

# Tufted Follikülit Olgusunda Rifampisin ve Klindamisin Tedavisinin Etkinliği

Rafet Koca\*, Nilgün Solak Tekin\*, Sibel Yenidünya\*\*  
Saniye Çınar\*, H. Cevdet Altınyazar\*

\*Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi \*Dermatoloji ve \*\*Patoloji Anabilim Dalları

## Özet

Tufted follikülit (TF), saçlı derinin nadir görülen ve sebebi bilinmeyen, kronik, ilerleyici, süpüratif bir hastalıdır. Hastalık 8-15 adet terminal kılın tek bir follikül ağzından çıkışı ile karakterizedir. TF'in fizyopatolojisi tam olarak açıklanamamıştır. Skar oluşumuna neden olan çeşitli saç hastalıklarında görülen folliküler hasarın ilerlemiş evresinde oluşabileceği düşünülmektedir. Otuz bir yaşında beyaz erkek olgu polikliniğimize oksipital bölgede 4 yıldır devam eden hassasiyet, pürülan akıntı ve saç dökülmesi şikayetleri ile başvurdu. Tufted follikülit tanısı konulan olguya 8 hafta süreyle 600 mg/gün rifampisin ve 600 mg/gün klindamisin kombinasyonu verilerek tedavi edildi. Yapılan kontrol muayenelerinde lezyonların tekrarlamadığı ve folliküllerdeki terminal kıl dağılımının normal düzene girmeye başladığı gözlemlendi. TF'in nadir gözlenmesi ve özellikle tedavisini zorluğu nedeni ile olgunun sunulması uygun görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Tufted follikülit, rifampisin, klindamisin, tedavi

*Koca R, Tekin NS, Yenidünya S, Çınar S, Altınyazar HC. Tufted follikülit olgusunda rifampisin ve klindamisin tedavisinin etkinliği. Türkderm 2006;40(1):30-32*

## Summary

Tufted folliculitis (TF) is a rare, recurrent, chronic and progressive suppurative disease of the scalp of unknown etiology. The disease is characterized by presence of 8-15 hairs emerging from a single follicular opening. The physiopathology of TF remains unknown. It probably represents an advanced stage of follicular damage common to several different forms of scarring alopecia. A 31-year-old white man presented to our clinic with a four-year history of tender, suppurating lesions on the scalp and patchy hair loss. The diagnosis was made as TF and the patient was treated with 600mg/day rifampicin and 600mg/day clindamycin for 8 weeks. In the follow up of the patient, it was observed that lesions did not recur and terminal hair distribution in the follicles began to return to normal arrangement. We report this case as TF is a rarely encountered disease and it is difficult to be treated.

**Key Words:** Tufted folliculitis, rifampicin, clindamycin, treatment

*Koca R, Tekin NS, Yenidünya S, Çınar S, Altınyazar HC. The efficiency of rifampicin and clindamycin treatment in a case of tufted folliculitis. Türkderm 2006;40(1):30-32*

Tufted follikülit (TF) saçlı derinin tekrarlayan ve ilerleyici inflamatuvar bir hastalıdır<sup>1</sup>. İnflamasyona yama tarzında oluşan kalıcı alopesik alanlar ve bu alanlar içerisinde genişlemiş bir follikül ağzından dışarı çıkan 8-15 adet saç kılının oluşturduğu demet tarzındaki saçlar eşlik eder. Hastalık ilk defa Smith ve Sanderson tarafında 1978 yılında tarif edilmiştir. TF'in etyopatogenezi tam olarak açıklanamamıştır. Olayın primer olmadığını, saçlı derideki farklı inflamatuvar hastalıkların sonucunda sekonder olarak geliştiğini kabul edenler

de vardır. TF tedavisi çeşitli topikal ve sistemik ajanların kullanılmasına rağmen genellikle zordur. Hastalığın tekrarlayıcı ve ilerleyici özelliği nedeniyle yeni kalıcı alopesik alanlar ve bunların periferinde demet tarzında saç kümeleri oluşmaya devam eder<sup>1-3</sup>.

