрозу кожи.

Использование эпинефрина позволяет непрерывно оценивать кровоснабжение путем мониторинга количества кровотечения и принять решение о необходимом количестве трансплантатов. Плотность трансплантата в зоне с плохой перфузией не должна превышать 15-20 трансплантатов / см^2. FEU имеют высокую выживаемость, так как обычно содержат 1-5 волосков и достаточно малы, чтобы поместиться в 18-G и 19-G разрезы сайтов-реципиентов. Оптимальный размер участков-реципиентов зависит от степени дряблости кожи и тургора. Глубина и угол сайта-получателя зависит от степени фиброза в зоне алопеции. В атрофических районах сайты-реципиенты создаются под более острым углом, а в гипертрофических областях делаются глубже [3]. Использование миноксидила (2-5%) для вазодилатации в период, перед (за 2 недели) и после (на протяжении 5 недель) операции может улучшить оксигенацию трансплантата [10].

Выводы

Непредсказуемое течение рубцовых алопеций, их относительная низкая встречаемость и психологическое воздействие которое они оказывают на пациентов [2] делают их труднодоступными для клинических исследований.

Является ли профилактическая фармакотерапия при трансплантации фактором уменьшения вероятности рецидива, еще предстоит определить. Некоторые авторы рекомендовали назначение такого лечения сразу после пересадки у пациентов с фронтальной фиброзирующей алопецией, с целью защитить пересаженные волосы и избежать облысения в ранее не пораженных участках [9]. Это важно при пересадке волос у пациентов с андрогенной алопецией и, предположительно, может быть применено для лечения других форм алопеций.

Пациенты, проходящие хирургическое восстановление волос для лечения ПРА должны быть осведомлены об осложнениях, которые могут возникнуть после операции, а также высоком риске развития андрогенной алопеции в области пересадки. Также нужно объяснить пациенту, что возможность реактивации заболевания может наступить в любое время, поэтому необходимо начать фармакотерапию сразу после операции.

Литература

1. Harries MJ, Sinclair RD, Macdonald-Hull S, et al: Management of primary cicatricial alopecias: options for treatment. Br J Dermatol 2008; 159: 1–22.
2. Chiang YZ, Bundy C, Griffiths CE, Paus R, Harries MJ: The role of beliefs: lessons from a pilot study on illness perception, psychological distress and quality of life in patients with primary cicatricial alopecia. Br J Dermatol 2015; 172: 130–137.
3. Unger W, Unger R, Wesley C: The surgical treatment of cicatricial alopecia. Dermatol Ther 2008; 21: 295–311.
4. Donovan J: Lichen planopilaris after hair transplantation: report of 17 cases. Dermatol Surg 2012; 38: 1998–2004.
5. Filbrandt R, Rufaut N, Jones L, Sinclair R: Primary cicatricial alopecia: diagnosis and treatment. CMAJ 2013; 185: 1579–1585.
6. Cooley JE: Optimal graft growth. Facial Plast Surg Clin North Am 2013; 21: 449–455.

7. Siah TW, Shapiro J: Scarring alopecias: a trichologic emergency. Semin Cutan Med Surg 2015; 34: 76–80.
8. Parsley WM, Perez-Meza D: Review of factors affecting the growth and survival of follicular grafts. J Cutan Aesthet Surg 2010; 3: 69–75.
9. Mendes Bastos P, Camps Fresneda A: Hair transplantation for frontal fibrosing alopecia: part of the solution? Actas Dermosifilogr 2016; 107: 3–4.
10. Avram CY. The potential role of minoxidil in the hair transplant setting. Dermatol Surg 2002: 28: 894–900.