

Trichotillománie z pohledu dermatologa

MUDr. Michaela Havlíčková
Dermatovenerologická klinika FNKV, Praha

Trichotillománie je impulzivní porucha, kdy si pacienti chronicky vytrhávají vlasy ze kštice nebo na jiných částech těla. Může se objevit v každém věku, ale nejčastěji se vyskytuje v dětství s maximem ve 2 věkových skupinách – u předškoláků a na začátku puberty. Úkolem dermatologa u diagnózy trichotillománie je v první řadě rychlá a správná diagnóza, diferenciálně diagnosticky je potřeba odlišit zejména areátní alopecii. Léčba pak patří do rukou psychologa a psychiatra. Řešením je pravidelná psychotherapie, nejlépe v kombinaci s antidepresivy a antipsychotiky. Velmi podstatná je empatie psychiatra či terapeuta tak, aby nemocný neztratil vůči němu důvěru. Terapie je dlouhodobá a relapsy choroby jsou bohužel časté, zejména při větší psychické zátěži.

Klíčová slova: trichotillománie, alopecia areata, trichofagie.

Trichotillomania from the perspective of a dermatologist

Trichotillomania is an impulsive malfunction, which makes patients chronically pull out their hair from the scalp or from the other parts of body. It can occur at any age but most commonly in childhood and reaches its maximum in two age groups – preschool age and early puberty age. The objective of the dermatologist in the diagnosis of trichotillomania is primarily set a fast and correct diagnosis. In differential diagnosis is necessary to distinguish especially alopecia areata. Psychologist and psychiatrist is then entrusted with the treatment. The solution is a regular psychotherapy, preferably in combination with antidepressants and antipsychotics. Very important is empathy of psychiatrist or therapist so that patient wouldn't lose trust to him. The therapy takes a long time and the relapses are unfortunately frequent, especially when the patient is under unusual mental stress.

Key words: trichotillomania, alopecia areata, trichophagia.

Dermatol. praxi 2011; 5(2): 103–104

ÚVOD
Trichotillománie je impulzivní porucha, kdy si pacienti chronicky vytrhávají vlasy ze kštice nebo ochlupení na jiných částech těla. Vytrhávání vlasů obvykle předchází stoupající napětí a je následováno pocitem uvolnění. Jedná se podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 o samostatně definovanou nozologickou jednotku. Vytrhávání vlasů ale může být i symptomem provázející psychotická onemocnění, kdy je vytrhávání vlasů odpovědí na blud nebo halucinace. Zde se o trichotillománii nejedná, i když klinický obraz je často shodný.
Termín trichotillománie zavedl v roce 1889 francouzský dermatolog Hallopeau. Použil kombinaci 3 řeckých slov (tricho – vlas, tillo – vytrhávat, mania – psychická porucha). Bohužel po více než 100 letech od popsání prvního případu se vědomosti o etiologii a prognóze trichotillománie posunuly jen málo. Dodnes je většina odborných prací založena spíše na kazuistikách.
VÝSKYT A PRŮBĚH
■ od 2. poloviny 20. století výskyt trichotillománie vzrůstá
■ etiologie není známá, ale dle klinických zkušeností prakticky vždy vznikne na podkladě méně závažné neurotické nebo osobnostní psychopatologie
■ většinu postižených tvoří dívky a ženy , nelze ale vyloučit, že muži vyhledávají v těchto případech pomoc méně často. Ve skupině předškolních dětí podle některých pramenů z posledních let dominují chlapci
■ nejčastěji se vyskytuje v dětství s maximem ve 2 věkových skupinách – u předškoláků a na začátku puberty. V předškolním věku se velmi často jedná o benigní poruchu se spontánním ústupem. Závažností bývá srovnávána s cucáním palce nebo kousáním nehtů. U adolescentů může být průběh choroby protrahovaný bez tendence ke spontánnímu vymizení, tyto pacienti ale většinou lépe a rychleji reagují na vhodně volenou psychologickou a psychiatrickou léčbu než dospělí
■ průběh je kolísavý, v období duševní pohody choroba vymizí, zhoršuje se se stresem a duševním vypětím
KLINICKÝ OBRAZ
■ lysiný zejména ve frontální a parietální oblasti na straně dominantní ruky, týl bývá často ušetřen
■ lysá ložiska mají nepravidelné okraje a jsou zřetelně ohraničená. Nejsou lysá v celém rozsahu, protože brzy začínají zarůstat terminálními vlasy. Nově rostoucí vlasové stvoly mohou být různé délky v závislosti na tom, kdy byly původní vlasy vytrženy
■ kůže na lysinách je intaktní, zánětlivé změny ani atrofie k obrazu trichotillománie nepatří
■ trakční test je negativní

- mohou chybět i řasy a obočí
- při vyšetření pacienti i jejich rodiče vytrhávání vlasů jako důvod vzniku lysin neudávají a na cílený dotaz tento jev popírají
- jde o úzkostné nezralé pacienty, s rysy závislosti nebo emočně labilní. Při psychologickém vyšetření se u těchto pacientů nalezne alespoň malá odchylka od normy nebo patologie rodinného prostředí

Těžší psychickou poruchou s horší prognózou než izolovaná trichotillománie je **trichofagie**, kdy pacienti vytrhané vlasy polykají. Při této chorobě může dojít k rozvoji tzv. Rapunzel syndromu, kdy ze spolykaných vlasů vzniká v žaludku trichobezoár. Ten je příčinou bolestí břicha, nauzey, zvracení a obstrukce a v těžkých případech se může projevit ileózním stavem s perforací stěny gastrointestinálního traktu nebo akutní pankreatitidou.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Předpokladem úspěšného řešení tohoto problému je rychlá a správná diagnóza. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit zejména **alopecia areata**. Ostatní alopecie spojené s ložiskovou ztrátou vlasů (jizvící alopecie, trakční a tlakové alopecie) mají klinický obraz i anamnézu výrazně odlišnou.

