



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA



RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

PRACTICĂ MEDICALĂ

Cazuistică

Managementul alopeciei areate în practica medicului de familie: prezentare de caz

Dr. Andreea Cristina Macovei^{1,4}, Asist. univ. dr. Sorina Rodica Pop^{2,3,4,5}, Asist. univ. dr. Vlad Dascăl^{1,2,4}, Asist. univ. dr. Bianca Cojan-Mînzat^{2,3,4}, Șef lucr. univ. dr. Codruța Mărginean^{2,6}, Șef lucr. univ. dr. Sorina-Livia Pop^{2,6}, Șef lucr. univ. dr. Radu Revnic^{2,3,4}, Conf. univ. dr. Aida Puia^{2,3,4}

¹Institutul Inimii "Niculae Stăncioiu", Cluj- Napoca, România, ²Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România, ³Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, ⁴Medicină de familie, ⁵Geriatric și gerontologie, ⁶Medicină internă

Primit: 2.03.2025 • Acceptat pentru publicare: 25.03.2025

Rezumat

Alopecia areata (AA) este o boală autoimună caracterizată prin pierderea non-cicatricială a părului de la nivelul scalpului, feței sau corpului. De obicei, apare într-o singură zonă și este autolimitată, dar rareori poate progresa spre alopecia totalis. AA este cauzată de interacțiunea dintre factori genetici și factori din mediul înconjurător. Diagnosticul este clinic și există mai multe opțiuni de tratament aplicat topic, iar în cazuri severe se poate folosi terapia sistemică imunosupresoare. AA se asociază adesea cu boli autoimune precum dermatită atopică, vitiligo, boli tiroidiene și tulburări mentale. Aproximativ 50% dintre persoane vor recupera părul pierdut, dar evoluția este imprevizibilă.

Prezentăm cazul unei paciente de 25 de ani, care se prezintă în cabinetul medicului de familie cu o placă alopecică rotundă de aproximativ 4 cm la nivelul scalpului, fronto-parietal drept. Pacienta a efectuat câteva investigații de laborator, a fost supusă screening-ului pentru depresie și anxietate și a fost îndrumată spre dermatolog. Aceasta a început tratamentul cu Minoxidil aplicat topic și un preparat oral de vitamine și diverși produși naturali din plante. Pacienta rămâne atent monitorizată în perioada următoare pentru urmărirea progresiei sau regresiei bolii. Pacienții afectați de AA prezintă rate mai mari de depresie și anxietate. Medicul de familie are un rol important în managementul bolii: îndrumarea pacientului spre investigații, examen de specialitate și realizarea un diagnostic diferențial, dar și urmărirea evoluției acestuia. Monitorizarea atentă a evoluției bolii este importantă, atât pentru evaluarea eficienței tratamentului, cât și pentru ajustarea abordărilor terapeutice atunci când este necesar. Având în vedere impactul psiho-social pe care AA îl poate avea asupra pacienților, evaluarea sănătății mentale este esențială. Medicul de familie joacă un rol crucial în identificarea problemelor de anxietate și depresie, oferind suport și îndrumare către specialiști în sănătatea mentală.

Cuvinte cheie: *alopecia areata, impact psiho-social, managementul bolii, monitorizare*

MEDICAL PRACTICE

Case presentation

Management of alopecia areata in the family medicine's practice: case report

Abstract

Alopecia areata (AA) is an autoimmune disease characterized by non-scarring hair loss from the scalp, face, or body. It usually occurs in a single area and is self-limiting, but it can rarely progress to total alopecia. The interaction between genetic factors and an environmental trigger causes AA. The diagnosis is clinical, and there are several topical treatment options available; in severe cases, systemic immunosuppressive therapy may be used. AA is often associated with other autoimmune diseases such as atopic dermatitis, vitiligo, thyroid disorders, and mental health issues. Approximately 50% of individuals will recover from AA, but the progression is unpredictable.

We present the case of a 25-year-old female patient who presented to her family physician with a round alopecic patch of approximately 4 cm on the right frontoparietal area of the scalp. The patient underwent several laboratory investigations, was screened for depression and anxiety, and was referred to a dermatologist. She began treatment with topical minoxidil and oral food supplements for hair. The patient will be closely monitored in the following period to track the progression or regression of the disease. Patients affected by alopecia areata have higher rates of depression and anxiety. The family physician plays a significant role in managing the disease: guiding the patient towards investigations, conducting specialist examinations, making differential diagnoses, and monitoring the patient's evolution. Close monitoring of the disease progression is important for evaluating treatment efficacy and adjusting therapeutic approaches if necessary. Given the psycho-social impact that alopecia areata can have on patients, a mental health assessment is essential. The family physician plays a crucial role in identifying anxiety and depression issues, providing support, and guiding patients toward mental health specialists.

