



Çocukluk çağında alopesi areata: 89 hastalık bir çalışma

Childhood alopecia areata: A study of 89 patients

Sibel Doğan, Sibel Ersoy-Evans, Nazlı Göncü*, Sedef Şahin**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

**Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Alopesi areata (AA) ani başlangıçlı, yama şeklinde saç dökülmesi ile ortaya çıkan ve sık görülen akkiz bir alopesi sebebidir. Bu çalışmanın amacı AA'nın Türk çocuk popülasyonunda epidemiyolojik ve klinik özellikleri ve birlikte görüldüğü diğer hastalıkları araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz pediyatrik dermatoloji polikliniğinde 2006-2011 yılları arasında, 16 yaşın altında AA, alopesi totalis (AT) ve alopesi universalis (AU) tanısı alan hastalara ait bilgiler retrospektif olarak dosya kayıtlarına ulaşılarak toplandı.

Bulgular: Çalışmaya 34 kız, 55 erkek toplam 89 hasta dahil edildi. Erkek/kız hasta oranı 1,6/1 olarak bulundu. Yaş ortalaması 9,8±3,4 yıldır (aralık; 1,5 yıl-16 yıl). Hastaların %9'unda (n=8) saptanan otoimmün hastalıklar; 5 hastada Hashimoto tiroiditi, 1 hastada vitiligo, 1 hastada juvenil romatoid artrit (JRA) ve 1 hastada morfea olarak bulundu, 2 hastanın ise JRA şüphesi nedeni ile takipte olduğu kayıt edildi. AA hastaların %86,5'inde (n=77) sadece skalpte, %7,9 (n=7) hastada ise skalp, kirpik ve/veya kaşlarda yerleşmekteydi. AT, 1 hastada, AU ise 4 hastada gözlemlendi. Buna göre hastaların %94,3'ünde (n=84) saç kaybı şiddeti tutulan alana göre %25'in altında olarak değerlendirildi. Hastaların tiroid hastalıklarına yönelik yapılan incelemelerinde 5 hastada Hashimoto tiroiditi (%5,6) saptandı. Bu hastalar ötiroid olarak değerlendirildi. Hastaların %27'sinde (n=24) tiroid fonksiyon testlerinde (TFT) bozukluk saptandı. Bu bozuklukların %24,7'si (n=22) klinik olarak önemsiz kabul edildi, 2 hastada ise kompanse hipotiroidi saptandı. Hastaların bakılan anti-tiroid peroksidaz antikor (anti-TPO ak) değerleri %9 oranında (n=8) pozitif olarak bulundu. Anti-tiroglobulin antikor (AT ak) yüksekliği hastaların %3,3'ünde (n=3), antinükleer antikor (ANA) pozitifliği %9'unda (n=8) saptandı. Tırnak değişiklikleri lökonisi (n=2), longitudinal striasyon (n=2), trakionisi (n=1), onikoşizis (n=1) ve pitting (n=1) olarak hastaların %12,3'ünde (n=11) izlendi.

Sonuç: Çocukluk çağında AA büyük çoğunlukla sınırlı saç kaybına sebep olmaktadır. AA'ya klinik bulgu vermeksizin TFT bozuklukları eşlik edebilir. Bu nedenle AA'lı çocuklarda bazal TFT ve anti-TPO ak düzeylerine bakılmasının ve düzenli takibinin planlanmasının anlamlı olabileceği düşünülmektedir. (Türkderm 2014; 48: 135-9)

Anahtar Kelimeler: Alopesi areata, çocuk, otoimmün, tiroid hastalıkları, vitiligo

Summary

Background and Design: Alopecia areata (AA) is a frequent type of acquired hair loss with a sudden onset. The aim of this study was to investigate the epidemiological and clinical features of AA and diseases associated with AA in the Turkish pediatric population.

Materials and Methods: We retrospectively evaluated the medical data of patients under 16 years of age who were admitted to the pediatric dermatology outpatient clinic at Hacettepe University Hospital between 2006 and 2011 with a diagnosis of AA, alopecia totalis (AT) and alopecia universalis (AU).