Diferenciálně diagnostická rozvaha může být ztížena i tím, že vztah obou jednotek je velmi blízký. U pacientů s areátní alopecií lze předpokládat emoční labilitu (tzv. „peladická osobnost“). Nelze tedy vyloučit, že průběh alopecia areata může být u psychicky labilních jedinců, zejména v dětském věku, zhoršován trichotillománií. Koincidence obou chorob není samozřejmě častá, ale je nutno vzít tuto možnost v úvahu.

ALOPECIA AREATA	TRICHOTILLOMÁNIE
■ Zarůstání lysin pseudodelusovými vlasy	■ Rychlé zarůstání lysin terminálními vlasy
■ Pozitivní trakční test	■ Negativní trakční test
■ Postižení nehtů-vroubkování, dolíčkování	■ Onychofagie, onychotillománie
■ Trichogram telogenní s dystrofickými anagenními vlasy	■ Normální trichogram

Diagnózu trichotillománie často stanovíme již z typického klinického obrazu spolu s pečlivě odebranou anamnézou. Potvrzuje ji dermatoskopický nález, kde chybí vykřičníkované vlasy typické pro alopecia areata, a v případě diferenciálně diagnostických rozpaků histologické vyšetření.

U předškolních dětí a dětí mladšího školního věku nutno diferenciálně diagnosticky odlišit syndrom ztráty anagenních vlasů (loose anagen syndrome). Choroba se může projevovat jak difúzním prořídnutím kštice, tak i vznikem lysých ložisek. Důvodem je porucha keratinizace vnitřní kořenové pochvy, kdy dochází k poškození adheze mezi kutikulou vlasového stvolu a vnitřní kořenovou pochvou.

HISTOLOGIE

- normálně rostoucí vlasy vedle prázdných folikulů, může být zvýšen počet folikulů v katagenu. Při hrubém násilí během vytrhávání vlasů může docházet i k odloučení folikulárního epitelu ve folikulu od hlubších struktur
- trichomalacie, depozita hemosiderinu a peribulbární hemoragie
- perifolikulární lymfocytární infiltrát a vykřičníkované vlasy charakteristické pro alopecia areata chybí

LÉČBA TRICHOTILLOMÁNIE

Trichotillománie je řazena mezi psychické poruchy, proto terapie náleží do rukou psychiatra a psychologa. Dermatolog může v průběhu choroby pacientovi prospět vhodně volenou terapií k podpoře růstu vlasů, ať už lokálně aplikovanými roztoky nebo vitaminoterapií.

K medikamentózní léčbě se nejčastěji používají antidepresiva ze skupiny SSRI a atypická neuroleptika, v řadě případů jen nutná kombinace léků z těchto skupin. Velmi dobrý efekt má psychoterapie.

ZÁVĚR

Prvním lékařem, kterého pacienti s trichotillománií navštíví, je většinou dermatolog. Jeho úkolem je rychlá a správná diagnóza. Větším oříškem než stanovení diagnózy ale bývá sdělení pacientovi nebo jeho rodičům důvod ztráty vlasů. Jak už bylo řečeno výše, řada pacientů a rodičů možnost, že se jedná o psychickou poruchu, popírá. Pokud získáme důvěru pacienta a jeho rodiny a ten bude souhlasit s psychologickou a psychiatrickou terapií, bude mít na svůj problém náhled a šanci na dlouhodobou remisi. Bohužel, vzhledem k tomu, o jak citlivé téma se jedná, nedá nám ani psycholog nebo psychiatr jednoznačnou radu, jak nejlépe tyto situace zvládnout.

Literatura

1. Bruce TO, Barwick LW, Wright HH. Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents, Paediatr. Drugs. 2005; 7(6): 365–376.

2. Havlíčková M, Janková Z. Trichotillománie. Referátový výběr z dermatologie 2009; 1: 30–36.

3. Oguehi T. Recent Japanese Studies of Trichotillomania. J. Rural. Med. 2006; 2: 1–12.

4. Sah DE, Koo J, Price VH. Trichotillomania. Dermatol. Ther. 2008; 21(1): 13–21.

5. Seghal VN, Srivastava G. Trichotillomania ± trichobezoar: revisited. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2006; 20(8): 911–915.

6. Thai KE, Sinclair RD. Loose anagen syndrome as a severity factor for trichotillomania. Br. J. Dermatol. 2002; 147(4): 789–792.

Článek přijat redakcí: 5. 1. 2011

Článek přijat k publikaci: 14. 3. 2011

MUDr. Michaela Havlíčková
Dermatovenerologická klinika FNKV
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
mhavlickova@fnkv.cz