Keywords: *alopecia areata, psycho-social impact, disease management, close monitoring*

Introducere

Alopecia areata (AA) este o boala autoimună, dermatologică caracterizată prin pierderea non-cicatricială a unei suprafețe bine limitate, circulare de păr. Incidența la nivel global este de aproximativ 2% și apare mai frecvent la femei și la persoane cu vârste sub 40 de ani (1). Persoanele care suferă de AA prezintă o predispoziție genetică, dar nu toți dezvoltă boala. Este necesară interacțiunea cu un factor din mediul înconjurător. Adesea au fost raportate perioade stresante, atacuri de panică care au declanșat apariția bolii. Evoluția este de multe ori imprevizibilă. De obicei, este autolimitată, dar în unele cazuri, poate progresa spre pierderea totală a părului de la nivelul scalpului, feței și corpului (alopecia totalis și alopecia universalis) (2). Decizia de a trata se stabilește după identificarea severității bolii, aplicând Alopecia Areata Scale (AAsc).

O pierdere de până la 20% a părului de la nivelul scalpului este clasificată ca AA ușoară, între 21% și 49% este AA moderată, iar peste 50% se consideră a fi AA severă. Dacă sunt prezente următoarele criterii: afectarea sprâncenelor sau genelor, răspuns inadecvat la tratament cel puțin 6 luni, impact negativ psihosocial sau hair pull test pozitiv difuz, se trece la o treaptă superioară de severitate (3).

Tratamentul presupune utilizarea de minoxidil, corticosteroizi și imunoterapie topic, dar și oral (4). În cazuri severe, a fost introdusă terapia cu inhibitori ai enzimei JAK. În 2022, FDA și EMA au aprobat Baricitinib pentru tratamentul adulților cu AA severă.

AA apare adesea în asocieră cu dermatită atopică, vitiligo, boli tiroidiene, anemie pernicioasă, astm, boală celiacă, diabet zaharat de tip 1 și boli psihiatrice, mai frecvent anxietate și depresie (5). Pierderea părului poate avea un impact psihologic semnificativ asupra pacienților, crescând riscul apariției unei tulburări depresive, de aceea este important ca pacientul să primească suport psihologic și să poată accesa opțiuni cosmetice. Multiple studii susțin faptul că există o legătură bidirecțională între AA și depresie (5).

Studiu de caz

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 25 de ani care se prezintă la cabinetul de medicină de familie pentru căderea bruscă a părului de la nivelul scalpului, fără alte simptome asociate.

Pacienta a negat un istoric de infecții respiratorii recente sau prezența unui stimul stresant. Din antecedentele fiziologice, reținem apariția menarhei la 13 ani, 2 sarcini, 2 nașteri și menstruații regulate. Antecedentele heredo-colaterale și patologice au fost nesemnificative.

Pacienta nu lua nici un tratament medicamentos. Rutina de îngrijire a părului pacientei implica 2 spălări pe săptămână. Aceasta utiliza șampon și balsam care nu conțineau elemente suspecte.

La examenul obiectiv se observă o placă alopecică rotundă de aproximativ 4 cm diametru localizată la nivelul scalpului, fronto-parietal drept, cu foliculi de păr prezenți, așa cum se poate observa în Figura 1. Pacienta nu prezenta alte leziuni la nivelul pielii și patului unghial. Examenul fizic al pacientei a fost în limite normale.

Aspectul leziunii a fost sugestiv pentru AA de severitate ușoară. Pacienta a primit recomandarea efectuării unor investigații medicale și a fost îndrumată spre dermatologie. Ulterior, pacienta revine cu rezultatul analizelor medicale care au fost în limite normale, iar în urma consultului dermatologic a fost prescris un tratament cu Minoxidil 5% aplicat topic și Anacaps capsule, un adjuvant nutrițional pentru susținerea sănătății părului, pentru o perioadă de 6 luni.

Pacienta a răspuns la câteva întrebări pentru screeningul depresiei (PHQ-2) și cel al anxietății (GAD-2). Rezultatul nu a ridicat suspiciunea unei depresii respectiv anxietăți, considerându-se că pacienta nu are nevoie de mai multe investigații.

