

<https://doi.org/10.25208/vdv1127>



Трихотейромания у взрослых

Мареева А.Н.^{1*}, Пичугина И.М.²

¹ ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России
107076, Россия, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

² ФГБУ ВО «Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского»
248023, Россия, г. Калуга, ул. Степана Разина, д. 26

Приведены собственные клинические наблюдения редкой аутодеструктивной патологии волос — трихотейромании. В литературе описаны единичные случаи трихотейромании, которая приводит к нерубцовой потере волос в результате их растирания и характеризуется расщеплением и повреждением стержня.

Представлены особенности клинической картины, трихоскопические признаки заболевания: очаги облысения в области волосистой части головы, в очагах стержни волос длиной не более 1,5 см, изогнуты, шелушение в области поредения в результате царапания кожи, при трихоскопии — стержни расщеплены на кончиках по типу «метелки» (трихоптилоз).

Приведены данные о дифференциальной диагностике заболевания с другими патологиями волос, возможном симптоматическом, психотерапевтическом, психофармакологическом лечении трихотейромании.

Данные клинические случаи представляют интерес в связи с редкими описаниями в литературе, обозначена важность трихоскопии в дифференциальной диагностике алопеций, возможности взаимодействия врача-дерматолога и психиатра, психотерапевта.

Ключевые слова: трихотейромания, трихотилломания, трихоскопия, алопеция, выпадение волос.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Мареева А.Н., Пичугина И.М. Трихотейромания у взрослых. Вестник дерматологии и венерологии. 2020; 97 (2): 44—50. <https://doi.org/10.25208/vdv1127>

T richoteiromania in Adults

Anastasia N. Mareeva^{1*}, Irina M. Pichugina²

¹ State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russian Federation

² Kaluga State University named after K.E. Tsiolkovsky
Stepan Razin str., 26, Kaluga, 248023, Russian Federation

This paper describes two clinical cases of a rare auto-destructive hair pathology — trichoteiromania. In the literature a few cases of trichoteiromania are described, it leads to non-cicatricial hair loss as a result of their rubbing and is characterized by splitting and damaging of the hair shaft.

The clinical picture features, trichoscopic signs of the disease are presented: foci of baldness in the scalp, hair shafts not more than 1.5 cm long, curved, scaling as a result of scratching the skin. Trichoscopic features: broken hair up to 1,5 cm length, splitting of the distal end of the hair shaft (trichoptilosis), scaling. The data on the differential diagnosis of the disease with other hair pathologies, the possible symptomatic, psychotherapeutic, psychopharmacological treatment of trichoteiromania are presented.

These clinical cases are of interest in connection with rare descriptions in the literature, the importance of trichoscopy in the differential diagnosis of alopecia, the possibility of interaction between a dermatologist and a psychiatrist, a psychotherapist are indicated.

Keywords: trichoteiromania, trichotillomania, trichoscopy, alopecia, hair loss.

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Anastasia N. Mareeva, Irina M. Pichugina. Trichoteiromania in Adults. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2020; 97 (2): 44—50. <https://doi.org/10.25208/vdv1127>

■ Трихотейромания входит в группу заболеваний волос, формирующихся в результате их самоповреждения. Самое распространенное из аутодеструктивных патологий волос — трихотилломания, значительно реже встречаются другие (трихотейромания, трихотемномания, трихофагия, трихокриптомания) [1]. Впервые термин «трихотейромания» (от греч. *teiro* — «растираю») был предложен Р. Freyschmidt-Paul в 2001 г. при описании случая самоповреждения волос у 61-летней пациентки с психическим заболеванием, которая компульсивно растирала стержни волос, что создавало при осмотре картину очагового облысения [2].

В литературе описаны единичные случаи трихотейромании, которая приводит к нерубцовой потере волос в результате их растирания и характеризуется расщеплением и повреждением стержня [1—5]. По мнению J.M. Peregja, трихотейромания по описанию соответствует псевдоалопеции, ассоциированной с царапанием, при которой очаги облысения сформировались в областях аутодеструкции по схожему механизму [1]. Данная патология была описана U. Runne в 2000 г. [5]. Кроме того, J.M. Peregja высказывает предположение, что клиническая картина трихотейромании соотносится и с психогенными экскорриациями, случаи которых приведены в ряде статей [1, 6, 7].

Приводим собственные клинические наблюдения.

Клинический случай №1.