## Olgu

Yirmi iki yaşında beyaz erkek hasta polikliniğimize saçlı derisinde 4 yıldır devam eden akıntılı, kaşıntılı iltihabi yaralar ve saç dökülmesi nedeniyle polikliniği-

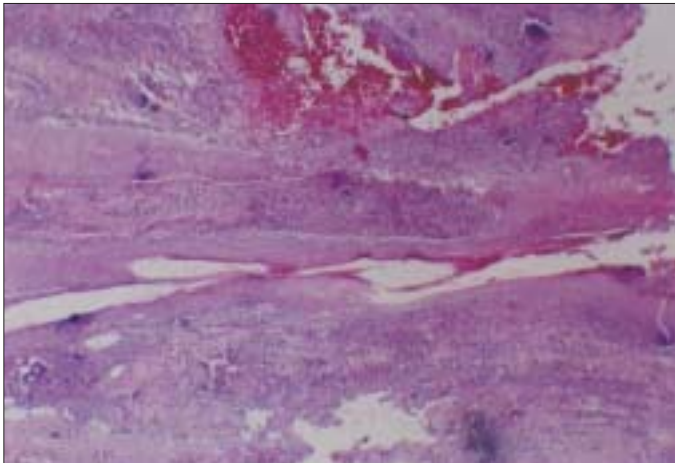
**Yazışma Adresi:** Yrd.Doç.Dr. Rafet Koca, Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı 67600 Kozlu-Zonguldak  
Tel: 0372 2610169 Faks: 0372 2610155 E-posta: rafkoca@yahoo.com **Alındığı tarih:** 09.10.2003 **Kabul tarihi:** 05.01.2004



mize müracaat etti. Daha önce başvurduğu kliniklerde sistemik-topikal kortikosteroid, benzoil peroksit, antihistaminik ve antiseptik tedaviler uygulanan hastanın şikayetlerinde iyileşme olmamış ve yeni lezyonları çıkmış. Yapılan dermatolojik muayenede saçlı derinin vertex ve oksipital bölgesinde kötü kokulu, hassas, eritemli zeminde püstüllerle kaplı ve pürülan akıntılı 15x15 cm'lik bir lezyon mevcuttu. Lezyon alanında 10-15 adet normal görünümlü saçın geniş bir follikül ağzından dışarı çıktığı demet tarzında saçlar gözlemlendi. Bu saçlar arasında sikatriyel alopesi mevcuttu. Dilate olmuş follikül etrafına hafif bir basınç uygulandığında follikül ağzından pürülan akıntı çıktığı saptandı. Lezyonun merkezde iyileşirken periferde aktif olarak ilerlediği gözlemlendi (Şekil 1). Arka servikal ve oksipital bölgelerde boyutları 0.5-1 cm arasında değişen altı adet lenfadenopati mevcuttu. Başka bir hastalığı olmayan olgunun soy geçmişinde bir özellik saptanmadı. Serum biyokimyası, tam kan sayımı, kompleman düzeyleri, ANA, Anti-DNA düzeyleri, idrar analizi, serum immunglobülinler, sifiliz serolojisi, serum çinko seviyesi ve eritrosit sedimentasyon hızı normal sınırlarda idi. Sağlam püstüllerden elde edilen pü kültüründe bakteri ve mantar üremedi. Lezyonlu bölgeden alınan biyopsinin histopatolojik incelenmesinde epider-

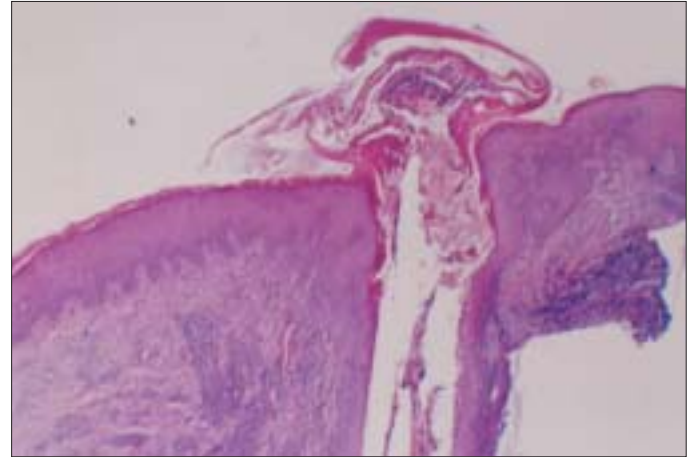


Şekil 1: Tedavi öncesi saçlı derideki görünüm.



Şekil 2: Yüzeysel perifolliküller alanında mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu ve birden fazla follikülün ortak bir kanala epidermise açıldığı gözlenmektedir (H-Ex40).

