



Sikatrisyel alopeside dermoskopik bulgular

Dermoscopic findings in cicatricial alopecia

Seher Arı, Gonca Gökdemir*

Gebze Fatih Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye

*Liv Hospital, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Dermoskopi pigmente deri lezyonlarının tanısında önemli bir araçtır. Son yıllarda bu yöntem saç ve saçlı deri hastalıklarının tanı ve takibinde de kullanılmaktadır. Çalışmanın amacı klinik ve histopatolojik olarak sikatrisyel alopesisi olan bir grup hastada dermoskopik bulguları değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Klinik ve histolojik bulgulara dayanarak sikatrisyel alopesi tanısı konulan 29 hasta dermoskopik özellikler açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan folikülitis dekalvanslı 8, Brocq'un psödopeladı olan 7, liken planopilarisli 6, diskoid lupus eritematozuslu 2, dissekan selülitli olan 1 ve sekonder sikatrisyel alopesili 5 hastada dermoskopik özellikler incelendi. Çıplak gözle muayenede görülen özellikler dermoskopi ile daha detaylı değerlendirildi. Sikatrisyel alopesili hastaların hepsinde foliküler açıklık kaybı vardı. Perifoliküler skuam, dallanan kırmızı çizgiler, bal peteği pigment paterni, beyaz benekler ve tufted folikülit diğer sık görülen bulgulardı.

Sonuç: Sikatrisyel alopesinin klinik değerlendirilmesinde dermoskopinin kullanımı, basit klinik inspeksiyonun ötesinde tanısız yararlılık sağlar, fakat bu yöntemin daha iyi anlaşılması için histopatolojik korelasyonun da yapıldığı geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır. (Türkderm 2013; 47: 223-6)

Anahtar Kelimeler: Sikatrisyel, alopesi, dermoskopi

Summary

Background and Design: Dermoscopy is an important tool in the diagnosis of pigmented skin lesions. Newly, this method has also been used in the diagnosis and follow-up of hair and scalp disorders. The objective of this study was to investigate dermoscopic findings in a sample of patients diagnosed with cicatricial alopecia based on clinical and histopathological findings.

Materials and Methods: Twenty-nine patients with cicatricial alopecia diagnosed according to the clinical and histological findings were examined by dermoscopy.

Results: Dermoscopic features were evaluated in 8 patients with folliculitis decalvans, - 7 with pseudopelade of Brocq, - 6 with lichen planopilaris, - 2 with discoid lupus erythematosus, - 1 with dissecting cellulitis, and in 5 patients with secondary cicatricial alopecia. The structures previously examined with naked eye were evaluated by dermoscopy in more detail. Loss of follicular orifices was seen in all patients with cicatricial alopecia. Perifollicular scaling, arborizing red lines, honeycomb pigment pattern, white dots and tufted hairs were the other most obvious findings.

Conclusion: The use of dermoscopy in the clinical evaluation of cicatricial alopecia improves diagnostic capability beyond simple clinical inspection. Larger studies correlating dermoscopic findings with histopathology examinations are necessary to improve our understanding of this method. (Türkderm 2013; 47: 223-6)

Key Words: Cicatricial, alopecia, dermoscopy

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Seher Arı, Gebze Fatih Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye

E-posta: dr_seherari@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 19.07.2012 **Kabul Tarihi/Accepted:** 24.08.2011

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*



Giriş

Skatrisyel alopesi kıl foliküllerinin kalıcı hasarıyla karakterize inatçı seyreden ve az görülen ayrı bir inflamatuvar hastalık grubudur. Primer skatrisyel alopesi öncelikli olarak pilosebase üniteyi hedef alan kronik inflamatuvar bir süreç olmasına rağmen sekonder tipte spesifik olarak folikülosentrik tutulum yoktur. Primer veya sekonder olsun tüm skatrisyel alopesilerde klinik olarak foliküler açıklık kaybı ve histolojik olarak kıl folikülünün fibröz doku ile yer değiştirmesiyle karakterize kalıcı hasar mevcuttur¹⁻⁴. Skatrisyel alopeside klinik muayene her zaman tam bilgi vermez. Dermoskopi son yıllarda saç ve saçlı deri hastalıklarının tanı ve takibinde kullanılmaktadır⁵⁻⁷. Dermoskopik olarak tanımlanmış spesifik paternler saç ve saçlı deri hastalıklarının ayırıcı tanısında klinisyene yardımcı olabilir. Literatürde skatrisyel olmayan alopeside dermoskopik bulgularla ilgili çeşitli çalışmalar vardır. Skatrisyel alopeside ise olgu sunumları ve küçük serili çalışmalar bildirilmiştir.

