

ALOPESİ AREATA: ÇOCUK VE ERGENLERDE PSİKIYATRİK YAKLAŞIM – 6 OLGU SUNUMU*

Koray Karabekiroğlu **, Ayşe Rodopman Arman***,
Nuşin Elçi**, Meral Berkem****

ÖZET

Amaç: Alopesi Areata (AA)'nın, T lenfositlerin saç foliküllerine yönelmesi sonucunda ortaya çıkan organ-özgü otoimmün bir hastalık olduğu düşünülmekle birlikte, nedeni tam olarak aydınlatılmamıştır. AA'da aile hikayesi %10-42 arasında değişmekte, akyuvar yüzey antijenleri belirleyicileri olan HLA-DR4, DR5 ve DQ3 varlığı sıklıkla eşlik etmektedir. Takip ettiğimiz 6 AA olgusunu psikiyatrik komorbidite, risk etkenleri ve tedaviye verilen cevap açısından incelemeyi amaçladık. **Yöntem:** Saç dökülmesi şikayeti ile polikliniğimize başvuran ve AA tanısı konan 6 olgu geliş yakınmaları, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, çevresel etkenler ve tedaviye verilen cevap açısından incelenmiştir. **Bulgular:** Yaşları 7-15 arasında değişen 3 erkek ve 3 kız hastanın ana geliş yakınması saç dökülmesi idi. 3 hastaya 10-20 mg/gün fluoksetin, 2 hastada 10-20 mg/gün imipramin önerildi. 2 hastanın aile öyküsünde AA vardı. Başvuru tarihlerinden en az 2 ay sonraki takiplerinde 3 hastanın saç dökülmesi oldukça gerilemiş ya da kaybolmuştu; 3 hastanın ise yakınmaları devam etmekteydi. Tedaviden fayda gören tüm olguların cinsiyeti kızdı ve her birinde bir anksiyete bozukluğu tanısı eşlik etmekteydi. **Tartışma:** Pek çok çalışma AA gelişimi öncesinde çevresel stres etkenlerinin, var olan psikiyatrik bozuklukların ve aile ortamının etkisini ortaya koymuştur. Tedavi genellikle palyatiftir. AA yakınmaları geri dönen her üç olguda da OKB, sosyal fobi ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarının varlığı dikkat çekicidir. Psikiyatrik komorbiditenin yüksek oranlarda eşlik etmesi nedeniyle psikofarmakolojik ajanlar tedaviye eklenebilir.

Anahtar sözcükler: Alopesi areata, çocuk, ergen, psikiyatri

SUMMARY: ALOPECIA AREATA: CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC MANAGEMENT – 6 CASE REPORTS

Objective: Although alopecia areata (AA) is considered to be an organ-specific autoimmune disease in which T lymphocytes attack hair follicles, the exact etiology is unknown. Family history is 10-42 % positive and leukocyte surface antigen markers such as HLA-DR4, DR-5, and DQ3 are generally associated with AA. We aimed to examine the psychiatric comorbidity, risk factors, and the treatment response in six AA cases. **Method:** The presenting symptoms, comorbidity, environmental factors, and response to treatment of six cases applied to our outpatient clinic with hair loss and diagnosed as AA were examined. **Results:** Three girls and three boys who were 7-15 years old had hair loss as chief complaint. Medication is offered as 10-20 mg fluoxetine to 3 patients and 10-20 mg imipramine to 2 patients. There was a history of AA in 2 patients. After at least 2-months follow-up, 3 patients significantly improved, whereas 3 other remained alopecic. All responsive patients were girls and all had a comorbid anxiety disorder. **Discussion:** The effects of preceding environmental factors, psychiatric comorbidities and family atmosphere in the development of AA are documented by earlier studies. Treatment is usually palliative. It is noteworthy that all of the three responsive patients had anxiety disorders, such as OCD, social anxiety disorder and separation anxiety disorder. Because of the relatively common presence of psychiatric comorbidity, psychopharmacotherapy might be added to the treatment of AA.

