

Problematika trichotillománie v dětském věku

MUDr. Martina Bienová, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Pro trichotillománii (TTM) je typické chronické vytrhávání vlasů, které vede k viditelnému úbytku vlasů a tvorbě alopetických ložisek. Pacienti si vytrhávají vlasy nejčastěji ze kštice, ale i ochlupení z dalších lokalit, jako jsou řasy, obočí nebo pubická oblast. Trichotillománie je obsesivně-kompulzivní porucha, která se může vyskytnout v kterémkoliv věku, ale nejčastěji se projevuje v dětství s maximem ve dvou věkových skupinách – u předškoláků a na začátku puberty. Úkolem dermatologa je určit správnou diagnózu, léčba patří do rukou psychologa a psychiatra. Základní léčebnou metodou je psychoterapie, v některých případech v kombinaci s antidepresivy a antipsychotiky. Terapie je dlouhodobá, často bohužel dochází k relapsům, zejména pokud jsou pacienti vystaveni stresovým situacím.

Klíčová slova: trichotillománie, obsesivně-kompulzivní porucha, diagnostika, léčba.

Problems of trichotillomania in childhood

Trichotillomania involves hair-pulling episodes that result in noticeable hair loss. Individuals repetitively pull out their own hair, the most common areas are the scalp, followed by eyelashes, eyebrows, and the pubic region. Trichotillomania is an obsessive-compulsive disorder and it can occur at any age but most commonly in childhood, typically in two age groups – preschool age and early puberty age. The objective of a dermatologist is primarily to establish the correct diagnosis. Psychotherapy led by a psychologist and psychiatrist, in some cases in combination with antidepressants and antipsychotics, is considered best. Long-term therapy is necessary since relapses are unfortunately frequent, especially when the patient is in stressful situations.

Key words: trichotillomania, obsessive-compulsive disorder, diagnostics, treatment.

Úvod

Termín trichotillománie poprvé použil v roce 1889 francouzský dermatolog Hallopeau, kdy popsal onemocnění charakterizované chronickým vytrháváním vlasů. Pojem pochází ze 3 řeckých slov (tricho = vlas, tillo = vytrhávat a mania = psychická porucha). Takto postižení pacienti si vytrhávají vlasy nejčastěji ze kštice, ale v některých případech i ochlupení na jiných částech těla, jako jsou obočí, řasy nebo pubické ochlupení. TTM je řazena mezi obsesivně-kompulzivní poruchy, kdy vytrhávání vlasů předchází stoupající negativní emoční napětí a následně se dostavuje pocit uvolnění (1, 2). Vyskytuje se u dětí obou pohlaví s maximem ve dvou věkových skupinách – u předškoláků a na začátku puberty. V dospívání a v dospělosti je tato porucha méně častá, vyskytující se převážně

u žen, přičemž vrchol incidence se pohybuje mezi 11. a 17. rokem života. Takto postižení pacienti jsou úzkostní a emočně labilní se sklonem k závislosti, často bývá při psychologickém vyšetření zjištěna patologie rodinného prostředí (1, 3).

Od 2. poloviny 20. století je TTM častěji diagnostikována. Průběh onemocnění je kolísavý, v období duševní pohody často choroba vymizí, při stresových situacích naopak dochází k relapsům. Závažnějším stavem je trichofágie, kdy pacienti polykají vytrhané vlasy. Komplikací této poruchy může být Rapunzel syndrom, kdy v žaludku vzniká ze spolykaných vlasů cizí těleso – tzv. trichobezoár. Ten bývá příčinou bolestí břicha, zvracení nebo obstrukce a v těžších případech může způsobit ileózní stav s perforací stěny gastrointestinálního traktu, eventuálně akutní pankreatitidu (4).

Klinický obraz

Prořídle lysiny jsou patrné zejména ve frontální a parietální oblasti na straně dominantní ruky, okcipitální oblast je postižena jen výjimečně. Alopetická ložiska mají nepravidelné okraje, nejsou lysá v celém rozsahu a vlasové stvoly mají různou délku, mohou být zkroucené nebo jinak tvarově změněné. Pokožka hlavy v ložiscích bývá intaktní, v některých případech lze vidět drobné hemoragie způsobené traumatem. V ojedinělých případech mohou být prořídle řasy a obočí (5).