Results: A total of 89 patients (34 females and 55 males), were included in this study. The mean age of the subjects was 9.8±3.4 years (range: 18 months-16 years). 9% (n=8) patients had other autoimmune diseases: Hashimoto's thyroiditis in 5, vitiligo in 1, juvenile rheumatoid arthritis (JRA) in 1 and morphea in 1 patient. AA was located on the scalp in 86.5% (n=77) of the patients, 7.9% (n=7) of the patients had AA on the scalp together with eyelashes, eyebrows and the body. AT was noted in 1, AU was noted in 4 patients. Severity of hair loss was <25% in 94.3% (n=84) of the patients according to the involved area. Hashimoto's thyroiditis was diagnosed in 5 patients; these patients had normal thyroid function tests (TFT). TFT abnormalities were detected in 27% (n=24) of the patients. 24.7% (n=22) of these patients were diagnosed

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Sibel Doğan, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 305 17 06 E-posta: sibel.dogan@hacettepe.edu.tr **Geliş Tarihi/Received:** 21.05.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 12.07.2013

with clinically insignificant thyroid disorder, 2 patients had compensated hypothyroidism (n=2). Eight patients (9%) patients were found to be positive for anti-thyroid peroxidase antibody (Anti-TPO ab). Antithyroglobulin antibody (Anti-TG Ab) elevation was noted in 3.3% (n=3) and antinuclear antibody (ANA) positivity was noted in 9% (n=8). Nail changes were detected in 12.3% (n=11) of the patients as leukonychia (n=2), longitudinal striation (n=2), trachyonychia (n=1), onychoschizia (n=1) and pitting (n=1).

Conclusion: Childhood AA usually causes limited hair loss. TFT anomalies can accompany AA without clinical symptoms. Therefore, investigation and regular follow-up of baseline TFT and anti-TPO Ab levels are suggested in patients with AA in childhood. (Türkderm 2014; 48: 135-9)

Key Words: Alopeci areata, childhood, autoimmune, thyroid disease, vitiligo

Giriş

Alopesi areata (AA) ani başlangıçlı, yama şeklinde saç dökülmesi ile ortaya çıkan ve klinik seyri tahmin edilemeyen skarsız bir alopesidir. Patogenezi halen tam olarak aydınlatılmamış olsa da, genetik yatkınlık zemininde, otoimmün reaksiyonların AA'dan sorumlu olduğu düşünülmektedir. AA özellikle genç hastalarda görülür, hastaların yaklaşık %60'ı ilk ataklarını 20 yaş öncesinde geçirirler^{1,2}. AA'ya vitiligo, otoimmün tirodit, sistemik lupus eritematozus (SLE), diyabetes mellitus (DM) ve pernisiyöz anemi gibi başka otoimmün hastalıklar da eşlik edebilmektedir^{3,4}. AA epidemiyolojisi erişkin çağda iyi bilinmesine rağmen, çocukluk çağında görülen AA ile ilgili bilgiler daha kısıtlıdır⁴⁻¹⁰. Bu çalışmada AA'nın Türk çocuk popülasyonundaki epidemiyolojik ve klinik özellikleri ve birlikte görüldüğü diğer hastalıkların araştırılması planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

2006-2011 yılları arasında hastanemiz Pediatrik Dermatoloji Polikliniği'nde AA, alopesi totalis (AT) ve alopesi universalis (AU) tanısı alan 16 yaşın altında hastalara ait bilgiler retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya dahil edilen hastalara ait yaş, hastalık başlangıcı, AA atağı öncesi bir ay içerisinde gelişen infeksiyon, ilaç alımı, aşılama öyküleri, otoimmün, alerjik/atopik hastalıklar açısından özgeçmiş bilgileri, ailede AA varlığı açısından soygeçmiş bilgileri, hastalığın tutulum şiddeti, tırnak bulguları, AA'ya yönelik rutin laboratuvar tetkikleri ve tedavi seçimleri kayıt edildi. Saç kaybı şiddeti Olsen ve ark. tarafından AA araştırma değerlendirme yönergesinde tanımlanan kriterlere göre (tutulan alan yüzdesine göre) S1 (<%25), S2 (%25-%49), S3 (%50-%74), S4a (%75-%95), S4b (%96-%99), AT (alopesi totalis), AU (alopesi universalis) olarak sınıflandırıldı¹¹. Laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı, antinükleer antikor (ANA), tiroid fonksiyon testleri [TSH, total/serbest T4 (tT4, sT4), total/serbest T3 (tT3, sT3)], otoimmün tiroit antikorları olarak anti-tiroid peroksidaz antikor (anti-TPO ak) ve anti-tiroglobulin antikor (AT ak) sonuçları kayıt edildi. Otoimmün tiroit antikorları pozitif olan hastalar Hashimoto tiroiditi olarak kabul edildi. İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 15.0 programı ile yapıldı. Nominal değerler ve anlamlılık testleri için Ki-kare ve Fisher'in mutlak testi, sürekli değişkenler için t-test kullanıldı. Tüm istatistiksel testlerde p<0,05 anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Demografik özellikler