Key words: Alopecia areata, child, adolescent, psychiatry

GİRİŞ

Alopesi Areata (AA), yara dokusu oluşmaksızın gelişen, özellikle başın saçlı derisini, sakalları, kaşları ve/veya kirpikleri tutan sınırları oldukça belirgin, yuvarlak ya da oval saç kaybıdır. Hastalığın başlangıç döneminde tutulan bölgede eri-

tem olabilir. Yama şeklinde olabildiği gibi alopesi totalis ve alopesi universalis diye adlandırılan ve daha geniş saç kaybına yol açan iki farklı biçimle birlikte üç değişik alt gruba ayrılabilir (Olsen ve ark. 1999). Alopesi totaliste başın tüm kılları tutulurken alopesi universaliste tüm vücut kılları etkilenmiştir.

AA etiolojisinde özellikle T-lenfositlerin rol aldığı otoimmün etkenler düşünülmektedir. Ayrıca sitokinlerin de patogeneze belirgin etkisi görülmüştür (Madani ve Shapiro 2000). Nöropeptidlerin psöriazis, atopik dermatit, AA, urtiker

* 13. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

** Araş. Gör. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

*** Yrd. Doç. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

**** Prof. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

gibi sık görülen dermatozlardaki olası rolü araştırılmaktadır (Panconesi ve Hautmann 1996). AA tanı ölçütleri ve sınıflandırılma sistemi, tutulan kılların bölgesi, miktarı ve beraberinde tırnak tutulumu gibi değişkenleri kapsayacak şekilde Olsen ve arkadaşları (1999) tarafından incelenmiştir.

AA başlama yaşı küçüldükçe aile öyküsü pozitifliği daha yüksek oranlarda görülür. 30 yaşından önce başlayan AA olgularında aile öyküsü %37 iken, 30 yaşından sonra başlayanlarda %7.1 bulunmuştur (Colombe ve ark. 1995). HLA-DR4, DR5 ve DQ3, AA ile sıklıkla birliktelik göstermektedir. Aile öyküsü %10-42 arasında değişmektedir (Madani ve Shapiro 2000). Monozigot ikizlerde AA konkordansı %55 bulunmuştur (Jackow ve ark. 1998, Scerri ve Pace 1992). Otoimmün hastalıklardan çoğunlukla tiroid hastalıkları, özellikle Hashimoto tiroiditi ve vitiligo AA'ya eşlik eder (Olsen ve ark. 1999).

AA gelişimi genellikle öngörülemmez. Hastalığın gidişi de oldukça değişkendir. Genellikle tutulan saç miktarının azlığı daha iyi bir gidiş gösteresidir. AA'nın, T lenfositlerin saç foliküllerine yönelmesi sonucunda ortaya çıkan organa-özgü otoimmün bir hastalık olduğu düşünülmektedir (Madani ve Shapiro 2000). Histolojik olarak, kıl köklerinde lenfosit infiltrasyonu ve küçük distrofik kıl folikülleri dikkati çeker.

Akut duygusal stresin, kıl folikülleri etrafında tip 2 beta kortikotropin salan hormon (CRH) reseptörlerinin aşırı miktarda oluşturulması aracılığıyla yoğun deri inflamasyonuna yol açtığı, bunun da AA oluşumuna neden olduğu bildirilmiştir (Katsarou-Katsari 2001). 32 erişkin AA olgusu ile yapılan bir çalışmada, psikiyatrik komorbidite %66 olarak bulunmuştur. Bunların arasında en sık olarak uyum bozuklukları saptanırken, daha sonra yaygın anksiyete bozukluğu sıklıkla AA'ya eşlik etmiştir (Ruiz-Doblado 2003). AA tanılı 16 okul-öncesi çocukla yapılan bir çalışma, AA olgularının kontrollere göre daha fazla anksiyete, depresyon, iç çekilme, agresyon yaşadıkları, ayrıca daha fazla sosyal ilişki ve dikkat problemi gösterdiklerini

saptamıştır (Liakopoulou ve ark.1997).