Пациентка Л., 36 лет, обратилась в консультативно-диагностический центр ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава РФ с жалобами на зуд кожи головы, очаги алопеции. Впервые заметила очаги облысения за год до обращения, появление связывала с накануне проведенным окрашиванием волос. В том числе эпизодически отмечает появление зуда кожи головы и очагов облысения на фоне стресса, погрешностей в еде. Периодически принимает седативные средства (экстракт валерианы). Данный очаг алопеции существует в течение 2 недель. Пациентка проводит мытье головы ежедневно, так как испытывает ощущение загрязнения кожи, имеет привычку расчесывать кожу головы. Выдергивание волос отрицает.

Сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит (вне обострения), эписиндром (2012 г.).

Аллергические реакции: пищевые консерванты.

Результаты лабораторных исследований: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, ТТГ, кортизол, содержание общего IgE — в пределах референсных значений.

Результат микроскопического исследования на микоз: отрицательный

При осмотре на коже волосистой части головы очаги поредения около 5 см в диаметре, в очагах стержни волос длиной не более 1,5 см, изогнуты. В остальных областях головы, ресниц, бровей, туловища рост волос без патологии.

Трихоскопия: стержни расщеплены на кончиках по типу «метелки» (трихоптилоз), шелушение. При потягивании волосы не выпадают. Зона расшатанных волос не наблюдается.

По результатам обследования был установлен диагноз «трихотейромания», на очаги поредения и шелушения местно назначен 0,1% раствор бетаметазона

в комбинации с 5% салициловой кислотой, пациентка направлена к психотерапевту.

Клинический случай №2.

Пациентка Л., 54 лет, обратилась в консультативно-диагностический центр ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава РФ с жалобами на поредение волос, зуд кожи головы. Больной себя считает в течение 1 года, с появления зуда в области волосистой части головы, очагов поредения волос, связывает с началом климакса, приливами, тревожностью.



Рис. 1. Очаги поредения волос у пациентки с трихотейроманией: волосы длиной не более 1 см, стержни изогнуты, шелушение

Fig. 1. Foci of thinning hair in a patient with trichoteyromania: hair no more than 1 cm long, hair shafts are curved, peeling



Рис. 2. Трихоскопия у пациентки с трихотейроманией в области кожи головы за пределами очагов поредения

Fig. 2. Trichoscopy in a patient with trichoteyromania in the scalp outside the thinning hair foci



Рис. 3. Трихоскопия у пациентки с трихотейроманией в очагах поредения на волосистой части головы: трихоптилоз (волосы расщеплены на кончиках по типу «метелки», шелушение)

Fig. 3. Trichoscopy in a patient with trichoteiromania in the foci of thinning on the scalp: trichoptilosis (hair cracking of the brush type, peeling)



Рис. 4. Область центрального пробора у пациентки с трихотейроманией: единичные очаги поредения не более 0,7 см в диаметре

Fig. 4. The area of the profile parting in a patient with trichoteiromania: single foci of hair thinning no more than 0.7 cm in diameter

Наблюдается у гинеколога, эпизодически принимает фитозстрогены. Сопутствующие заболевания: миома матки.

Аллергоанамнез: никотиновая кислота.

При осмотре: поредение волос в области центрального пробора представлено мелкими очагами облысения, в которых волосы длиной не более 0,7 см, патологических высыпаний и признаков воспаления не наблюдается.

Трихоскопия: волосы короткие, до 10 мм в длину, стержни волос на кончиках расщеплены. Плотность волос в пределах нормы, отсутствуют черные точки, желтые точки.

Результат микроскопического исследования на микоз: отрицательный

Результаты лабораторных исследований: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, ТТГ, кортизол, содержание общего IgE — в пределах референсных значений, содержание половых гормонов — соответствуют постменопаузе.

Пациентке установлен диагноз «трихотейромания», наружно на очаги назначен 0,1% раствор бетаметазона в комбинации с 5% салициловой кислотой, пациентка направлена к психотерапевту.

В большинстве случаев клинического осмотра и трихоскопии достаточно для установления диагноза. При затруднениях в диагностике проводится патоморфологическое исследование биоптата кожи головы: выявляется акантоз, гиперкератоз и локальный паракератоз.

