

# Alopeetsia

Alopeetsia on üldine termin, mis tähendab juuste kadu, ning seda esineb nii meestel kui ka naistel igas vanusegrupis. Juuste väljalangemise põhjuseid on erinevaid – mõned neist on pöörduvad, teised mitte. Kiilanemine mõjutab sageli tugevalt inimeste elukvaliteeti.

**INGEL SOOP**  
dermatoloogia  
eriala  
arst-resident  
Ida-Tallinna  
Keskskaigla



**A**lopeetsiaid saab jagada mitteamistavateks, mis võivad, kuid ei pruugi olla pöörduvad, ning armistavateks, mis on jääv muutus.

## Mitteamistavad alopeetsiad

*Telogen effluvium* ehk korraga paljude juuksekarvade väljalangemine on enamasti ajutine, kuid võib olla ka krooniline.

ne. Ägedaks loetakse juhte, mis kestavad alla kuue kuu. Mõjutatud on enam naised (või pöörduvad naised sellega rohkem arsti poole).

Karvad lähevad korraga kasvufaasist üle puhkefaasi ning langevad välja, karvanääps aga säilitab oma võime kasvada uut karva. Põhjuseid võib olla mitmeid (ravimid, mürgistused, põletikud), kuid tavapärasemateks põhjusteks on tugev vaimne või füüsiline pingutus, naistel näiteks sünnitus ja sünnitusjärgne periood,

aga ka olulised toitainete puudused, nagu rauavaegus, D-vitamiini puudulikkus jt mikrotoitainete puudused. Ägedal juhul leiab juuste väljalangemine aset paar kuud pärast põhjuslikku tegurit, oluline on patsiente selle osas nõustada. (1)

**Androgeenne alopeetsia** (vt pilt 1) on ilmselt enim tuntud kiilasuse vorm ning on suuresti geneetiliselt määratletud. Progressiivne juuksekadu ei alga enne puberteedi lõppu ning haaratud on nii mehed kui ka naised, viimased rohkem pärast menopausi. Põhjuseks on peanaha karvanääpsude liigne tundlikkus androgeenidele. Karvad muutuvad androgeenide mõjul ajas üha peenemaks ning heledamaks, transformeerudes terminaalkarvadest velluskarvadeks (udujad karvad, mis katavad meie kerenahka).

Meestel on klassikaliselt haaratud pealagi ning frontaalpiirkond (juuksepiir nihkub ajas tahapoole, karvad kaovad pealaelt), naistel on juuksekadu hajusam, haarates laialdasemalt pealage ning väljendudes hõredama seiltina. (2)

**Areaatalopeetsia** (vt pilt 2) ehk laiguline juuksetus on autoimmuunse seisund, mille tõttu tekivad peanahale ümmargused kiilad laigud. Immuunsüsteemi rakud ründavad karvanääpsude epiteeli (täpne antigeen on ebaselge), eriti just kasvufaasis karvanääpsu, ning karvad langevad välja. Kuna tüvirakud karvanääpsus jäävad alles, on karvade tagasikasv võimalik. Immuunsüsteemi aktivatsiooni algatajaks on enamasti stressor: vaimne pingeline, haigestumine, ravimid vms.



Pilt 1. Androgeense juustekao erinevus meestel ja naistel (10)



**Pilt 2. Areaatalopeetsia.** Ümarad kiilad laigud laatuva kokku suuremateks juusteta aladeks. Karvafolliikulid on säilinud (11)



**Pilt 3. Lichen planopilaris.** Armistunud asümeetrilised laigud peanahal. Karvafolliikulid ei ole säilinud (11)



**Pilt 4. Frontaalne fibroseeriv alopeetsia.** Juuksed kaovad progresseeruvalt otsmikult. Haaratud on ka kulmud (12)



**Pilt 5. Decalvans follikuliit.** Nukujuuksed – ühest folliikulist kasvab mitu juuksekarva. Säilinud folliikulite vaheline nahk on armistunud (11)

Kiilaste laikude teke on enamasti kiire ning kulg ennustamatu. Haiguse progresseerudes võivad juusteta laigud laotuda ning haaratud võib olla kogu pea (*alopecia totalis*) või kogu keha (*alopecia universalis*).