Hastalığın başlamasında genetik yatkınlık ve çevresel etkenler rol oynasa da ana etyoloji halen bilinmemektedir (Madani ve Shapiro 2000). Bu sebeple takip ettiğimiz 6 AA olgusunu psikiyatrik komorbidite, risk etkenleri ve tedaviye verilen cevap açısından incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Saç dökülmesi şikayeti ile polikliniğimize başvuran ve alopesi areata tanısı konan 6 olgu, geliş yakınmaları, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, çevresel etkenler ve tedaviye verilen cevap açısından incelendi. Bu amaçla saç dökülmesinin ortaya çıkış süreci, eşlik eden psikiyatrik özellikler ve bozukluklar, çevresel etkenler, huy özellikleri, gelişim öyküsü, aile içi ortamı ve stres etkenleri ve aile öyküsü gibi değişkenleri ve tedaviye cevabı incelemek üzere tarafımızdan geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formu ile hastalar değerlendirildi (psikososyal stres faktörleri için olası stres faktörlerinin sorulmasına ek olarak, bazı faktörler ayrıca soruldu, ör, boşanma, göç, ölüm, hastalık, travma, okula başlama, kardeş doğumu, ders başarısı). Komorbidite DSM-IV tanı kriterleri ele alınarak değerlendirildi. Obsesif kompulsif bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk, mental retardasyon, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, tik/Tourette bozukluğu, duygudurum bozuklukları, uyku ve yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları öncelikli olmak üzere hastalar ve aile bireylerinde komorbid psikiyatrik patoloji varlığı, 2 çocuk psikiyatristi tarafından değerlendirilmiştir. Zihinsel gelişim düzeyi değerlendirmesi WISC-R puanı kullanılarak yapıldı. Dışlayıcı ölçütler açısından hiçbir olgu trikotilomani ve/veya benzer şekilde saç dökülmesine yol açabilen diğer dermatolojik tanıya sahip değildi.

BULGULAR

Yaşları 7-15 arasında değişen üç erkek ve üç kız hastanın ana geliş yakınması saç dökülmesi idi

(Tablo 1). Beş olguda AA yama şeklinde iken, bir olgu alopesi universalis tipi AA tanısı aldı. Tüm olgular daha önce en az bir kez dermatolojik tedavi almış, bazıları kısmen cevap verirken, hiç biri tamamen düzelme göstermemişti. Kısmen düzelme gösterenlerde ise dermatolojik tedavi kesiminden hemen sonra şikayetler tekrarlamıştır. Bizim izlemimiz sırasında tüm hastalar için dermatoloji konsültasyonu istenirken, hastaların dördü dermatoloji tarafından takibe alındı, üçüne psikiyatrik tedaviye ek olarak özellikle topikal steroid ve minoksidil olmak üzere ek ilaç tedavileri psikofarmakolojik tedavilere eklendi. Üç hastaya 10-20 mg/gün fluoksetin, iki hastada 10-20 mg/gün imipramin önerildi. İmipramin önerilen olgulardan birinin ilacı düzenli kullanmadığı belirlendi. Hastaların üçünde depresyon, aile içi şiddet ve okula başlama gibi etkenler aile tarafından hastalıkla ilişkilendirilmekteydi. Dört hasta çekingen, içine kapalı, hassas kişilikte olarak tanımlanmaktaydı. İki hastanın aile öyküsünde AA vardı. Başvuru tarihlerinden en az iki ay sonraki değerlendirmesinde üç hastanın saç dökülmesi oldukça gerilemiş ya da kaybolmuştu; diğer üç hastanın ise yakınmaları devam etmekteydi. Düzelme görülen tüm hastaların cinsiyeti kız iken, düzelme göstermeyenlerin tümü erkek olarak gözlenmiştir. Tedavilerden yararlanmayan üç hastanın ikisinde sınır düzeyde zi-

hinsel işlevsellik, birinde dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu eşlik etmekteydi. Olgu sunumlarında özellikle pozitif bulgular ve tabloda yer almayan bilgiler üzerinde durulmaktadır.