Çalışmaya 34 kız, 55 erkek toplam 89 hasta dahil edildi. Erkek/kız hasta oranı 1,6/1 olarak bulundu. Hastaların yaş ortalaması 9,8±3,43 yıldır (aralık; 1,5 yıl-16 yıl) (Şekil 1).

Özgeçmiş incelemesinde hastaların %9'unda (n=8) otoimmün hastalık olduğu öğrenildi. Hastaların 5'inin Hashimoto tiroiditi, 1'inin vitiligo, 1'inin juvenil romatoit artrit (JRA) ve 1'inin morfea tanıları olduğu, 2 hastanın ise JRA şüphesi nedeni ile takipte olduğu kaydedildi. Eşlik eden

otoimmün hastalık varlığı açısından AA'lı kız ve erkek hastalar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,242).

AA'lı hastaların 1'inde alerjik rinit, 1'inde ise astım olmak üzere %2,2'sinde (n=2) atopi/alerjik hastalık öyküsü bulunmaktaydı. Ailede atopi/alerjik öyküsü hastaların %4,5'inde (n=4) mevcuttu, bunlar baba ve kardeşle alerjik rinit, atopik dermatit, kronik el ekzeması ve kontakt dermatit şeklindeydi. Ailede AA öyküsü hastaların %5,6'sında (n=5) bulunmaktaydı. Hastaların 2'sinde babada, 1 hastanın erkek kardeşinde ve 1 hastanın babaannesinde geçirilmiş AA atağı olduğu öğrenildi. Ailede AA öyküsü bulunması ile AA şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0,05)

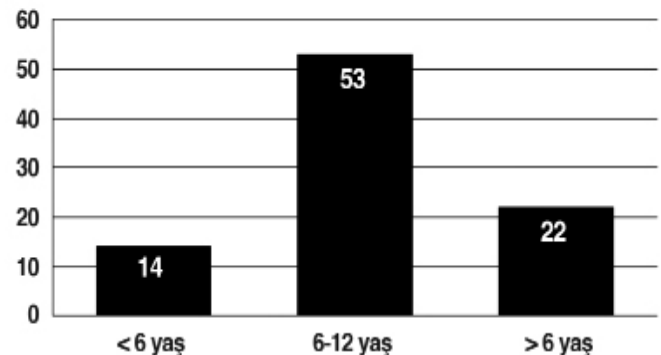
Hastaların AA atağı öncesinde psikolojik stres kaynağı olabilecek major bir olay açısından yapılan sorgulamalarında, depresyon (n=1), kardeş doğumu (n=1), hospitalizasyon (n=1), adenoidektomi (n=1) gibi toplam 4 hastada (%) aile tarafından önemle vurgulanan stresli bir olay meydana geldiği öğrenildi. Hastaların %4,4'ünün (n=4) AA atağı öncesindeki bir ay içinde üst solunum yolu infeksiyonu geçirdiği, %3,3'ünde (n=3) ise aşılama öyküsü olduğu (grip ve hepatit B aşısı) kayıt edildi. AA başlangıç zamanına göre hastalar incelendiğinde başlangıç ayı ve mevsimi ile AA görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü (p=0,153).

Klinik özellikler

Hastalar AA şiddeti açısından incelendiğinde %94,3'ünde (n=84) saç kaybı şiddeti S1 (<%25) olarak değerlendirildi. S1 saç kaybı skalpte %86,5 (n=77) hastada görüldü. Hastaların %2,2'sinde (n=2) skalpte ve kirpiklerde, %1,1'inde (n=1) skalpte ve kaşta, %1,1'inde (n=1) skalpte ve gövdede, %2,2'sinde (n=2) kaşta, %1,1'inde (n=1) kaşta ve kirpikte saç kaybı izlendi. AT hastaların %1,1'inde (n=1), AU ise hastaların %4,5'inde (n=4) gözlemlendi. Cinsiyet bakımından AA şiddeti incelendiğinde kızlar ve erkekler arasında AA yaygınlığı/saç kaybı şiddeti açısından fark olmadığı gözlemlendi (p=0,093).