Diagnostika

Trakční test je negativní. Dermatologovi může výrazně pomoci ke stanovení správné diagnózy **trichoskopické vyšetření** pomocí ručního dermatoskopu. Základními trichosko-



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Martina Bienová, Ph.D.
martina.bienova@fnol.cz, Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2016; 17(5): 319–321
Článek přijat redakcí: 30. 5. 2016
Článek přijat k publikaci: 8. 6. 2016

pickými znaky TTM jsou krátké vlasové stvolý, poškozené mechanickým traumatem. Ty mohou být stočené, zvlněné, plamínkovité, kuželovité nebo šroubovité (Obr. 1). Můžeme nacházet i vlasy vykřičníkové, podobně jako u areátní alopecie (6, 7). Konec vlasových stvolů může být roztřepený (trichoptilosis). Z dalších nálezů typických pro TTM jsou yellow dots s centrálními black dots, označované jako tzv. popepření a reprezentující rezidua vlasu v ústí vlasového folikulu. V okolí folikulu lze zachytit erytematózní lem nebo drobné hemoragie, které jsou způsobené traumatem při trhání vlasů (6, 8). Trichoskopie je důležitá zejména v diferenciální diagnostice areátní alopecie a jako pomocné vyšetření má pro lékaře svůj nezastupitelný význam.

Při podezření na TTM je vhodné provést **kožní biopsii** zejména u pacientů, kteří kompulzivní trhání vlasů popírají, což je většina takto postižených. Odběr vzorku kůže z prořídleho ložiska provádíme kruhovým nožem, nejlépe metodou transversální sekce. Typickými histopatologickými znaky TTM je normální celkový počet vlasových folikulů, které jsou často prázdné bez vlasového stvolu a vnitřní kořenové pochvy, zevní kořenová pochva je kolabovaná. Dalším důležitým nálezem jsou melaninové odlitky vlasového kanálu v oblasti isthmu. Není přítomný zánětlivý infiltrát a chybí známky jizvení (9). Histologický nález svědčící pro TTM je v rukou lékaře jednoznačným důkazem a pacienti nebo rodiče poté bývají lépe přístupní dalšímu řešení problému.

Diferenciální diagnóza

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit zejména areátní alopecii. V její aktivní fázi je pozitivní trakční test z okrajů ložisek. Rovněž má své specifické trichoskopické znaky, jako jsou yellow dots, black dots nebo vykřičníkové vlasy v okrajích alopetických ložisek (6, 10). Pokud klinický obraz a trichoskopický nález nejsou jednoznačné pro jednu z diagnóz, je indikována kožní biopsie a histologické vyšetření, které by mělo dát jednoznačnou odpověď, zda se jedná o areátní alopecii nebo trichotillománii.

Kazuistiky

Případ č. 1 (obr. 2)

Jedná se o 11letou dívku, která se dostavila s matkou do kosmetologické poradny kožní kliniky pro půl roku trvající prořídnutí kštice s maximem

v pravé parietální oblasti, potíží s vlasy předcházela folikulitida kštice. Vzhledem k suspektnímu klinickému obrazu svědčícímu pro TTM byla provedena kožní biopsie, která tuto diagnózu potvrdila. S rodinou byla velice dobrá spolupráce, dívka byla odeslána k dětské psycholožce, která zjistila stresovou zátěž ve škole a spouštěcím momentem bylo zřejmě i úmrtí dědečka, na kterého byla dívka fixována. Pomocí psychoterapie se stav podařilo zvládnout a vlasy dorostly.

Případ č. 2 (obr. 3)

8letý chlapec sledovaný na dětské psychiatrii pro enuresis nocturna byl odeslán ke konziliárnímu vyšetření pro několik měsíců trvající prořídlení ložiska na vršku hlavy a nad čelem. V rodině převládaly neuspořádané poměry – alkoholismus otce a rozvod rodičů. Pro suspektní klinický nález i dané okolnosti byla provedena kožní biopsie, která potvrdila diagnózu TTM. Chlapec byl nadále v péči psychiatrů, o dalším průběhu chybí informace, na kontrolu se nedostavil.

Případ č. 3 (obr. 4)

11letý chlapec se dostavil na naši ambulanci s matkou pro několik měsíců progredující prořídnutí kštice nejprve nad čelem s rozšířením na temeno v pásovité konfiguraci. Trpěl od dětství atopickým ekzémem a hypomagneziémií se svalovými křečemi a brněním končetin, v anamnéze měl i časté bolesti hlavy. Dle matky měl problémy ve škole – horší prospěch a špatný vztah se spolužáky, kteří jej šikanovali. Klinický obraz svědčil jednoznačně pro TTM, ale matka tuto skutečnost nechtěla přijmout, proto byla provedena kožní biopsie, která diagnózu potvrdila. Následně byl chlapec odeslán k dětskému psychiatrovi k dalšímu řešení, k nám se na kontrolní plánované vyšetření již nedostavil.

Případ č. 4 (obr. 5)

9letý chlapec se dostavil s matkou do dětské poradny kožní kliniky pro prořídnutí vlasů v pásovité konfiguraci nad čelem a na temeni vpravo, na straně dominantní ruky. Anamnesticky bylo zjištěno astma a alergická rýma. Rodiče si sami všimli, že si při psaní úkolů tahá za vlasy. Matka potvrdila, že syn je introvert a má potíže ve škole. Histologické vyšetření vzhledem k jednoznačnému klinickému obrazu TTM nebylo indikováno a pacient byl odeslán k psychologickému vyšetření, informace o dalším průběhu chybí.