Olgu 1

15 yaşında bir erkek olan B, bir senedir var olan saç dökülmesi yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Daha önce iki kez dermatoloji doktoruna başvurusu olmuş, ismini hatırlamadığı çeşitli oral ve topikal ajanlar ve sabun kullanımından fayda görmemişti. Duygudurumu depresif olarak ifade edilmekteydi. Saçının dökülmesine oldukça fazla üzülüyor, arkadaşlarından bu nedenle uzaklaştığını söylüyordu. Sabahları sık sık erkenden uyanıyor ve tekrar uykuya dalamıyordu. Yutkunma şeklinde geçici motor tikleri vardı. Orta birinci sınıfta iki kez kalmıştı, sınır düzeyde zihinsel işlevsellik tanımlanmıştı. Ailede herhangi bir stres etkeni tanımlanmıyor ve AA gelişimi ile ilişkilendirilmiyordu. Dermatoloji konsültasyonu ile topikal steroid başlandı ve tedaviye 10 mg/gün fluoksetin eklendi, takiplerinde doz 20 mg/gün'e çıkıldı. 2 ay içerisinde şikayetinde herhangi bir gerileme olmadı. Birinci dereceden akrabalık dışında aile öyküsünde herhangi bir özellik belirtilmedi.

Tablo 1: AA Olgularının Özellikleri

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5
Cinsiyet	E	E	K	K	E
Yaş	15	12	10	7	6
Kaç aydır	12	60	18	6	6
Psikofarma	Fluoksetin	-	Fluoksetin	-	İmipramin
Ek ilaç	+	-	+	-	+
Düzelme	-	-	+	+	-
Ek tanı	Sınır Zİ	Sınır Zİ	Sosyal fobi	Ayrılık an.	DEHB
Ailede AA	-	+	-	+	-
Stresör	-	+	+	+	-
AA tipi	Yama tipi	Universalis	Yama tipi	Yama tipi	Yama tipi

Zİ: Zihinsel İşlevsellik,

DEHB: Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu,

OKB : Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Olgu 2

12 yaşında bir erkek olan M, 5 yıldır vücuttaki tüm kıllarının dökülmesi yakınmasıyla dedesi eşliğinde başvurdu. 'Alopesi universalis' tanısı alan hastanın diğer geliş yakınmaları arasında sinirlilik ve çekingenlik yer almaktaydı. Arkadaşları ile geçimsizlik, kafa sallamalar şeklinde tik-benzeri kompulsyonlar belirtiliyordu. Ders başarısı düşüktü. Sınır düzeyde zihinsel işlevselliği vardı. Dedesinde de 'alopeci universalis' 24 yıl önce başlamış ve görüşme yapıldığı dönemde de devam etmekteydi. Dedesi, kendi hastalığını strese yoğun ve ani bir şekilde karşılaşmış olmaya bağlıyor, M'nin evde ailesi tarafından hemen her gün fiziksel istismar uygulanmış olmasını AA'nın gelişimine neden olarak görüyordu. Babası oldukça çekingen, içine kapalı ve sessiz birisi olarak tanımlanıyordu. Dermatoloji konsültasyonu sonrası; hastalığın 5 senedir var oluşu, tüm vücudu tutuyor oluşu nedeniyle herhangi bir ilaç tedavisi önerilmedi. Takiplerinde aile içi ilişkiler konusunda tutum önerilerinde bulunuldu. 6 ay sonrasında AA şikayetinde herhangi bir azalma gözlenmedi.

Olgu 3

10 yaşında kız F, yaklaşık 1,5 yıldır üzüntü sonrası başının çeşitli bölgelerinde saç dökülmesi yakınmasıyla başvurdu. Geldiğinde minoksidil sprey ve oral steroid kullanmaktaydı. Tedaviden henüz fayda görmeye başlamamıştı. 17 Ağustos depresyonu sonrasında bir süre prefabrik bir evde, sonra başka bir şehirde babasından ve ablasından uzak yaşamak zorunda kalmıştı. Hassas, duygusal ve sosyal olarak çekingen bir çocuk olarak tanımlanmaktaydı. Depreme yönelik korkuları devam ediyor, zaman zaman uyku zorluğu çekiyordu. 20 mg/gün fluoksetin kullanımını sonrası dördüncü haftadan başlayarak dökülen yerlerde saçlar yeniden çıkmaya başladı, korkuları azaldı. Aile öyküsünde herhangi bir özellik belirtilmedi.