Дифференциальная диагностика трихотейромании проводится с гнездой алопецией, трихотилломанией, трихотемноманией, трихофитией, трихорексисом [8]. При гнездовой алопеции трихоскопическая картина разнообразна: черные и желтые точки, конические волосы, волосы по типу «восклицательных знаков», «свиных хвостиков», отсутствие расщепления стержней волос [9]. В очагах поредения при трихотилломании во-



Рис. 5. Трихоскопия у пациентки с трихотейроманией в очагах поредения в области центрального пробора: трихоптилоз (волосы расщеплены на кончиках по типу «метелки», шелушение)

Fig. 5. Trichoscopy in a patient with trichoteiromania in the foci of thinning on the profile parting area: trichoptilosis (hair cracking of the brush type, peeling)

лосы обломаны на разной высоте, черные точки, V-образные волосы при трихоскопии [10, 11]. Клиническая картина трихотемномании характеризуется состриженными или сбритыми пучками волос, без специфических трихоскопических признаков [12]. Обнаружение патогенных грибов, скрученных в виде запятой волос, черных точек, обломанных волос, зигзагообразных волос при трихоскопии свидетельствует о трихофитии [13]. Трихорексис узловатый характеризуется участками расщепления стержней волос по типу «щетки» или «метелки» в местах образования узлов [14].

В лечении трихотейромании применяют топические и инъекционные глюкокортикостероидные средства, однако эффективность их часто остается низкой, что связывают с циклом «зуд — растирание/царапание — зуд». Симптоматическая терапия в случае возникновения эритемы и шелушения в результате растирания и царапания кожи заключается в наружном нанесении комбинации 5% салициловой кислоты и 0,1% бетаметазона, при жалобах на зуд перорально назначается 25 мг/сутки гидроксизина [2]. В связи с тем, что специфической терапии трихотейромании не разработано, ряд авторов рекомендует использовать средства, применяемые в лечении трихотилломании (психотерапию, медикаментозное лечение, гипноз) [15].

Трихотейромания может рассматриваться в качестве аутоповреждения в рамках таких нозологий, как тревожное, тревожно-депрессивное, обсессивно-компульсивное, соматоформное, диссоциативное или биполярное аффективное расстройство. Кроме того, обсуждается связь с различного рода зависимостями.

Так, в международном исследовании влияния различных факторов на развитие и течение трихотилломании, выполненном на 7639 пациентах [16], выявлено, что пациенты с трихотилломанией имели большую вероятность наличия сопутствующей депрессии (скорректированное отношение шансов (ОШ) = 1,744; 95% доверительный интервал (ДИ): 1,187–2,560), никотиновой (ОШ = 2,250; 95% ДИ: 1,191–4,250) и алкогольной зависимости (ОШ = 1,771; 95% ДИ: 1,169–2,621). Вероятность трихотилломании также была независимо связана с суицидальными мыслями (ОШ = 1,917; 95% ДИ: 1,224–3,003) и подверженностью сексуальному насилию в детстве (ОШ = 1,221; 95% ДИ: 1,098–1,358). Кроме того, положительный скрининг на трихотилломанию имел более выраженное снижение уровня физического и психического качества жизни. Вероятно, что в отношении трихотейромании вследствие схожести данных нозологий можно получить сходные результаты. Однако данный момент требует уточнения и дальнейших исследований.

Они могут быть следствием тревоги, аутоагрессии, дисморфофобии, акцентуации личностных черт, дезадаптации и навязчивых действий. Со стороны психиатра и психотерапевта в качестве лечения данных пациентов может быть предложено психофармакологическое лечение и психотерапия.

В качестве психофармакологического лечения в данной ситуации выбор может упасть на селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [17] и нейролептики [18]. СИОЗС — группа препаратов с наиболее доказанным анксиолитическим и антидепрессивным эффектом при минимальном количестве побочных действий. Атипичные нейролептики — препараты, которые уже многие годы используются в качестве лечения психосоматических заболеваний, являются препаратами выбора у пациентов с обсессивно-компульсивным и биполярным аффективным расстройством. К атипичным нейролептикам относятся современные препараты данной группы, из-за измененной формулы которых при сохраненном выраженном нейролептическом действии

наблюдаются значительно меньшие побочные эффекты. В литературе указывается на опыт применения препаратов и других групп, например, противоэпилептических [19].

Психотерапия обычно является альтернативой психофармакологического лечения. Хотя есть большое количество ученых, которые поддерживают сочетание психофармакологического лечения и психотерапии. Широкое применение психотерапии связано с тем, что психофармакологическое лечение имеет определенные побочные эффекты, отказом от приема психофармакологических препаратов большей части пациентов, стигматизацией психиатрических пациентов, возобновлением симптоматики по завершении лечения. В лечении пациентов данной группы могут применяться как психодинамический, так и когнитивный подход.