Tırnak değişiklikleri hastaların %12,6'sında (n=11) saptandı. Bunların görülme sıklığı sırası ile lökonishi (n=2), longitudinal striasyon (n=2), trakionishi (n=1), onikozis (n=1) ve pitting (n=1) olarak değerlendirildi.

AA'lı hastaların yaşa göre dağılımı



Şekil 1. Alopesi areatalı (AA) hastaların yaşa göre dağılımı

Onikoşizis ve trakionişi gibi tırnak değişikliklerinin AT ve AU'ye eşlik ettiği gözlemlendi. İstatistiksel olarak da AA yaygınlığı ve tırnak tutulumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü, tırnak tutulumunun anlamlı olarak daha fazla oranda şiddetli AA'ya eşlik ettiği saptandı ($p<0,01$).

Alopesi areata ve tiroid hastalıkları

Hastaların yapılan incelemesinde %5,6'sında ($n=5$) Hashimoto tiroiditi saptandı. Bu hastaların hepsi ötiroid olarak değerlendirildi. Hastaların tiroid fonksiyon testleri (TFT) incelemelerinde %27 hastada ($n=24$) tiroid fonksiyon testi bozukluğu saptandı. Bu hastalardan ikisinde kompanse hipotiroidi tespit edildi, antitiroid antikoları negatifti, anti-TPO akları negatif olduğundan kompanse hipotiroidi olarak kabul edildi. Diğer hastalardaki ($n=22$, %24,7) TFT bozuklukları klinik olarak önemsiz tiroid fonksiyon bozukluğu olarak kabul edildi. Buna göre hastaların %2,2'sinde ($n=2$) izole TSH yüksekliği, %19,1'inde ($n=17$) izole sT3 yüksekliği, %3,4'ünde ($n=3$) ise izole sT4 düşüklüğü saptandı (Şekil 2). Tiroid hastalıklarının görülme sıklığı kız hastalarda erkek hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,015$). Tiroid hastalığı varlığı ile AA şiddeti arasında ise anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,198$). Hastaların bakılan anti-TPO değerleri %9 oranında ($n=8$) yüksek olarak bulundu. Üç hastada anti-TPO ak titresi çok düşük oranda pozitif olduğu için bu hastalar Hashimoto tiroiditi olarak kabul edilmediler. AT ak yüksekliği hastaların %3,3'ünde ($n=3$) mevcuttu. Hastaların %7,8'inde ($n=7$) 1/80, %1,1'inde ($n=1$) 1/160 titrede olmak üzere %9'unda ($n=8$) ANA pozitifliği bulundu.

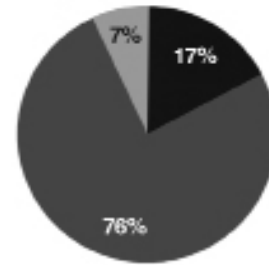
Tartışma

AA hayat boyu görülme sıklığı %1,7 civarında olan nadir otoimmün bir hastalıktır. Hastaların yaklaşık %85'i ilk AA atağını 40 yaşından önce geçirirler¹²⁻¹⁴. Pediyatrik yaş grubunda ise AA insidansı %12'ye kadar yükselebilmektedir⁹⁻¹¹. Hastalığın neden olduğu sosyal ve psikolojik etki nedeni ile aileler sıklıkla tıbbi destek ve tedavi için doktora başvurumaktadırlar^{5,6,9}. Erişkin çağda görülen AA epidemiyolojisi daha iyi bilinirken çocukluk çağında AA ve eşlik eden komorbiditeleri ile ilgili ise yeterli çalışma bulunmamaktadır⁴⁻¹⁰. Bu çalışmada Türk çocuk popülasyonunda AA'ya eşlik eden komorbiditeler ve bu hastalıklar ile ilgili bazı epidemiyolojik ve laboratuvar değişkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