Olgu 4

7 yaşında bir kız olan H, okula başlama sonrası saç dökülmesi yakınması ile başvurdu. Bize baş-

vurduğunda dermatolojik tedavi almış, saç dökülmesi azalarak devam etmekteydi. Psikiyatrik yakınmasında kolayca ağlama, iştahsızlık, yalnız yatamama, gök gürültüsü ve televizyondaki ani gürültülerden korkma tanımlanıyordu. Dayısında AA, dayısının oğlu ve ablasında AA tanısı olmayan saç dökülmesi şikayeti vardı. Babası kaygılı ve tedirgin biri olarak tanımlanıyordu. Annesi premenstrüel disforik sendrom tanısı ile psikiyatrik tedavi almaktaydı ve aynı zamanda hipofiz adenomu vardı. 10 mg/gün imipramin tedavisi önerildi. Hastanın ilacı düzenli kullanmadığı, fakat saç dökülmesinin tamamen durduğu görüldü. Hastanın annesi saçın dökülen bölgelerine sarmısak sürme gibi geleneksel bir yöntemden fayda gördüğünü öne sürüyordu. 7 ay sonrasında hastanın kayguları ve korkuları azalmakla birlikte devam ediyordu.

Olgu 5

6 yaşında bir erkek olan D, 6-7 aydır var olan saç dökülmesi, hırçınlık, zarar verme, hareketlilik, aşırı konuşma yakınmalarıyla başvurdu, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve AA tanıları ile takibe alındı. Hastada aynı zamanda demir eksikliği anemisi tanısı vardı ve dermatolojik tedaviye ek olarak demir alıyordu. Daha önce benzer yakınmalarla gittikleri bir hastanede 20 mg/gün fluoksetin önerilmiş ve kullanmamışlardı. Hastaya 20 mg/gün imipramin başlandı. Bir ay sonra metilfenidate geçildi. 6 aylık takip süresinde dikkat eksikliği/hiperaktivite şikayetleri oldukça kontrol altına alınırken, saç dökülme şikayeti devam etmekteydi. Aile öyküsünde dayıda dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve annesinde gebelikte depresyon saptandı.

Olgu 6

8 yaşında bir kız olan B, alnında, kulak arkasında 5 yıldır var olan saç dökülmesi yakınması ile başvurdu. Hemen her gün karın ağrısı, parmak emme, ve her gece enürezis yakınmaları da eşlik etmekteydi. İçine kapalı, hassas ve kırılğan biri olarak tarifleniyordu. Obsesif kompulsif bo-

zukluk tanısı eşlik etmekteydi. Annesi aşırı müdahaleci bir ilişki kurmuştu. Aile öyküsünde herhangi bir özellik belirtilmedi. 20 mg/gün fluoksetin ile enüresis ve sosyal anksiyetesine yönelik davranış tedavisi sonrası saç dökülmesi kalmadı.

TARTIŞMA

Çok sayıda çalışma AA gelişimi öncesinde çevresel stres etkenlerinin, var olan psikiyatrik bozuklukların ve aile ortamının etkinliğini ortaya koymuştur. 294 AA olgusu psikiyatrik komorbidite açısından incelenmiş (Koo ve ark. 1994), %23.3'ünde en az bir psikiyatrik bozukluk varlığı gösterilmiştir. Major depresyon %8.8, yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu %18.2, paranoid bozukluk % 4.4 bulunmuştur. Bu oranlar genel popülasyona oranla oldukça artmış oranlar olarak belirtilmiştir. Daha düşük olgu sayılı başka bir çalışmada AA olgularında %66 oranında bir psikiyatrik bozukluk eşlik ettiği saptanmıştır (Ruiz-Doblado, 2003). Ayrıca AA gelişimi öncesi ani psikolojik travma varlığı (Baker 1987), saç kaybından önceki 6 ay içerisinde stres yaratan yaşam olayları (Perini 1984), herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısının AA'ya eşlik ediyor oluşu (Colon 1991), ailevi psikolojik etkenlerin varlığından bahsedilmektedir (De Waard ve ark. 1989). Bu çalışmalardan birinde, 31 AA olgusunun %74'ü hayat-boyu yaygınlığında en az bir psikiyatrik bozukluk komorbiditesi göstermişlerdir. Olguların %39'u major depresyon, %39'u yaygın anksiyete bozukluğu geliştirirken, ailelerinde herhangi bir anksiyete bozukluğu bulunma oranı %58, duygudurum bozukluğu %35 ve madde kullanımı %35 olarak belirlenmiştir (Colon 1991). Bu ilişkinin var olmadığını gösteren çalışmalar da vardır. Bir çalışmada 178 AA olgusunun sadece %6.7'sinde yakınmaların başlamasından önceki 6 ay içerisinde stres yaratan yaşam olayı belirlenmiştir. (Van der Steen ve ark. 1989).