Наибольшее количество научных исследований связано с применением когнитивно-поведенческой терапии [17]. Когнитивно-поведенческая терапия позволяет сформировать новые подходы в отношении к своему телу, к собственной личности, справиться с аутоагрессией, тревогой, депрессией и навязчивыми состояниями. У пациента формируется новый навык решения эмоционально сложных жизненных ситуаций, устойчивый контроль над своим поведением, повышается самооценка и появляются черты зрелой личности. Пациенту предлагается вести дневник и отмечать, с чем связаны чаще всего эпизоды желаний растирать волосы (стресс, просмотр телевизионных передач, обучение и др.), фиксировать количество данных ситуаций в течение дня и составлять список причин, которые мотивируют на прекращение привычки [15]. В то же время когнитивно-поведенческая терапия может быть результативной у данной группы больных, но пациенты с трихотейроманией, как правило, избегают психотерапии или не способны в течение длительного времени проходить курс, так как редко имеют обширные площади поражения, не происходит социальной дезадаптации.

В литературе имеются данные о восстановлении роста волос у пациентов с трихотейроманией при использовании N-ацетилцистеина в дозировке 1200 мг/сутки в течение 16 недель [3]. Описан опыт успешного применения N-ацетилцистеина в дозировке 1200–2400 мг/сутки при обсессивно-компульсивном расстройстве, ряде психодерматологических заболеваний (пруриго, онихотилломания, трихотилломания) [20–26]. Механизм действия N-ацетилцистеина основан на его влиянии на глутамат-систему: в печени N-ацетилцистеин конвертируется до цистеина, который переходит в глутатион, обладающий антиоксидантным эффектом [26]. Остаточный цистеин способен проникать через гематоэнцефалический барьер и, достигая головного мозга, окисляться до цистина. Впоследствии внеклеточный цистин заменяется на внутриклеточный глутамат через цистин-глутаматный антипортер, в основном расположенный в глиальных клетках. Глутамат во внеклеточном пространстве активирует mGluR2/3-рецепторы. Данные рецепторы являются преимущественно пресинаптическими и отрицательно модулируют глутаматерги-

ческую нейротрансмиссию [25]. Кроме того, было продемонстрировано, что N-ацетилцистеин изменяет уровень дофамина в нейронах [27]. Снижение уровня глутамата, который является одним из основных возбуждающих нейромедиаторов, позволяет предположить возможность достижения терапевтического эффекта при применении N-ацетилцистеина у пациентов с компульсивными расстройствами.

При наличии зуда кожи головы, отсутствии проявлений кожных заболеваний и психических расстройств у пациента следует исключить патологию периферических нервов и шейно-грудного отдела позвоночного столба [14].

Таким образом, случаи трихотейромании являются редкими клиническими наблюдениями, при установлении диагноза проводится симптоматическая терапия, пациент направляется к психотерапевту или психиатру. ■