Areaatalopeetsiale on leitud geneetilist eelsoodumust, soolist eelistust ei esine. Enamasti tekivad esimesed laigud noores täiskasvanueas. Algas lapsepõlves ja laialdane haaratus on halva prognoosi markerid. Kaasuda võivad teised autoimmuunhaigused, nagu luupus või vitiliigo. (3)

**Trihhotillomaania** ehk Rapuntseltõbi on obsessiiv-kompulsiivhaiguste gruppi kuuluv seisund, kus inimene ise tõmbab oma juukseid välja. Patsiendid sageli eitavad juuste tõmbamist, mistõttu võib esmane diagnoosimine olla keeruline. Laigud on asümmeetrilised, allesjäänud karvad on rebitud,

krussis või murdunud. Kui lõigata karvad väljakitkumiseks liiga lühikeseks, on täheldatav ühtlane karvade kasv. Naised on haaratud umbes üheksa korda sagedamini kui mehed. (4)

### Armistavad alopeetsiad

Siia gruppi kuuluvad erinevad põletikulised haigused, mille tulemusel hävineb karvanääps jäädavalt (põletik haarab erinevalt areaatalopeetsiast ka karvanääpsu tüvirakke) ning karvade tagasikasv ei ole võimalik. Need jaotatakse primaarseks (põletik on suunatud just karvanääpsu vastu) ning sekundaarseks (karvanääps hävib üldise nahas oleva põletikulise protsessi tõttu). Tulemuseks on mõlemal juhul armistunud laik, milles karvade tagasikasvu ei teki. (5)

Armistusega kulgevaid juuksekaovorme on mitmeid, kuid neid esineb

suhteliselt harva. Lihtsuse mõttes on siin välja toodud kolm sagedasemat.

**Lichen planopilaris** (vt pilt 3) ehk karvalihhen haarab enim naisi ning algab folliikulit ümbritseva punetuse ning hüperkeratoosiga. Põletiku arenedes tekivad mitmed asümeetrilised ja ebaregulaarsed alopeetsialaigud, mis haaravad enim pealae keskjoont. Patsiendid kaebavad valu, sügelust ja põletustunnet. (5)

**Frontaalne fibroseeriv alopeetsia** (vt pilt 4) on aeglaselt progresseeruv põletik, mis haarab otsmiku juuksepiiri ning sageli ka kulmude lateraalsi. Esineb enim naistel pärast menopausi. Seisund on kas sügelev ja valulik või täiesti asümptomaatiline. (5)

**Folliculitis decalvans** (vt pilt 5) on neutrofiilne karvanääpsu põletik peanahal, mida esineb rohkem keskeas meestel. Lastel ei ole leidu kirjeldatud.

Tekivad pustulid ja koorikud ümber karvanääpsude. Iseloomulikuks leiuks on ühest folliikulist korraga kimpudena kasvavad juuksekarvad (nagu nukujuuksed). Põletiku arenedes karvanääpsud armistuvad. (5)

Sekundaarset armistavat põletikku võivad anda muuhulgas ka skleroderma, diskoidne luupus, kasvavad, villilised haigused, traumad, erinevad bakteriaalsed ja seentekkelised põletikud (5).

## Diagnoos

Oluline on anamnees: kaebuste kestus (järsk või hiiliv), kas juuksekaole eelneval paaril kuul esines tugevat stressi (haigestumine, vaimne pinge, sünnitus vms) või kasutas patsient uut ravimit; samuti on oluline juuste väljalangemise vorm (hajus juuksekadu või kiilad laigud), kaasuvad sümptomid nii peanahal (sügelus, põletik) kui süsteemselt (väsimus, külmatunne, kaalu muutus jne).

Juuste tõmbetesti puhul tuleb võtta sõrmede vahele u 50 juuksekarva ning rahulikult, kuid piisavalt tugevalt ning ühtlaselt karvu tõmmata. Rohkem kui 4–6 karva eemaldumine näitab juuste suurenenud väljalangevust. Testi tuleks korrata igas kvadrantis. (5)

Kui juuste väljalangemine pole klassikalise pildiga või ravis tekib ebakindlus, tuleks patsient suunata dermatoloogi vastuvõtule. Nahaarst saab peanahka hinnata dermatoskoobiga või vajadusel võtta peanahast biopsia põletikumustri kinnitamiseks ning spetsiifilise ravi määramiseks.

## Ravi

Ravi sõltub loomulikult protsessi olemusest. Arvestama peab, et alopeetsia ravi on pikaajaline, nõuab suurt pühendumust patsiendi poolt ning ei saa anda garantiid, et sekkumine on edukas või raviefekt püsiv. Muutuste nägemine võtab aega pool aastat või kauem.