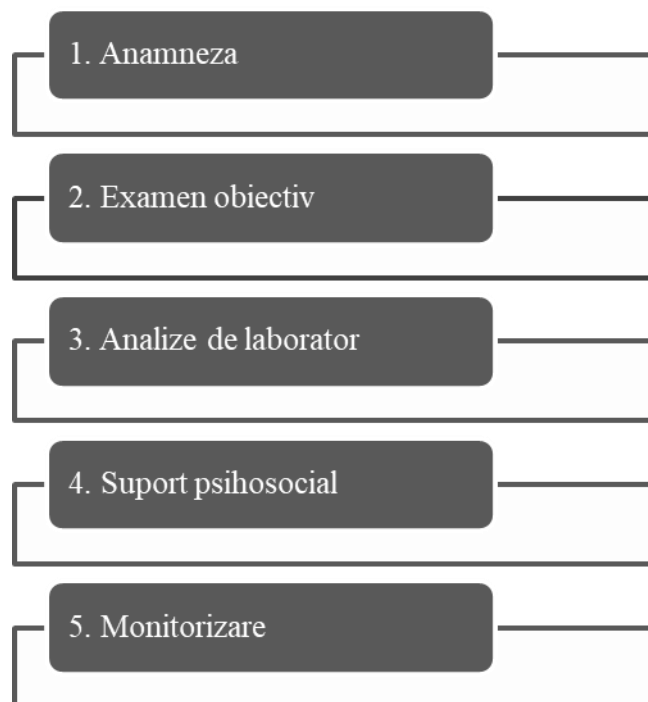
Figura 1. Placă alopecică fronto-parietală



Managementul cazului

Abordarea cazului în cabinetul medicului de familie implică obținerea unei anamneze riguroase, efectuarea examenului obiectiv, îndrumarea spre analize de laborator, oferirea suportului psihologic și monitorizarea ulterioară, așa cum reiese din Figura 2.

Figura 2. Managementul AA în cabinetul medicului de familie



Anamneza

Anamneza are o însemnătate importantă. Pacientul este întrebât dacă în familie există istoric de cădere a părului, AA având o importantă componentă genetică. De asemenea, la femei se obțin datele privitoare la antecedentele fiziologice (menarha, menstruație, sarcini și nașteri). După obținerea antecedentelor fiziologice, pacientul este întrebât dacă suferă de alte boli sau dacă a avut recent parte de infecții respiratorii sau evenimente stresante. Pierderea părului în AA este de obicei asimptomatică, rareori este precedată de senzație de arsură și prurit.

Pacientul este întrebât în continuare despre durata și rata de cădere a părului. Medicul de familie trebuie să se asigure că părul nu a fost smuls. Alte simptome asociate sunt de asemenea importante de obținut din anamneză, AA putându-se asocia cu alte boli autoimune. La final, pacientul este întrebât despre rutina sa de îngrijire a părului și despre produsele pe care le folosește.

Examenul obiectiv

Examenul obiectiv începe cu examinarea scalpului. Se observă dacă există eritem, pustule, papule, escoriații la nivelul scalpului sau alte semne pentru diferite boli ale scalpului.

Se stabilește dacă există densitate egală a părului prin împărțirea scalpului în 4 cadrane. Prin examinarea cu ajutorul luminii, se examinează zona alopecică și se observă dacă există foliculii de păr, dacă părul este smuls sau firul de păr este rupt. În AA, zona este circulară (ca o monedă). De asemenea firele de păr în "semn de exclamare" sunt patognomonice pentru AA: fire de păr scurte, care au capătul distal mai subțire decât capătul proximal. Aceste fire, pot fi smulse cu ușurință prin minimă tracțiune. În plus se poate efectua testul de tragere a părului prin care se stabilește dacă există o sensibilitate extremă a părului în alte zone ale scalpului. AA se asociază adesea și cu modificări unghiale, care pot preceda apariția bolii autoimune. De aceea, examinarea unghiilor nu trebuie să lipsească din examenul obiectiv (6).

De obicei, diagnosticul de AA este evident, dar există câteva cauze care sunt luate în considerare pentru diagnosticul diferențial, așa cum reiese din Tabelul 1.

Tabel 1. Diagnostic diferențial al AA

Trichotilomania
Tinea capitis
Alopecia cicatricială
Telogen effluvium
Anagen effluvium (indus medicamentos)
Lupus eritematos sistemic
Sifilis secundar

Analize de laborator

Pentru efectuarea diagnosticului diferențial și pentru stabilirea unei posibile cauze ale AA se recomandă investigații de laborator (Tabelul 2). Funcția tiroidiană este un aspect important de studiat, deoarece există o asociere înaltă între AA și bolile tiroidiene. Sifilisul secundar se poate manifesta prin apariția AA. Frecvent, deficitul de fier a fost găsit la femei cu AA. Se recomandă screening pentru diabetul de tip 1.

Fără simptome asociate, nu sunt recomandate alte investigații medicale, deoarece nu sunt cost eficiente și ar putea face mai mult rău pacienților (7). Pentru mai multe investigații, pacientul este îndrumat spre medicul dermatolog.