Biz bu çalışmada, klinik ve histopatolojik olarak skatrisyel alopesisi olan bir grup hastada dermoskopik bulguları analiz etmeyi ve dermoskopinin skatrisyel alopesi tanısında yararlılığını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Ekim 2009-Nisan 2010 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğimizde yürütüldü. Yirmi dokuz skatrisyel alopesisi olan hasta çalışmaya alındı. Tüm hastalarda tanı anamnez, klinik görünüm ve histopatolojik değerlendirme ile konuldu. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), yakınmaları, hastalık süresi ve tedavi öyküsü kayıt edildi. Saçlı derideki alopesik alanların dermoskopik değerlendirmesi DermLite II pro dermoskop (3Gen) kullanılarak yapıldı. Dermoskopik görüntüler DermLite Pro II'ye bağlı dijital kamera (Nikon

coolpix-4500) kullanılarak fotoğraflandı. Tüm görüntüler her iki araştırmacı tarafından dermoskopik özellikler (vasküler yapılar, deri yüzeyinin görünümü ve foliküler/perifoliküler bulgular) açısından değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya 15'i kadın, 14'ü erkek toplam 29 skatrisyel alopesili hasta katıldı. Hastaların yaş ortalaması 31,31 (3-57) idi. Hastalık süresi 3 ay ile 20 yıl arasında değişmekteydi. Hastaların en sık yakındığı şikayetler sırasıyla saç dökülmesi, kellik, saçlı deride kaşıntı ve yanma idi. Çalışmaya alınan 29 hastanın 24'ünde primer skatrisyel alopesi, beş hastada ise geçirilmiş inflamatuvar tinea kapitis sekonder skatrisyel alopesi vardı (Tablo 1).

Dermoskopik değerlendirmede saptanan vasküler yapılar, pigment ağ yapısı ve foliküler/perifoliküler özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Folikülitis dekalvansda (FD) foliküler açıklık kaybı dışında epidermal ve perifoliküler skuam, tufted follikülit ve kıvrımlı kırmızı düğümler azalan sıklıkta görüldü (Resim 1a,b). İki hastada foliküler püstül oluşumu vardı.

Brocq'un psödopeladında görülen en belirgin bulgu foliküler açıklık kaybı ve yapısız beyaz renkli alanlardı (Resim 2a). Bal peteği pigment paterni, dallanan kırmızı çizgiler ve epidermal/perifoliküler skuam diğer bulgulardı (Resim 2b).

Liken planopilarisli (LPP) tüm hastalarda foliküler açıklık kaybı ve perifoliküler beyaz renkli skuamlar belirgindi (Resim 3a,b). Balpeteği pigment paterni ve beyaz benekler dikkat çeken diğer bulgulardı.

Diskoid lupus eritematozuslu (DLE) her iki hastada foliküler açıklık kaybı ve dallanan kırmızı çizgiler vardı. Aktif DLE'si olan bir hastada foliküler kırmızı ve sarı benekler vardı (Resim 4a,b).

Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların demografik özellikleri, klinik tanı ve hastalık süreleri

	N=29	Kadın/Erkek	Ortalama yaş	Hastalık süresi (ortalama)
Folikülitis dekalvans (FD)	8	1:7	33	3 ay-7 yıl (2,09 yıl)
Brocq'un psödopeladı	7	5:2	33,4	1-20 yıl (7,8 yıl)
Liken planopilaris (LPP)	6	5:1	38,6	3 ay-2 yıl (0,9 yıl)
Tinea kapitis	5	3:2	17,4	1-10 yıl (4 yıl)
Diskoid lupus eritematozus (DLE)	2	1:1	34,5	6-20 yıl (13 yıl)
Dissekan selülit	1	0:1	22	1 yıl