Armistavate põletike korral on väga oluline korrektne diagnoos ning ravi kiire alustamine, kuna karvanääpsu armistudes karvakasvu tagasi pöörata ei saa. Alopeetsia täpse põhjuse selgitab enamasti välja dermatoloog, kes saab teha trihhoskoopia ehk peanaha ja karvade seisundi hindamise dermatoskoobi abil. Vajadusel võetakse peanahast ka biopsia, et täpsustada põletikumuster ning diagnoos.

“Arvestama peab, et alopeetsia ravi on pikaajaline, nõuab suurt pühendumust patsiendi poolt ning ei saa anda garantiid, et sekkumine on edukas või raviefekt püsiv.

Ägeda telogen effluvium'i korral on seisund enamasti iselimeeruv, eriti kui vallandajaks oli ühekordne ajutine stressor. Võimalusel tuleks vältida beetablokaatoreid, retinoide, antikoagulantere ja türeotoksikoosi ravimeid (1), kuid see võib olenevalt patsiendi seisundist olla ebarealistlik soovitus. Kui esineb hüpotüreooosi, D-vitamiini puudust või rauavaegusaneemiat, tuleks seda korrigeerida (5), eriti ferritiini tase on soovituslik hoida üle 40 µl (6).

Kui patsient on väga huvitatud eri võimaluste proovimisest, võib soovitada kasutada käsümüügist juuste kasvu soodustavaid šampoone ning paari kuu pikkuse kuurina suukaudseid juuksekasvu preparaate, mis sisaldavad rauada, D-vitamiini, tsinki, seleeni, biotiini jt mikrotoitaineid.

Oluline on aga siinjuures meele pida, et kuigi mikrotoitainete puudusel on juuste väljalangemise oma roll, ei ole tehtud kvaliteetseid süsteemseid uuringuid, mis tõestaks, et käsümüügi-preparaatide kasutamine juuste väljalangemist pidurdaks või juuksekasvu kiirendaks (6).

Toidulisandid on enamasti patsientidele ohutud, kuid võivad olla patsiendi jaoks oluline rahaline kulu ning tulemus ei pruugi olla märgatav, seega tasub patsiendile selle osas nõustada.

Androgeense alopeetsia korral on oluline kontrollida kilpnäärme analüüsi, raua taset ning vajadusel sõeluda patsiente ka süüfilise suhtes. Peab arvestama, et ravi ei ole sageli nii efektiivne, kui patsiendid ootaks, ning võtab vähemalt pool aastat, et tulemusi üldse märgata. Ravi eesmärk on pöörata ümber androgeenide mõju karvanääpsudele pealael, et karvad muutuksid uuesti jämedamaks ning tumedamaks.

Ravivariandid on minoksidiil (mis Eestis on kättesaadav toopilisel kujul

pihusena käsümüügist) ning 5-α reduktaasi inhibiitorid (finasteriid, dutasteriid). Minoksidiil võib tekitada peanaha ärritust, finasteriid rindade valulikkust ning libiido langust. Naistel eelistatakse kasutada antiandrogeene nagu spironolaktoon, mis toimib nii retseptori blokaatori kui ka androgeenide sünteesi vähendajana. (5)

Off-label on naistel dermatoloogide poolt kasutusel ka 5-α reduktaasi inhibiitorid, kuid reproduktiivses eas on sellisel juhul vajalik väga korralik rasestumisvastane kaitse, kuna need preparaadid tingivad meessoost loote feminiseerumise (5).

Trihhotillomaania puhul keskendub ravi obsessiiv-kompulsiivhäire ravile ning nõustamisele. Kasutatakse nii selektiivseid serotoniini tagasihaarde inhibiitoreid kui kognitiiv-käitumisteraapiat. (7)

Areaatalopeetsia tekib enamasti järsku ja võib minna ise remissiooni umbes kolmandikul kuni pooltel patsientidel ühe aasta jooksul. Mida rohkem alopeetsia koldeid ning korduvaid episoodide esineb, seda väiksem on lootus juuste tagasikasvuks. Kuni veerandil patsientidest progresseerub haigus täielikuks juustekaoks ning sellest on remissiooni saamine ebatõenäoline.

Raviks kasutatakse toopilisi või koldeesse süstitavaid kortikosteroide, millega õnnestub uus karvakasv indutseerida u 60–70%-l juhtudest, kuid kõrvaltoimed on lokaalne naha atroofia ning pigmentatsioonihäired. Kuna intralesionaalsed süstid on valusad, ei pruugi see olla sobiv variant lastele või laialdase peanaha haaratuse korral.