Tabel 2. Investigații de laborator recomandate de medicul de familie în AA

Hemoleucograma completă
Feritină
Glicemie
VDR
TSH
FT4
VSH
Proteina C reactivă
Exudat faringian

Suport psihosocial

Este important de luat în considerare impactul psihologic al AA. Deși apariția AA nu are un efect direct asupra stării de sănătate generale, efectele psihologice ale acestei boli pot afecta întregul organism. Pacienții pot dezvolta o imagine alterată a corpului, stimă de sine scăzută, nivele ridicate de anxietate și au un risc crescut de depresie care poate altera viața socială, profesională și personală (8).

Medicul de familie are rolul de a oferi informații privitoare la etiopatogenia, prognosticul bolii și posibilitățile de tratament. De asemenea, poate identifica semnele de anxietate și depresie și poate îndruma pacientul către un specialist în sănătate mentală. Reacția pacienților în legătură cu acest diagnostic este individualizată și poate varia. Unii pot simți furie, rușine, anxietate, frică sau dorința de izolare. Accentul în discuția cu pacientul se poate pune pe importanța acceptării propriei persoane ca făcând parte din procesul de tratament.

Monitorizare

AA se poate rezolva spontan, poate persista sau progresa spre pierderea complete a părului. De aceea, monitorizarea periodică este recomandată. Se estimează că 50% dintre pacienți vor recupera părul într-un an, mulți experimentând mai mult de un episod în timpul vieții (9).

Atunci când părul se regenerează, vor apărea fire de păr vellus (fire delicate, scurte, nepigmentate și fără glande sebacee – popular cunoscut sub numele de puf). Medicul de familie poate recunoaște acest aspect și înștiința pacientul.

În plus, monitorizarea periodică este necesară pentru depistarea precoce a altor semne și simptome, AA fiind adesea asociată cu alte boli autoimune.

Discuții

Apariția AA poate fi semnul unei alte boli sistemice asociate, acest fapt subliniază importanța diagnosticului diferențial și al monitorizării atente efectuate de către medicul de familie.

Legătura strânsă dintre depresie și AA impune o atenție deosebită atât în screeningul unor afecțiuni psihiatrice preexistente, dar și în monitorizarea pacientului și oferirea unui suport psihosocial adecvat.

Unii pacienți nu doresc efectuarea de investigații sau a unui tratament. Cu toate acestea, aceștia trebuie să beneficieze de aceeași consiliere în cabinetul medicului de familie.

Prognosticul acestora pe termen lung poate fi mai bun, dacă folosesc opțiuni cosmetice cum ar fi tatuaje, peruci, spray-uri colorate (8).

Concluzii

Rolul medicului de familie în managementul AA se concretizează în:

- identificarea semnelor și simptomele specifice AA pentru stabilirea diagnosticului;
- monitorizarea pacientului atât pentru evoluția AA, dar și pentru depistarea precoce a unor posibile boli asociate;
- îndrumarea pacientului spre investigații paraclinice;
- colaborarea cu alți specialiști pentru o abordare holistică a pacienților;
- oferirea unui suport emoțional.

Managementul AA necesită o abordare multidisciplinară, fiind esențială colaborarea dintre medicul de familie, dermatolog și, atunci când este cazul, specialiști în sănătatea mentală.

Această abordare holistică poate îmbunătăți calitatea vieții pacienților afectați.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Bibliografie

1. Villasante Fricke AC, Miteva M. Epidemiology and burden of alopecia areata: a systematic review. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015;8:397–403.
2. Rudnicka L, Arenbergerova M, Grimalt L et al. European expert consensus statement on the systemic treatment of alopecia areata. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology:JEADV*. 2024;38(4):687-694.
3. NAAF- National Alopecia Areata Foundation. *Alopecia Areata*. Available from: <https://www.naaf.org/alopecia-areata> [Accessed 3th January 2025].
4. The alopecia areata consensus of experts (ACE) study: results of an international expert opinion on treatments for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(1):123–30.
5. George P, Jagun O, Liu Q, et al. Prevalence of autoimmune and inflammatory diseases and mental health conditions among an alopecia areata cohort from a US administrative claims database. *J Dermatol*. 2023;50(9):1121–8.
6. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L et al. Alopecia areata: Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(1):1.
7. AAFP. *Don't routinely order laboratory tests for patients with alopecia areata in the absence of signs and/or symptoms of the diseases in question*. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/collections/choosing-wisely/470.html> [Accessed 28th February].
8. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012. *British Journal of Dermatology* 2012. Wiley Online Library. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2133.2012.10955>. [Accessed 28th February].
9. Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, et al. Alopecia areata update: part I. Clinical picture, histopathology, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62(2):177-88.