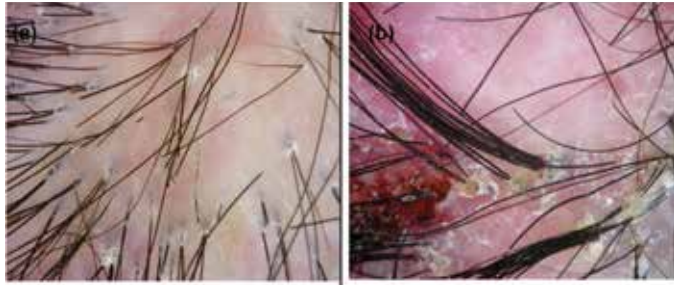
Tablo 2. Skatrisyel alopesili hastalarda görülen dermoskopik paternlerin hastalıklara dağılımı

	Folikülitis dekalvans n=8 (%)	Brocq'un psödopeladı n=7 (%)	LPP n=6 (%)	DLE n=2 (%)	Tinea kapitis n=5 (%)	Dissekan selülit n=1 (%)
Kıvrımlı kırmızı düğümler	6 (75)	0	0	0	0	0
Dallanan kırmızı çizgiler	5 (62,5)	3 (42,8)	2 (33,3)	2 (100)	2 (40)	1 (100)
Bal peteği pigment paterni	3 (37,5)	4 (57,14)	4 (66,6)	1 (50)	1 (20)	0
Beyaz benekler	4 (50)	2 (28,57)	4 (66,6)	0	0	0
Sarı benekler	0	0	0	1 (50)	0	1 (100)
Foliküler kırmızı benekler	0	0	0	1 (50)	0	0
Epidermal skuam	7 (87,5)	3 (42,8)	2 (33,3)	1 (50)	3 (60)	0
Perifoliküler skuam	7 (87,5)	3 (42,8)	6 (100)	1 (50)	0	0
Foliküler açıklık kaybı	8 (100)	7 (100)	6 (100)	2 (100)	5 (100)	1 (100)
Tufted follikülit	7 (87,5)	0	0	0	0	0

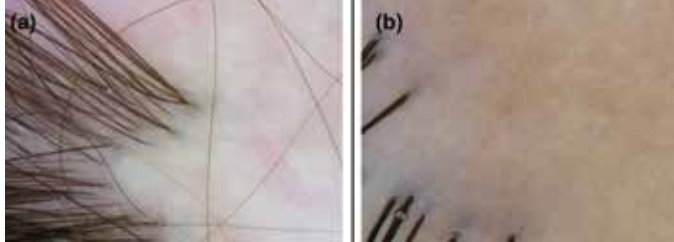
Geçirilmiş inflamatuvar fungal infeksiyona sekonder skatrisyel alopesisi olan hastalarda foliküler açıklık kaybı, pembe-beyaz yapısız alanlar ve epidermal skuamlar saptanan en belirgin bulgulardı (Resim 5). Dissekan selülitli olan bir hastada dallanan kırmızı çizgiler, sarı benekler ve foliküler açıklık kaybı görüldü.

Tartışma

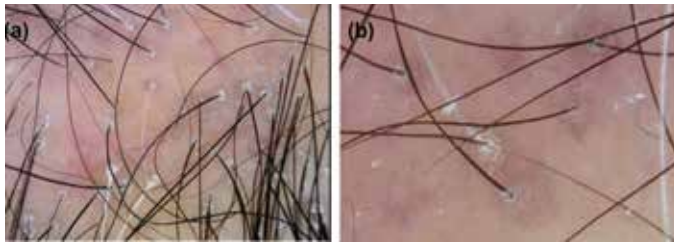
Dermoskopi benin ve malin melanositik lezyonların tanısında, ayrıca deri kanseri ve diğer inflamatuvar, infeksiyöz dermatozların farklı tiplerinin saptanması ve ayırımında yararlı bir yöntemdir. Son yıllarda, dermoskopinin saç ve saçlı deri hastalıklarının tanı ve takibinde belirgin fayda sağladığı saptanmıştır⁸. Skatrisyel olmayan alopesilerin karakteristik dermoskopik özellikleri ile ilgili giderek artan sayıda



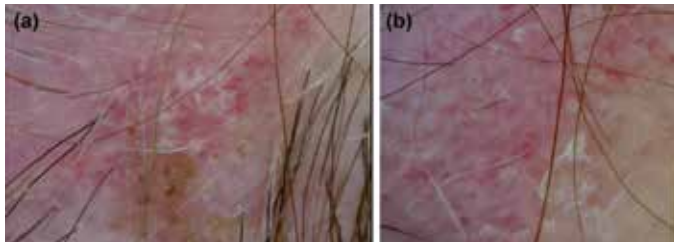
Resim 1. Folikülitis dekalvansda (a) perifoliküler skuam, foliküler açıklık kaybı ve yapısız beyaz alanlar, (b) tufted folikülit



Resim 2. Brocq'un psödopeladında (a) yapısız fildişi-beyaz renkli alanlar, (b) bal peteği pigment paterni.