Väljendunud juuksekaos korral on võimalik teha ka pulssravi kortikosteroiididega, mis võiks vähendada süsteemse steroidhormooni tarvitamisega seotud kõrvaltoimeid (8), kuid pikaajalised

ohutusuuringud puuduvad ning konkreetseid ravijuhiseid süsteemse ravi kohta paika pandud ei ole (9).

Uus lootus suukaudses ravis on uued JAK inhibiitorid, mis on näidanud positiivset efekti ja head taluvust.

Kuna haigus ei mõjuta üldtervist ning ravi võib anda kõrvaltoimeid või olla rahaliselt kulukas, võib teatud patsientide puhul olla valikuks ka ravi üldse mitte rakendada. (3)

Armistavate alopeetsiate puhul on ravi suunatud põletiku vähendamisele, eesmärgiga pidurdada või peatada armistumise progresseerumist ning vähendada kaebusi. Ravi sarnaneb areaalalopeetsia raviga – kasutatakse kas potentseid toopilisi või intralesionaalseid glükokortikosteroide. (5)

Süsteemselt kasutatakse raviks ka retinoide, tetratsükliine, hüdroksüklo-rokviini või süsteemseid kortikosteroide (7), kuid sellisel juhul on mõistlikum, kui ravi juhib ja jälgib eriarst. Kui armistumise protsess on stabiliseerunud, võib patsient kaaluda esteetilisel eesmärgil karvanääpsude siirdamist.

## Kokkuvõtteks

Alopeetsia tekkepõhjused on erinevad. Esmalt võiks patsient juuksekao murega pöörduda perearstile, et kontrollida raua ja D-vitamiini taset ning kilpnäärme hormone.

Oluline on eristada armistavaid alopeetsiaid mittearmistavatest, hinnata tuleks armide esinemist ning seda, kas esineb põletikutunnuseid nagu koorikud, pustulid või punetus, eriti karvanääpsude ümber.

Alopeetsia ravi ei ole paraku väga tänuväärne, sest paranemine tuleb aeglaselt ning sageli ei vasta patsiendi ootused parimale realistlikule saavutatavale tulemusele. Kui tegu ei ole armistava alopeetsiaga, võib olla adekvaatne otsus ka ravi üldse mitte rakendada. See sõltub pigem patsiendist, kuna inimeste häirituse aste juustekao suhtes võib olla väga erinev.

Kui kiilnemise diagnoos või ravi jäävad ebaselgeks, on soovitatav teha e-konsultatsioon või suunamine dermatoloogile.

## Kasutatud kirjandus

1. Asghar F, Shamim N, Farooque U, Sheikh H, Aqeel R. Telogen Effluvium: A Review of the Literature. *Cureus*. 2020 May 27; 12 (5): e8320. doi: 10.7759/cureus.8320. PMID: 32607303; PMCID: PMC7320655.
2. Ho CH, Sood T, Zito PM. Androgenetic Alopecia. *StatPearls*. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): 16 Oct 2022.
3. Lepe K, Zito PM. Alopecia Areata. *StatPearls*. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): 18 May 2023.
4. Pereyra AD, Saadabadi A. Trichotillomania. *StatPearls*. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): 27 Jun 2022.
5. Al Aboud AM, Zito PM. Alopecia. *StatPearls*. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): 16 Apr 2023.
6. Meyer-Gonzalez T, et al. Current controversies in trichology: A European expert consensus statement. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2021; 35(S2): 3–11.
7. Cardoso CO, Tolentino S, Gratieri T, Cunha-Filho M, Lopez RFV, Gelfuso GM. Topical Treatment for Scarring and Non-Scarring Alopecia: An Overview of the Current Evidence. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021 May 12; 14: 485–499.
8. Sánchez-Díaz M, Montero-Vilchez T, Bueno-Rodríguez A, Molina-Leyva A, Arias-Santiago S. Alopecia Areata and Dexamethasone Mini-Pulse Therapy, A Prospective Cohort: Real World Evidence and Factors Related to Successful Response. *J Clin Med*. 2022 Mar 18; 11 (6): 1694.
9. Messenger AG, McKillop J, Farrant P. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012. *British Journal of Dermatology* 2012; 166 (5): 916–926.
10. Levinbook WS. Alopecia – dermatologic disorders, MSD Manual Professional Edition 2023. <https://www.msdmanuals.com/en-nz/professional/dermatologic-disorders/hair-disorders/alopecia>
11. DermNet. <https://dermnetnz.org/>.
12. Tziotziou C, Petridis C, Dand, N. et al. Genome-wide association study in frontal fibrosing alopecia identifies four susceptibility loci including HLA-B\*07:02. *Nat Commun* 2019; 10: 1150.