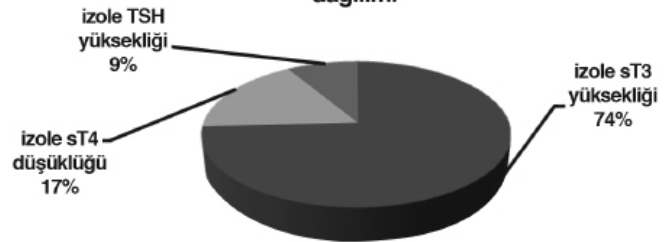
Çocukluk çağında görülen AA ile ilgili çalışmalarda erkek/kız hasta oranı değişken olmakla beraber genel olarak 1,1-1,4 oranları arasında görülmektedir (Tablo 1)^{5,9}. Sharma ve ark.'nın 201 olguluk bir çalışmasında ise erkek/kız hasta oranı 0,7 olarak bildirilmiştir⁴. Bizim çalışmamızda erkek/kız hasta oranı 1,6 olarak bulunmuş, erkek çocukların kızlara göre daha sık AA nedeni ile doktora başvurmalarının bir sebebinin de AA'nın erkek çocuklarda daha kolay fark edilebilmesi

AA'ya eşlik eden tiroid bozukluklarında etyolojik dağılım

- Hashimoto tiroiditi
- Klinik olarak önemsiz tiroid fonksiyon bozukluğu
- Kompanse hipotiroidi



Klinik olarak önemsiz tiroid fonksiyon test bozukluklarının dağılımı



Şekil 2. Alopesi areataya (AA) eşlik eden tiroid bozukluklarında etyolojik dağılım

Tablo 1. Değişik popülasyonlarda çocukluk çağında Alopesi areatanın incelendiği çalışmaların karşılaştırılması

	Xiao, F. L., S. Yang, ve ark.	Tan, E., Y. K. Tay, ve ark.	Sharma, V. K., B. Kumar, ve ark.	Çalışmamız
Ülke	Çin	Singapur	Hindistan	Türkiye
Hasta sayısı	226	392	201	89
Erkek/Kız	1,4/1	1,4/1	0,7/1	1,6/1
Başlama yaşı	10 yıl	11,2 yıl	%38 hasta 6-10 yıl	9,8 yıl
Aile öyküsü	%11,06	%8,4	%12,4	%5,6
İlişkili hastalıklar	VY	atopi vitiligo Down sendromu	atopi vitiligo, hipotiroidi	Hashimoto tiroiditi vitiligo JRA morfea alerjik rinit astım
Otoantikor varlığı	VY	VY	VY	%9 anti TPO ak + %3,3 AT Ak + %9 ANA +

AA: alopesi areata, JRA: juvenil romatoit artrit, anti TPO ak: antitiroidperoksidadz antikor, ATA: antitiroglobulin antikor, ANA: antinükleer antikor, VY: veri yok

olabileceği düşünülmüştür. Tan ve ark.'nin 392 olguyu 4 yıl takip ettikleri çalışmalarında AA'nın kız çocuklarda daha ciddi seyrettiği gösterilmiştir⁵. Diğer çocukluk çağı AA çalışmalarında ise cinsiyet ile AA şiddeti arasında ilişki saptanamamıştır. Bizim çalışmamızda da kız ve erkek hastalar arasında AA şiddeti açısından fark olmadığı gözlenmiştir. Çocukluk çağındaki AA hastaları ile yapılan çalışmalarda hastaların %8-12'sinde ailede AA öyküsü bulunmaktadır^{4,5}. Çalışmamızda ise ailede AA öyküsü %5,6 oranında bulunmuş ve aile öyküsü varlığı ile hastalık şiddeti arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir.

Çalışmamızda AA'lı çocuk hastaların sadece %2,2'sinde (n=2) alerjik rinit ve astım saptanmıştır. Daha önceki geniş olgu serili çocukluk çağı AA çalışmalarında ise atopinin %16-26 oranlarında AA'ya eşlik ettiği gösterilmiştir, ancak çocukluk çağındaki AA şiddeti ile atopi arasında anlamlı bir ilişki henüz kanıtlanamamıştır^{1,4,5}.