Литература/References

- Pereira J.M. Compulsive trichoses. *An Bras Dermatol.* 2004; 79 (5): 609—18.
- Freyschmidt-Paul P., Hoffmann R., Happle R. Trichoteyromania. *Eur J Dermatol.* 2001; 11: 369—71.
- Salas-Callo C.I., Pirmez R. Trichoteyromania: Good Response to Treatment with N-Acetylcysteine. *Skin Appendage Disord.* 2019 Jun; 5 (4): 242—245. doi: 10.1159/000497167. Epub 2019 Mar 8.
- Shumway N.K., Cole E., Fernandez K.H. Neurocutaneous diseases: neurocutaneous dysesthesias. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74: 215—228; quiz 229—230.
- Runne U. Chronische Pseudo-alopezie durch ständiges Kratzen (Kratz-Pseudoalopezie). *Z Hautkr.* 2000; 75: 444-5.
- Arnold L.M., Auchenbach M.B., McElrou S.L. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs.* 2001; 15: 35—9.
- Touraine L.M., Auchenbach M.B., McElrou S.L. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs.* 2001; 15: 351—9.
- Banky J.P., Sheridan A.T., Dawber R.P. Weathering of hair in trichoteyromania. *Australas J Dermatol.* 2004 Aug; 45 (3): 186—8.
- Mubki T., Rudnicka L., Olszewska M. et al. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part II — trichoscopy and laboratory evaluations. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71: 431—441.
- Lee D.Y., Lee J. H., Yang J. M. et al. The use of dermoscopy for the diagnosis of trichotillomania. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 731—732.
- Rakowska A., Slowinska M., Olszewska M. et al. New trichoscopy findings in trichotillomania: flame hairs, V-sign, hook hairs, hair powder, tulip hairs. *Acta Derm Venereol* 2014; 94: 303—306.
- Orgaz-Molina J., Husein-EI Ahmed H., Soriano-Hernandez M.I. et al. Trichoteyromania: hair loss mediated by a compulsive habit not admitted by patients. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 183—184.
- Bourezane Y., Bourezane Y. Analysis of trichoscopic signs observed in 24 patients presenting tinea capitis: hypotheses based on physiopathology and proposed new classification. *Ann Dermatol Venereol* 2017; 144: 490—496.
- Rudnicka L., Olszewska M., Rakowska A. et al. *Trichorrhexis nodosa; Atlas of Trichoscopy — Dermoscopy in Hair and Scalp Disease.* London, Springer, 2012. Pp. 159—166.
- Adil M., Amin S.S., Mohtashim M. N-acetylcysteine in dermatology. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2018 Nov-Dec; 84 (6): 652—9.
- Bezerra A.P., Machado M.O., Maes M. et al. Trichotillomania-psychopathological correlates and associations with health-related quality of life in a large sample. *CNS Spectr.* 2020 Apr 8: 1—8. doi: 10.1017/S109285292000111X.
- Jones G., Keuthen N., Greenberg E. Assessment and Treatment of Trichotillomania (Hair Pulling Disorder) and Excoriation (Skin Picking) Disorder. *Clin Dermatol.* Nov-Dec2018;36(6):728-736. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.08.008. Epub 2018 Sep 19. PMID: 30446196 DOI: 10.1016/j.clindermatol.2018.08.008.
- Rothbart R., Stein D. Pharmacotherapy of Trichotillomania (Hair Pulling Disorder): An Updated Systematic Review. *Expert Opin Pharmacother.* 2014 Dec; 15 (18): 2709—19. doi: 10.1517/14656566.2014.972936.
- Solmi M., Tamiello G., Manuli G. Lamotrigine Induces Hair Loss in a Patient With Treatment-Resistant Major Depressive Disorder. *Am J Ther.* Sep/Oct 2017; 24 (5): e611-e612. doi: 10.1097/MJT.0000000000000586. PMID: 28346304 DOI: 10.1097/MJT.0000000000000586.
- Adil M., Amin S.S., Mohtashim M. N-acetylcysteine in dermatology. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2018 Nov-Dec; 84 (6): 652—9.
- Grant J.E., Odlaug B.L., Kim S.W. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry.* 2009 Jul; 66 (7): 756—63.
- Rodrigues-Barata A.R., Tosti A., Rodriguez-Pichardo A. et al. N-acetylcysteine in the treatment of trichotillomania. *Int J Trichology.* 2012 Jul; 4 (3): 176—8.
- Taylor M., Bhagwandas K. N-acetylcysteine in trichotillomania: a panacea for compulsive skin disorders? *Br J Dermatol.* 2014 Nov; 171 (5): 1253—5.
- França K., Lotti T. N-acetylcysteine in the treatment of trichotillomania. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2017 May; 30 (3): 1—1.
- Özcan D., Seçkin D. N-Acetylcysteine in the treatment of trichotillomania: remarkable results in two patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 Sep; 30 (9): 1606—8.
- Barroso L.A., Sternberg F., Souza M.N. et al. Trichotillomania: a good response to treatment with N-acetylcysteine. *An Bras Dermatol.* 2017 Jul-Aug; 92 (4): 537—9.
- Couto J.P., Moreira R. Oral N-acetylcysteine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a systematic review of the clinical evidence. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2018 Aug 30; 86: 245—54.

Информация об авторах

Мареева Анастасия Николаевна — к.м.н., врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического центра ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России; e-mail: nastasya_66@mail.ru

Пичугина Ирина Михайловна — к.м.н., врач-терапевт, гастроэнтеролог, психиатр, психотерапевт, доцент кафедры внутренних болезней ФГБУ ВО «Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского»; e-mail: dr.pichugina@gmail.com

Information about the authors

Anastasia N. Mareeva — Cand. Sci. (Med.), Dermatovenereologist, Consultative Diagnostic Centre, State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail: nastasya_66@mail.ru

Irina M. Pichugina — Cand. Sci. (Med.), Docent, Therapist, gastroenterologist, psychiatrist, psychotherapist, Department of internal medicine Kaluga State University named after K.E. Tsiolkovsky; e-mail: dr.pichugina@gmail.com