Resim 3. Liken planopilarisde (a) perifoliküler skuam ve balpeteği pigment paterni, (b) perifoliküler mavi-gri noktalar



Resim 4. Diskoid lupus eritematosuzda (a) hiperkeratotik foliküler tıkaçlar, (b) foliküler kırmızı noktalar

kanıtlar olmasına rağmen, skatrisyel alopesinin ayırıcı tanısında saçlı deri dermoskopisinin (trioskopi) yararlılığı henüz kısmen incelenmiştir⁸⁻¹⁰. Biz, daha önceki yapılmış çalışmalara benzer bulguları elde ettiğimiz bu çalışmada klinik ve histopatolojik bulgulara göre skatrisyel alopesisi olan 29 hastayı değerlendirdik. Hastaların muayenesinde çıplak gözle görülen özellikler dermoskopi ile daha basit ve kolay değerlendirildi. Skatrisyel alopesinin tipik bulgusu foliküler açıklık sayısında azalma tüm vakalarımızın dermoskopik değerlendirmesinde mevcuttu. Bu durum klinik olarak kalıcı alopesi ve histopatolojik olarak kıl folikülünün fibrozisi ile karakterizedir^{7,11}.

Saçlı derinin rekürren papülopüstüleri lezyonları ile giden folikülitis dekalvansda, foliküler yıkım olduğunda inflamasyon geriler ve lezyon skatrisyel alopesiye sonuçlanır¹². Çalışmamızda, bu hastaların dermoskopik değerlendirmesinde foliküler açıklıklarda azalma ile birlikte epidermal ve peripilar skuam, çok sayıda kıvrımlı kapiller düğüm ve tufted folikülit sık görülen bulgulardı. Bazı yazarlar FD'da karakteristik vasküler bulguların olmadığını savunsa da, Ross ve ark. aktif hastalıkta epidermal ve infundibular akantozis ile ilişkili görülen interfoliküler kıvrımlı kapiller düğümlerin, alttaki süpürasyona reaktif bir fenomen olabileceğini vurgulamıştır^{9,13,14}. Skatrisyel alopesiye sekonder olarak gelişen tek bir foliküler açıklıktan çıkan çok sayıda kılların varlığı (tufted folikülit) ise son yıllarda FD'ın ayırıcı özelliği olarak değerlendirilmektedir^{9,12,14}.

Brocq'un psödopeladında dermoskopik özellikler tipik değildir ve tanı hem klinik hem de dermoskopik olarak diğer nedenlerin dışlanmasıyla koyulur¹⁴. Çalışmamızda foliküler açıklıkların görülmediği beyaz alanlar dışında bal peteği pigment paterni bu hastalıkta en sık görülen bulguydu. Bal peteği pigment paterni saç kaybı sonucunda kronik güneş maruziyetinin olduğu alopesik alanlarda görülür^{8,13}. Çoğunlukla yavaş ilerleyen alopesik durumlarda görülen bu patern kronik hastalığın bir işareti olarak değerlendirilmektedir¹³.

Skatrisyel alopesinin en sık nedeni olan LPP'de diğer çalışmalarla uyumlu olarak perifoliküler skuam, foliküler açıklık kaybı ve beyaz noktalar en sık görülen dermoskopik bulgulardı^{8,9,12}. Perifoliküler tubuler karakterde gümüş beyazı skuamlar Rokowska ve ark.¹⁹ tarafından LPP için tipik olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca Duque-Estrada ve ark.⁸'nin tanımladığı histopatolojik olarak interfaz dermatitinde pigment inkontinansıyla uyumlu mavi-gri noktaların, fibrotik folikülü çevreleyen hedef benzeri görünümü LPP'li bir olgumuzda görüldü.