AA'nın geçirilen önemli psikolojik stres yaratan olaylarla ilişkisini araştıran çalışmalarda özellikle çocukluk çağındaki geçirilen olayların AA'lı hastalarda anlamlı olarak daha sık görüldüğü ve AA'lı çocukların diğer kronik hastalığı olan çocuklara göre daha yüksek oranda psikolojik strese maruz kaldıkları gösterilmiştir^{10,15,16}. Çalışmamızda sadece son 1 ay içerisinde ailenin hatırlayabildiği olaylar sorgulanmış olmasına rağmen hastaların %4,4'ünde (n=4) AA atağı öncesi önemli stres kaynağı olabilecek olay tanımlanmıştır. AA'nın tetiklenmesinde psikolojik travma ve stresin önemli olabileceğine dair bilgilerin özellikle bu konuyla ilgilenen daha detaylı ve prospektif çalışmalarla desteklenebileceği düşünülmektedir.

AA klasik olarak saç kaybı şiddetine göre sınıflandırılır¹¹. Hastalarımızın %94'lük önemli bir bölümünde saç kaybının %25'in altında ve sınırlı olduğu görülmüştür. Çocukluk çağındaki sınırlı tutulum ile giden AA daha sık gözlenirse de, AA yamaları AT ve AU için başlangıç lezyonları olabileceği için tüm AA'lı hastalarının dikkatle ve özenle yakından takip edilmeleri gerekmektedir. Çocukluk çağındaki AA'ya eşlik eden tınak tutulumunun ise AA şiddeti ile ilişkili olduğu bilinmektedir, bizim çalışmamızda da tırnak tutulumu varlığı ve AA şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır, tırnak tutulumunun özellikle daha ciddi klinik tutulumun gözlendiği AT ve AU olgularına eşlik ettiği gözlenmiştir⁴. AA etyolojisine yönelik olarak pek çok hipotez bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda senkron ve epidemik olgulara dayanılarak infeksiyöz etyolojiden bahsedilmiştir^{17,18}. Hasta grubumuzda AA atağı öncesi infeksiyon öyküsü %4,4 oranında, aşılama öyküsü ise %3,3 oranında bulunmuştur. AA başlangıç zamanına göre hastalar incelendiğinde başlangıç ayı ve mevsimi açısından AA görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Çalışmamızdaki hastaların özgeçmiş bilgileri ile ortaya çıkan otoimmün hastalıkların önemli orandaki birlikteliği otoimmünitenin AA patogenezinde en çok suçlanan etyolojik faktör olarak kabul edilmesini desteklemektedir. Çocukluk çağındaki AA hastalarını kapsayan çalışmamızın sonunda, hastalarımızın %9'unun (n=8) otoimmün olarak kabul edilen Hashimoto tiroiditi (n=5), vitiligo (n=1), JRA (n=1) ve morfea (n=1) hastalıkları olduğu görülmüştür. Hasta grubumuzda anti-TPO ak pozitifliği, AT ak ve ANA pozitiflikleri sırası ile %9, %3,3 ve %9 oranlarında saptanmıştır. AA'ya ait deneysel modellerde otoreaktif CD8+/CD4+ T hücreleri ve interferon gamanın direkt olarak kıl kökü harabiyetine neden olduğu gösterilmiştir^{8,10,19}. AA'lı hastalarla yapılan daha önceki çalışmalarda da tanımlanan otoimmün hastalıklar arasında Hashimoto tiroiditi, vitiligo, pernisiyöz anemi, tip 1 diyabetes mellitus, lupus eritematozus, miyastenia gravis, liken planus, tip 1 otoimmün

poliendokrin sendrom ve Çölyak hastalığı bulunmaktadır^{8,10,20,21}. Ayrıca AA'lı hastalarda otoimmün antikorlarda anlamlı yükselmeler görüldüğü bildirilmiştir^{8,19}. Anti-TPO ak pozitifliği erişkinlerde AA'lı hastalarda yapılan çalışmalarda %25'lere varan düzeyde görülebilmektedir^{20,22}. Dört bin üçyüz otuz dört AA'lı olgunun komorbidite açısından incelendiği son bir çalışma da ise çocukluk yaş grubu da dahil olmak üzere yaş aralığına göre AA varlığının tiroidit, sistemik lupus eritematozus, atopik dermatit, psoriasis, RA gibi hastalıklara eşlik etme olasılığının anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir²³. Dolayısı ile AA'lı çocuk hastalar da otoimmün hastalıklar yönünden sorgulanmalı ve gerekli görüldüğünde ilgili tetkikler açısından araştırma yapılmalıdır.