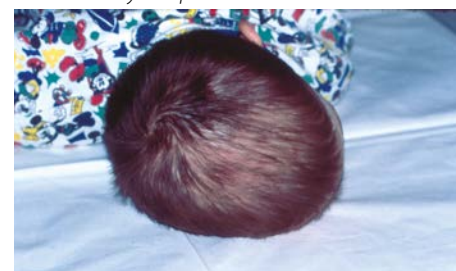
Obr. 1. Trichoskopický nález u TTM – vlasy stočené, zvlněné, erytematózní lem kolem folikulárního ústí



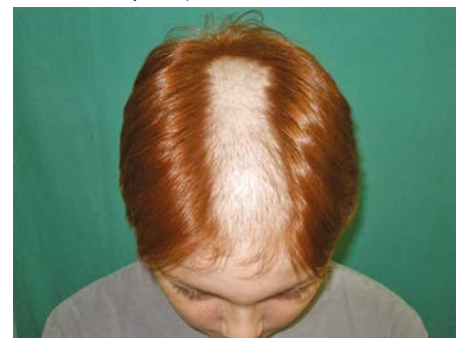
Obr. 2. 9letá dívka s TTM



Obr. 3. 8letý chlapec s TTM a enuresis nocturna



Obr. 4. 11letý chlapec s TTM



Obr. 5. 9letý chlapec s TTM



Řada pacientů s TTM lékaře nevyhledá, protože se za svoji úchytku stydí, ale často se anonymně svěřují se svými problémy a zkušenostmi s onemocněním v internetových diskuzích. Příkladem je následující sdělení.

„Je mi 19 a vlasy jsem si trhala od malička. Jednou se mi ale povedlo přestat, bylo to asi v 8. třídě. Tehdy jsem chtěla mít dobré vysvědčení a tak jsem udělala takovou úmluvu (ani nevím s kým). Když si nebudu trhat vlasy, tak budu mít dobré známky, ale pokud si nějaký vytrhnu, tak se mi hned zhorší. Tenkrát mi na známkách moc záleželo a tak jsem to vydržela. Bohužel jen rok.

Pak jsem to začala dělat znova. Na střední se mi všichni posmívali a mysleli si, že jsem divná. Asi před měsícem jsem si ale vzpomněla, jak jsem přestala poprvé a udělala jsem další dohodu. Pokud si nebudu trhat vlasy, vezmou mě na VŠ. Vlasy už si netrhám. Sice si s nimi pořád hraju a musím mít pevnou vůli, ale zatím to funguje. Jen se bojím, že když jednou podlehnou, zase do toho spadnu.“

Závěr

Dermatolog je většinou prvním lékařem, kterého pacienti s TTM navštíví a jeho úlohou je

rychlé stanovení správné diagnózy a přesvědčení rodičů dětského pacienta o nutnosti psychologického, eventuálně psychiatrického vyšetření, což nebývá vždy jednoduché. Základní léčebnou metodou je kognitivně-behaviorální psychoterapie, v některých případech v kombinaci s medikamentózní léčbou antidepresivy ze skupiny SSRI a atypickými neuroleptiky (11). Terapie je dlouhodobá a prognóza onemocnění nejistá, průběh bývá s remisemi a exacerbacemi. Často bohužel dochází k relapsům, zejména pokud jsou pacienti vystaveni stresovým situacím.

LITERATURA

1. Havlíčková M. Trichotillománie z pohledu dermatologa. *Dermatol. praxi* 2011; 5(2): 103–104.
2. Sah DE, Koo J, Price VH. Trichotillomania. *Dermatol. Ther.* 2008; 21(1): 13–21.
3. Bruce TO, Barwick LW, Wright HH. Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents, *Paediatr. Drugs.* 2005; 7(6): 365–376.
4. Seghal VN, Srivastava G. Trichotillomania ± trichobezoar: revisited. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2006; 20(8): 911–915.
5. Havlíčková M, Janková Z. Trichotillománie. Referátový výběr z dermatologie 2009; 1: 30–36.
6. Abraham LS, Torres FN, Azulay-Abulafia L. Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata. *An. Bras. Dermatol.* 2010; 85: 723–726.
7. Mathew J. Trichoscopy as an aid in the diagnosis of trichotillomania. *Int. J. Trichology*, 2012; 4: 101–102.
8. Lee DY, Lee JH, Yang JM, et al. The use of dermoscopy for the diagnosis of trichotillomania. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2009; 23: 731–732.
9. Binod KT, Shikha V, Vandana R, Yookarin K. Extensive Tonsure Pattern Trichotillomania-Trichoscopy and Histopathology Aid to the Diagnosis. *Int J Trichology*. 2013; 5(4): 196–198.
10. Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 55: 799–806.
11. Yung PMB. Treatment for trichotillomania. *J. Am. Acad. of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32: 878.