AA'nın ayırıcı tanısında, dermatolojik bulgulara psikiyatrik şikayetlerin sıklıkla eşlik ettiği bilinen trikotillomani, telojen efluvium, ayrıca tinea kapitis, traksiyon alopesisi, sekonder sifilis gibi

hastalıklar akla getirilmelidir. Trikotillomani etiolojisinde psikiyatrik etkenler daha belirgindir. Özellikle obsesif kompulsif bozukluk, vücut dismorfik bozukluğu ve tik bozuklukları ilişkilendirilmiştir (O'Sullivan ve ark. 2000). Telojen efluvium ise başın saçlı derisinin ani bir psikolojik travma sonrası kısa süreli, geri dönüşlü olarak tamamen dökülmesine verilen isimdir. Stres alopesisi olarak da adlandırılır. AA'da saç kaybı genellikle yama tarzındadır, "alopeci universalisten" ayırımı oldukça zordur.

Tedavi genellikle palyatiftir. Topikal veya oral steroidler, antralin, minoksidil ve fotokemoterapi uygulanabilir (Madani ve Shapiro 2000). Psikiyatrik komorbidite varlığı düşünüldüğünde psikofarmakolojik ajanlar eklenebilir. Plasebo kontrollü bir çalışmada, 13 AA olgusunda imipramin tedavisi (n:7), ve plasebo (n:6) verilmesi sonrası 6 aylık takipte, imipramin verilen 7 olgunun 5'inde saçlar belirgin olarak yeniden çıkarırken, plasebo alan hiçbir olguda saç dökülmesi geriye dönmemiştir (Perini ve ark. 1994).

Bu çalışmada tedavide, psikiyatrik şikayetler hedef alınarak ilaç seçimi yapılmıştır. Psikiyatrik şikayetlerin AA gelişimine neden mi olduğu yoksa AA gelişimi sonrası mı geliştiği bilinmemektedir. Olgularda psikiyatrik şikayetler AA ile eş zamanlı geliştiğinden psikiyatrik şikayetlerle, AA belirtileri arasında neden-sonuç ilişkisi belirgin değildir. Fakat patofizyolojik açıklamalar iki grup şikayetin benzer mekanizmaları tetiklediğini düşündürmektedir.

Kötü seyir belirteçleri atopi varlığı, başka immün hastalık birlikteliği, aile hikayesi oluşu, başlangıç yaşının küçük oluşu, tırnak distrofileri varlığı ve kaybedilen saç miktarının fazlalığı olarak sayılabilir. Hastaların çoğunda saçlar bir yıl içinde kendiliğinden tamamen yerine gelse de %7-10 kadarında geri dönüşsüzdür (Madani ve Shapiro 2000). Bu çalışmada takipte düzelme gözlenmeyen 3 olgunun da erkek oluşu dikkat çekiciydi. Erkek cinsiyet kötü seyirde bir belirteç olabilir. Fakat düzelme gösteren her üç olguda da bir anksiyete bozukluğu eşlik etmekteydi.

AA gelişiminde psikiyatrik ve psikolojik etkenlerin belirleyici etkisi halen tartışmalıdır. Bazı ça-

lışmalar bu ilişkiyi %6 düzeyleri kadar düşük bulurken, özellikle hayat-boyu prevalansı inceleyen bazı çalışmalarda bu oran %70'lerin üzerine çıkmaktadır. Dermatolojik tedavilerin yanı sıra çeşitli psikotrop ajanlar da tedavide denenmiştir. Fakat iyileşme süreci tedaviden bağımsız olabilmektedir. Kendiliğinden geçen veya hayat-boyu devam eden otoimmün bir patoloji olduğunu öne süren araştırmacılar da vardır.