Çalışmamızda AA çocuk hastalarda %27 oranında TFT bozukluğu olduğu gösterilmiştir. Sharma ve ark.'nin yaptığı bir çalışmada 241 AA'lı çocuk hastanın sadece birinde hipotiroidizm saptanmıştır⁴. Nanda ve ark. çocukluk çağındaki AA'sı olan hastalarda TFT bozukluğunu hastalarının %17,5'inde göstermişlerdir⁷. Kurtev ve ark.'nin Bulgaristan'da yürüttüğü bir çalışmada ise, TFT, ATA, anti-TPO ak düzeyleri, TRH stimulyasyon testleri ve tiroid ultrasonografisi ile değerlendirilen AA'lı hastaların %47,8'inde otoimmün tiroidit olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmaya göre AA'lı hastaların tiroid boyutları, TFT ve antitiroid antikorları bakımından bazal ve yılda iki kere olmak üzere takip edilmeleri önerilmiştir⁸. Yüz yirmi üç AA'lı olgunun incelendiği bir diğer çalışmada %8,9 oranında TFT anomalisi görülmüş, hastaların %51,4'ünde ANA ve anti-TPO ak gibi otoimmün antikorların pozitif olduğu saptanmıştır²⁴. Türkiye'de çocukluk çağındaki popülasyona ait TFT anomalilerine dair net bir bilgi bulunamamasına karşın, iyot eksikliğinin endemik olarak saptandığı ülkemizde TFT anomalilerinin beklenenden yüksek olabileceği göz önüne alınmalıdır. Tüm TFT bozukluğu saptanan hastalar pediatrik endokrinoloji bölümüne değerlendirilmiş ve hastaların %24,7 gibi önemli bir kısmı klinik olarak önemsiz tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı ile takibe alınmışlardır. Beş hastada Hashimoto tiroiditi ve 2 hastada kompanse hipotiroidi olmak üzere hastaların %7,9'u (n=7) tiroid hastalığı tanısı almıştır. Sonuç olarak yüksek TFT bozukluğu oranı, tiroid hastalığı eşlik edebilme ihtimali ve otoimmün tiroidit riski açısından AA'lı çocuk hastaların bazal TFT ve anti-TPO ak düzeylerine bakılması ve bu açıdan yıllık takibe alınmaları anlamlı olabilir. Tiroid hastalıklarının görülme sıklığı AA'lı kız hastalarda erkek hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Vitiligolu hastalarda yapılan son bir çalışmada kadın hastalarda daha fazla anti-TPO ak pozitifliği ve otoimmün tiroidit görüldüğü gösterilmiştir²⁵. AA'lı hastalarda ise ulaşabildiğimiz bilgilere dayanarak cinsiyet bakımından artmış tiroid otoimmünitesi riski ile ilgili bilgi bulunmamaktadır. Çalışmamızda ilk defa gösterilmiş olan çocukluk çağındaki AA'lı kız hastalardaki anlamlı artmış tiroid hastalığı oranının etyopatogenezde, genel olarak kadın cinsiyet ile anlamlı birliktelik gösteren otoimmün profili destekleyebileceği düşünülmüştür. Kadın cinsiyetin tiroid otoimmünitesi ve TFT bozukluğuna dair artmış bir risk etkisi olup olmadığı ancak daha fazla olgu sayılı çalışmalarda net olarak desteklenebilecektir.