miste bazı alanlarda hiperkeratoz, parakeratoz ve follikül ağzlarında keratin tıkaçı izlendi. Yüzeysel perifolliküller alanında polimorf çekirdekli lökosit, lenfosit ve plazma hücrelerinin oluşturduğu mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu gözlemlendi (Şekil 2). Follikül duvarının yer yer parçalandığı ve iltihabi hücrelerin follikül kanalı içinde olduğu tespit edildi (Şekil 3). Tufted follikülit tanısı konulan olguya günde 60 mg (1mg/kg) isotretinoin başlandı. Yedi ay süreyle isotretinoin kullanılan olguda şikayetlerin gerilememesi üzerine tedavi sonlandırıldı. Bir ay tedavisiz bir dönemden sonra doksisisiklin 200 mg/gün başlandı. Hastanın şikayetlerinde hafif gerileme oldu. Sulantı ve kaşıntısı azaldı. Fakat yeni lezyon oluşumu önlenemedi. Yeterli iyileşme sağlanamaması üzerine doksisisiklin tedavisi 3 ay sonra sonlandırıldı. Yeni oluşan lezyonlardan yapılan bakteriyolojik tetkiklerde kültürde koagülaz pozitif stafilokok üredi. Olguya per oral rifampisin 600 mg/gün ve klindamisin 600 mg/gün kombinasyonu başlandı. İkinci haftanın sonunda akıntı ve yeni püstül oluşumu gözlenmedi. Dördüncü haftanın sonunda hastanın hiç lezyonu kalmadı. Tedaviye 8 hafta aralıksız devam edildi. Yapılan kontrol muayenelerinde lezyonların tekrarlamadığı ve folliküllerdeki terminal kıl dağılımının normal düzene girmeye başladığı gözlemlendi (Şekil 4).



Şekil 3: Follikül ağzında keratin tıkaçı ve parçalanmış follikül duvarı gözlenmektedir (H-Ex40).



Şekil 4: Sekiz haftalık tedavi sonrası görünüm.

## Tartışma

Tufted follikülit 19-53 yaş arası yetişkinlerde gözlenebilen bir hastalıktır<sup>2</sup>. Sıklıkla pariyetal veya oksipital bölgede eritemli zeminde eksüdatif bir plak olarak başlar. Folliküler yerleşimli çok sayıda püstülün oluşumu ile devam eder. İnflamasyonun gerilediği bölgelerde sikatrisyel alopesi gelişir. Alopesik alanlar arasında genişlemiş bir follikül ağzından dışarı çıkan 8-15 adet saçın oluşturduğu demet tarzı saçlar karakteristiktir. Hastalık ilerleyici ve tedaviye dirençlidir<sup>1,2</sup>. TF, saçlı derinin inflamatuvar hastalıklarından olan dissekan follikülit, folliküler liken planus, akne keloidalis nucha ve kerion selsinin son evresinde komplikasyon olarak da oluşmaktadır. İnflamatuvar hastalıklarda demet tarzı saçların sikatris bölgesinde tek bir folliküler ünitin oluştuğu, TF de ise birden fazla folliküler üniten kümelenerek tek bir epidermal delikten dışarı açıldığı gözlenmiştir. Bu nedenle TF'in oluşma mekanizmasının farklı olduğu bildirilmiştir<sup>1</sup>. Tufted follikülitin follikülitis decalvansın bir varyantı olduğunu kabul edenler de mevcuttur<sup>1</sup>. Hastalığın etyopatogenezi hakkında çeşitli teoriler ileri sürülmesine rağmen tam olarak açıklanamamıştır. Pürülan materyelden stafilokokus aureusun üretilmesi nedeniyle patogenezi primer olarak enfeksiyonun sorumlu olabileceği bildirilmiştir. Tekrar eden bakteriyel follikülitlere bağlı interfolliküler epidermiste oluşan fibröz dokunun kontraksiyonu sonucu oluşan depresyonun saçları tek bir follikül kanalından dışarı çıkmaya yönlendirdiği ileri sürülmüştür<sup>4</sup>. Son olarak da telogen saçların relaksasyonu sonucu oluştuğu ileri sürülmüştür<sup>2</sup>. TF histopatolojisinde genel olarak süperfisiyel perifolliküler alanda mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu, perifolliküler alanda fibrozis, üst ve orta dermiste perivasküler alanda lenfosit ve plazma infiltrasyonu mevcuttur. Parçalanmış folliküllerin etrafında makrofaj ve yabancı cisim dev hücreleri görülebilir. İnflamasyon alanında bir çok follikülün ortak bir kanala yönelerek bir follikül ağzına açıldığı ve derin perifolliküler alanın ise intakt olduğu gözlenir<sup>5</sup>.