Takip ettiğimiz 6 AA olgularından olgunun 2'sinde aile öyküsü pozitif oluşu genetik yatkınlık olasılığını desteklemektedir. Fluoksetin ve imipramin tedavisine çelişkili cevaplar alınırken, AA yakınmaları geri dönen her üç olguda da OKB, sosyal fobi ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarının varlığı dikkat çekicidir. Tedaviye yanıtız grupta bir olguda dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu dışında komorbid psikiyatrik tanı saptanmamıştır. Ayrıca öncesinde belirgin bir psikolojik stres yaratan yaşam olayı varlığının (düzelme gösteren üç olgunun ikisinde; depresyon, okula başlama gibi) AA'ya yaklaşımda psikiyatrik tedavi etkinliğini arttırdığı düşünülmüştür.

ocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran AA olgularında özellikle anksiyete bozukluklarına yönelik ayrıntılı bir değerlendirme yapılması, var olan psikiyatrik Őikayetlere yönelik psikofarmakolojik ajanların tedaviye eklenmesi faydalı olabilecektir. Ayrıca her hastada dermatolojik değerlendirme yapılmalı, tedavi birlikte sürdürülmelidir.

Çalışmamızda yer alan hasta sayısının yetersizliği nedeniyle, bu çalışma psikiyatrik yaklaşımın AA tedavisi üzerine olan etkinliği ve etkinlikte rol alan faktörleri değerlendirmek için belli bir lde katkı sunmaktadır. Günümüze kadar olan çalışmaların neredeyse tamamının erişkin AA olgularıyla yapılmış olması, erken başlangıcın olumsuz gidiş için önemli bir risk etkeni oluşu nedeniyle ocuk ve ergen AA olgularıyla daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

Baker GH (1987) Psychological factors and immunity. *J Psychosom Res* 31:1-10.

Colombe BW, Price VH, Khoury EL ve ark. (1995) HLA class II antigen associations help to define two types of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 33:757-764.

Colon EA, Popkin MK, Callies AL ve ark. (1991) Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry* 32:245-251.

De Waard (1989) Juvenile versus maturity-onset alopecia areata: a comparative retrospective clinical study. *Clin Exp Dermatol* 14: 429-436

Jackow C, Puffer N, Hordinsky M ve ark. (1998) Alopecia areata and cytomegalovirus infection in twins: genes versus environment? *J Am Acad Dermatol* 38:418-425.

Katsarou-Katsari A, Singh LK, Theoharides TC (2001) Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress *Dermatology* 203(2):157-161.

Koo JY, Shellow WV, Hallman CP ve ark. (1994) Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 33:849-850.

Liakopoulou M, Alifleraki T, Katideniou A ve ark. (1997) Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:678-684.

Madani S ve Shapiro J (2000) Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol* 42:549-566.

Olsen E, Hordinsky M, McDonald-Hull S ve ark. (1999) Alopecia areata investigational assessment guidelines. *J Am Acad Dermatol* 40:242-246.

O'Sullivan RL, Mansueto CS, Lerner EA ve ark. (2000) Characterization of trichotillomania. A phenomenological model with clinical relevance to obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychiatr Clin North Am* 23(3):587-604.

Panconesi E ve Hautmann G (1996) Psychophysiology of stress in dermatology: the psychobiologic pattern of psychosomatics. *Dermatol Clin* 14:399-422.

Perini GI, Veller Fornasa C, Cipriani R ve ark. (1984) Life events and alopecia areata. *Psychother Psychosom* 41:48-52.

Perini GI (1994) Imipramine in alopecia areata: a double-blind, placebo-controlled study. *Psychother Psychosom* 61:195-198.

Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ (2003) Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness *Int J Dermatol* 42:434-437.

Scerri L ve Pace JL (1992) Identical twins with identical alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 27:766-767.

van der Steen P, Boezeman J, Duller P ve ark. (1992) Can alopecia areata be triggered by emotional stress? *Acta Derm Venereol (Stockh)* 72:279-280.