

## Androgénna alopecie

Androgénna alopecie (AGA) je charakterizovaná relatívne častou nezjaviacou stratou vlasov v androgén dependentných oblastiach pokožky hlavy, najmä v oblasti vertexu a tempoparietálne (Obr. 11). Patrí medzi najčastejšie príčiny vypadávania vlasov u adolescentov, prejavuje sa postupne po puberte, keď sa dostatok testosterónu premení na dihydrotestosterón a vo všeobecnosti sa nepozoruje u prepubertálnych pacientov bez abnormálnych hladín androgénov. Pozoruje sa silná genetická predispozícia, ale zatiaľ nebol identifikovaný žiadny kauzálny gén, hoci sa predpokladal gén pre androgénny receptor. Liečba je manažovaná v spolupráci s endokrinológom (1).

## Trichotilománia

Trichotilomániu (TM) (Obr. 12) ako samostatnú diagnózu po prvýkrát klasifikovala Americká psychiatrická asociácia v roku 1987. Patrí medzi psychicky motivované chorobné nutkanie vytrhávať si vlasy, môže byť kombinovaná napr. s trichofágiou (nutkavé pojedanie vlasov), onychofágiou (ohrýzanie nechtov) či bulímiou (porucha príjmu potravy, pri ktorej sa pacient patologicky prejedá a následne vyvolá vracanie) (1, 30).

Prevalencia ochorenia v danej vekovej skupine je 31 % pacientov vo veku od 1 – 10 rokov, 27 % postihnutých má 11 – 17 rokov, dievčatá trpia 6-krát častejšie ako chlapci. Rizikovou skupinou sú hlavne deti zo sociálne slabšej vrstvy, z nekompletnej rodiny, kde absentuje jeden z rodičov, z konfliktného a stresujúceho prostredia v rodine či škole. Toto nutkavé konanie sa môže vyskytnúť v rôznych dlhých časových úsekoch v priebehu dňa, môže byť vedomé, ale aj automatické. Pred alebo počas epizód vytrhávania vlasov môže postihnutý prežívať rôzne intenzívne emócie, ako nuda, stres, úzkosť, ale aj potešenie a úľavu v momente vytrhnutia vlasov. Typická je snaha skončiť s týmto správaním, môže však trvať mesiace až roky, stupňuje sa v stresových situáciách (30).

Klinicky sú prítomné ohraničené ložiská frontoparietálne, prevažne v solitárnych ložiskách sa nachádzajú krátke vlasy vždy s rôznou dĺžkou, prejavy môžu byť prítomné aj v oblasti mihalníc, obočia či pubického ochlpenia a inde. Zaujímavosťou je, že vytrhané vlasy sa skoro nikdy nenájdu, deti ich rôznym sofistikovaným spôsobom skrývajú (29, 30).

Udáva sa, že 5 – 20 % pacientov s TM trpí trichorizofágiou – ide o formu závislosti, obsedantno-kompulzívne vytrhávajú a pojedanie vlasov, spôsob sebapoškodzovania, ktorým si jedinec uľavuje od stresu. Pri familiárnom výskyte môže ísť aj o určitú behaviorálnu poruchu, pri ktorej sa patologické vzorce správania ako zvládať stres odovzdávajú od rodičov k deťom. Pri konzumácii vlasov, ktoré nedokáže telo stráviť, vzniká trichobezoár (Obr. 13), ten zasahuje zo žalúdka do kľúčiek tenkého čreva, nezriedka spôsobuje chronické bolesti brucha, vracanie, nechutenstvo. Komplikáciou môže byť aj ulcerácia, malabsorpcia, pankreatitída, perforácia čreva, peritonitída, v krajnom prípade až smrť (30).

Terapeutický prístup v psychotríchológii, v závislosti od stavu a veku pacienta, by mal byť individuálny a personalizovaný. V zásade je to proces zdĺhavý a náročný, podstatné však je, aby bol včas začatý na podklade medziodborovej spolupráce. Zahŕňa kognitívno-behaviorálnu terapiu, psychodynamickú terapiu, skupinovú a rodinnú terapiu. Významné postavenie zohrávajú inovátné prístupy z oblasti neuropsychológie, predovšetkým je to tréning

**Obr. 10.** *Perifolliculitis capitis abscondens et suffodiens* (zdroj: archív Kliniky dermatovenerológie UNLP Košice)



**Obr. 12.** *Trichotilománia* (zdroj: archív Kliniky dermatovenerológie UNLP Košice)



zvrátenia zlozvyku – starého správania, náhrada novým. Pri obsedantno-kompulzívnych poruchách môže byť pomôckou aj elektronický senzor správania. V niektorých prípadoch je potrebná aj psychofarmakoterapia, optimálne v kombinácii s psychoterapiou (30).

## Záver

Poznanie jednotlivých etiologických faktorov vypadávania vlasov a včasná diagnostika je kľúčová pre efektívnu a cieleňú liečbu. Jej včasné začatie a komplexný medziodborový manažment môže mať rozhodujúci vplyv na odvrátenie či aspoň spomalenie ireverzibilnej straty vlasov. Práve pediater ako lekár prvého kontaktu zohráva významnú úlohu pri zhodnotení závažnosti stavu, prvotných laboratórnych vyšetreniach a nasmerovaní dieťaťa k príslušnému špecialistovi. Rovnako starostlivosť o duševné zdravie, vnímavosť voči psychosomatickým aspektom pri ochorení vlasov, cieleňá odborná pomoc v prípade úzkostných a neurotických porúch môžu viesť k prevencii a včasnej liečbe primárnych autoindukčných ochorení v psychotríchológii v detskom veku.

**Obr. 11.** *Androgénna alopecie u pacientky* (zdroj: archív Kliniky dermatovenerológie UNLP Košice)



**Obr. 13.** *Trichophytobezoár* (zdroj: PubMed)