Tufted follikülit etyopatogenezi tam açıklanamadığından, tedavisi pek yüz güldürücü bir hastalık değildir. Bir çok vaka çalışmasında sistemik ve/veya topikal antibiyotik, antimikotikler ve çinko preparatları kullanılmıştır. Çoğu olgu tedaviye yanıt vermezken, iyileşme gözlenen olgularda tedavi sonlandırıldığında şikayetlerin tekrarladığı bildirilmiştir<sup>1,2,6,7</sup>. Tong ve arkadaşları cerrahi eksizyon yapılarak tedavi edilen bir TF olgusu bildirmişlerdir<sup>4</sup>. Pujol ve arkadaşları topikal ve sistemik antibiyotik tedavisine cevap vermeyen bir olguya 1 mg/kg/gün isotretinoin tedavisi başlamışlardır. Tedavi süresince lezyonu olmayan olgunun tedavi sonlandırıldığında şikayetleri tekrarlamıştır<sup>2</sup>. Olgumuza 7 ay süre ile isotretinoin tedavisi verildi. Tedavi esnasında minimal bir iyileşme gözlenmesine rağmen hastalığın ilerlemesi durdurulamadığı için isotretinoin sonlandırıldı.

Sistemik eritromisin tedavisine cevap vermeyen bir olguda

300 mg/gün sistemik rifampisin birkaç kür verilerek iyileşme sağlanmıştır<sup>6</sup>. Powell ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada 18 hastaya oral 600 mg/gün rifampisin ve oral 600 mg/gün klindamisin kombinasyonunu 10 hafta boyunca vermişlerdir. Tüm olguların tedavi esnasında şikayetlerinin gerilediği, yeni lezyonların oluşmadığı ve alopesik alanların genişlemediği tespit edilmiştir. On olguda 10 hafta sonunda, 5 olguda ise tedavi süresi uzatılarak iyileşme sağlandığı bildirilmiştir. Tedavi kesildikten 2 ay sonra şikayetleri tekrar eden bir olguya ikinci bir kür uygulanmış ve başarılı olunmuştur<sup>8</sup>. Brozena ve arkadaşları da 10 hafta süre ile günde 600 mg oral rifampisin ve topikal eritromisin kombinasyonunu kullanarak follikülitis decalvanslı bir olguyu tedavi etmişlerdir<sup>9</sup>. Olgumuz oral rifampisin ve oral klindamisin kombinasyonunu iyi tolere etmiştir. Üç aydır tedavisiz takip ettiğimiz olgunun şikayetlerinde tekrarlama gözlenmedi.

Rifampisin primer olarak tüberküloz ve diğer bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. Rifampisin stafilokoklar üzerine oldukça etkili bir ajandır. Ayrıca hücre aracılı hipersensitiviteyi değiştirdiği ve T hücre fonksiyonlarını baskıladığı bildirilmiştir. Hızlı direnç gelişmesi nedeniyle tek başına kullanılması önerilmemektedir<sup>8,10</sup>. Bu nedenle olgumuzda klindamisin ile kombine kullanıldı.

Tufted follikülit tedavisi zor bir hastalıktır. Rifampisin ve klindamisin kullanılan olgularda diğer tedavi ajanlarına göre başarı oranının yüksek ve tekrarlama riskinin daha az olduğu bildirilmiştir. Tek bir tedavi kürünün yeterli olmadığı vakalarda 2. ve 3. kürün uygulanmasında yarar olabileceği kanaatindeyiz.

## Kaynaklar

1. Annessi G: Tufted folliculitis of the scalp: A distinctive clinicohistological variant of folliculitis decalvans. *Br J Dermatol* 1998;138:799-805.
2. Pujol RM, Matias-Guiu X, Garcia-Patos V, de Moragas JM: Tufted hair folliculitis. *Clin Exp Dermatol* 1991;16:199-201.
3. Sullivan JR, Kossard S: Acquired scalp alopecia. Part II: A review. *Australas J Dermatol* 1999;40:61-70.
4. Tong AK, Baden HP: Tufted hair folliculitis. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:1096-1099.
5. Dalziel KL, Telfer NR, Wilson CL, Dawber RP: Tufted folliculitis. A specific bacterial disease? *Am J Dermatopathol* 1990;12:37-41.
6. Luelmo-Aguilar J, Gonzalez-Castro U, Castells-Rodellas A: Tufted hair folliculitis. A study of four cases. *Br J Dermatol* 1993;128:454-457.
7. Pujol RM, Garcia-Patos V, Ravella-Mateu A, Casanova JM, de Moragas JM: Tufted hair folliculitis: a specific disease? *Br J Dermatol* 1994;130:259-260.
8. Powell JJ, Dawber RP, Gatter K: Folliculitis decalvans including tufted folliculitis: clinical, histological and therapeutic findings. *Br J Dermatol* 1999;140:328-333.
9. Brozena SJ, Cohen LE, Fenske NA: Folliculitis decalvans--response to rifampin. *Cutis* 1988;42:512-515.
10. Tsankov N, Angelova I: Rifampin in dermatology. *Clin Dermatol* 2003;21:50-55.