Sonuç

Sunduğumuz çalışmamızda da önceki çocukluk çağı AA'lı olgulara ait araştırmalara benzer epidemiyolojik özellikler saptanmıştır⁴⁻¹⁰. Laboratuvar çalışmalarda detaylı otoimmün araştırmaların rutin olarak uygulanmasına gerek olmadığı, anamnez ve muayene sırasında şüphelenilen hastalarda şikayete yönelik olarak ileri tetkiklerin yapılmasının uygun olduğu, yüksek oranda karşılaşılabileceği nedeni ile bazal TFT ve anti-TPO ak düzeylerine bakılmasının ve düzenli takibinin planlanmasının anlamlı olabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Sharma VK, Dawn G, Kumar B: Profile of alopecia areata in Northern India. *Int J Dermatol* 1996;35:22-7.
2. De Waard-van der Spek FB, Oranje AP, De Raeymaecker DM, Peereboom-Wynia JD: Juvenile versus maturity-onset alopecia areata: A comparative retrospective clinical study. *Clin Exp Dermatol* 1989;14:429-33.
3. Madani S, Shapiro J: Alopecia areata update. *J Acad Dermatol* 2000;42:566-9.
4. Sharma VK, Kumar B, Dawn G: A clinical study of childhood alopecia areata in Chandigarh, India. *Pediatr Dermatol* 1996;13:372-7.
5. Tan E1, Tay YK, Giam YC: A clinical study of childhood alopecia areata in Singapore. *Pediatr Dermatol* 2002;19:298-301.
6. Nanda A, Al-Fouzan AS, Al-Hasawi F: Alopecia areata in children: a clinical profile. *Pediatr Dermatol*: 2002;19:482-5.
7. Nanda A, Alsaleh QA, Al-Hasawi F, Al-Mizairai I: Thyroid function, autoantibodies, and HLA tissue typing in children with alopecia areata. *Pediatr Dermatol*: 2002;19:486-91.
8. Kurtev A, Iliev E: Thyroid autoimmunity in children and adolescents with alopecia areata. *Int J Dermatol*: 2005;44:457-61.
9. Xiao FL, Yang S, Liu JB, et al: The epidemiology of childhood alopecia areata in China: a study of 226 patients. *Pediatr Dermatol*: 2006;23:13-8.
10. Kakourou T, Karachristo K, Chrousos G: A case series of alopecia in children: impact of personal and family history of stress and autoimmunity. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:356-9.
11. Olsen E, Hordinsky M, McDonald-Hull S, et al: Alopecia areata investigational assessment guidelines. *J Am Acad Dermatol*: 1999;40:242-6.
12. Muller SA, Winkelmann RK: Alopecia areata: an evaluation of 736 patients. *Arch Dermatol*: 1963;88:290-7.
13. Shellow WV, Edwards JE, Koo JY: Profile of alopecia areata: a questionnaire analysis of patient and family. *Int J Dermatol* 1992;31:186-9.
14. Safavi KH, Muller SA, Suman VJ, et al: Incidence of alopecia areata in Olmsted County, Minnesota, 1975 through 1989. *Mayo Clin Proc*: 1995;70:628-33.
15. Díaz-Atienza F, Gurpegui M: Environmental stress but not subjective distress in children or adolescents with alopecia areata. *J Psychosom Res* 2011;71:102-7.
16. Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D, Haentjens P: Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:388-93.
17. Tosti A, La Placa M, Placucci F, et al: No correlation between CMV and alopecia areata. *J Invest Dermatol* 1996;107:443.
18. Stankler L: Synchronous alopecia in 2 siblings: a possible viral etiology. *Lancet* 1979;1:1303-4.
19. Gilhar A, Kalish RS: Alopecia areata: a tissue specific autoimmune disease of the hair follicle. *Autoimmune Rev* 2006;5:64-9.
20. Kasumagic-Halilovic E: Thyroid autoimmunity in patients with alopecia areata. *Acta Dermatovenerol Croat* 2008;16:123-5.
21. Goh C, Finkel M, Christos PJ, Sinha AA: Profile of 513 patients with alopecia areata: associations of disease subtypes with atopy, autoimmune disease and positive family history. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:1055-60.
22. Baars MP, Greebe RJ, Pop VJ: High prevalence of thyroid peroxidase antibodies in patients with alopecia areata. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27:137-9.
23. Chu SY, Chen YJ, Tseng WC, et al: Comorbidity profiles among patients with alopecia areata: the importance of onset age, a nationwide population-based study. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:949-56.
24. Seyrafi H, Akhiani M, Abbasi H, Mirpour S, Gholamrezanezhad A: Evaluation of the profile of alopecia areata and the prevalence of thyroid function test abnormalities and serum autoantibodies in Iranian patients. *BMC Dermatol* 2005;31:5:11.
25. Gey A, Diallo A, Seneschal J, et al: Auto-immune thyroid stigma in vitiligo: multivariate analysis indicates intricate pathomechanisms. *Br J Dermatol* 2013;168:756-61. doi:10.1111/bjd.12166.