Resim 5. Sekonder skatrisyel alopeside foliküler açıklıkların görülmediği pembe-beyaz yapısız alanlar

Foliküler açıklıklarda azalma dışında, bazal hücreli karsinom için tipik olan kalın dallanan damarlar DLE'li her iki olgumuzun dermoskopik değerlendirmesinde mevcuttu. Tosti ve ark.¹⁵ tanımladığı foliküler kırmızı noktalar bir aktif DLE'li olgumuzda saptandı. Bu patern ekstrasözöz eritrosit ve dilate damarlarla çevrili dilate infundibulumla ilişkili bulunmuş ve aktif hastalığın tipik özelliği olarak belirtilmiştir^{9,15}. Bunların dışında DLE için karakteristik olan foliküler keratotik tıkaçla uyumlu sarı benekler yine aktif DLE'si olan hastamızda görüldü. Duque-Estrada ve ark.⁸ koyu tenli DLE'li hastalarda pigment inkontinansıya ilişkili benekli paternde mavi-gri noktaları tanımlamışlardır. Bu özellik deri fototipi II ve III olan hastalarımızda görülmedi.

Rakowska ve ark. sarı yapısız alanları ve içinde distrofik kılların bulunduğu "3D" yapısındaki sarı noktaları dissekan selülitte saptamışlardır⁹. Biz de dissekan selülitli olgumuzda foliküler açıklıklarda azalma ile birlikte dallanan ince damarlar ve sarı benekleri dermoskopik değerlendirmede saptadık.

Anamnezinde geçirilmiş fungal infeksiyon öyküsü olan, alopesik alandan yapılan histopatolojik değerlendirmede ise pilosebace ünitede/retiküler dermiste fibrozis saptanan sekonder skatrisyel alopesili hastalarımızda foliküler açıklıkların kaybolduğu pembe-beyaz renkli alanlar vardı. İnfeksiyonun aktif döneminde virgül benzeri kılların varlığı Slowinska ve ark. tarafından tinea kapitisin en belirgin ve ayırt edici özelliği olarak tanımlanmıştır. Ancak inflamasyon kıl foliküllerinde kalıcı hasara yol açarsa skar lezyonlarının geliştiği son evrede diğer nedenlere bağlı skatrisyel alopesilerden dermoskopik olarak ayırt edilmesi mümkün değildir^{16,17}.

Sonuç olarak saçlı deri dermoskopisi hastalığın aktif döneminde skatrisyel alopesinin ayırıcı tanısına yardımcı, kolay ve hızlı uygulanabilen, invaziv olmayan bir yöntemdir. Ayrıca hekimi basit klinik inspeksiyonun ötesinde karakteristik dermoskopik bulgularla ileri değerlendirme konusunda uyarıp, harekete geçirebilir. Ancak bu yöntemin daha iyi anlaşılması için histopatolojik korelasyonun da yapıldığı geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Otberg N, Wu WY, McElwee KJ, Shapiro J: Diagnosis and management of primary cicatricial alopecia: part I. *Skinmed* 2008;7:19-26.
2. Sullivan JR, Kossard S: Acquired scalp alopecia. Part I: A review. *Australas J Dermatol* 1998;39:207-21.
3. Headington JT: Cicatricial alopecia. *Dermatol Clin* 1996;14:773-82.
4. Ohshima M: Primary cicatricial alopecia: recent advances in understanding and management. *J Dermatol* 2012;39:18-26.
5. Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, Itami S: Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases. *Int J Dermatol* 2008;47:688-93.
6. Wallace MP, Berker DA: Hair diagnoses and signs: the use of dermatoscopy. *Clin Exp Dermatol* 2008;35:41-6.
7. Inui S, Nakajima T, Itami S: Scalp dermoscopy of androgenetic alopecia in Asian people. *J Dermatol* 2009;36:82-5.
8. Duque-Estrada B, Tamler C, Sodr e CT, Barcaui CB, Pereira FB: Dermoscopy patterns of cicatricial alopecia resulting from discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris. *An Bras Dermatol* 2010;85:179-83.
9. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, et al: Trichoscopy of cicatricial alopecia. *J Drugs Dermatol* 2012;11:753-8.
10. Kossard S, Zagarella S: Spotted cicatricial alopecia in dark skin. A dermoscopic clue to fibrous tracts. *Australas J Dermatol* 1993;34:49-51.
11. Inui S: Trichoscopy for common hair loss diseases: algorithmic method for diagnosis. *J Dermatol* 2011;38:71-5.
12. Tosti A: Dermoscopy of hair and scalp disorders with clinical and pathological correlations. London, Informa Healthcare, 2007;98-123.
13. Ross EK, Vincenzi C, Tosti A: Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:799-806.
14. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Slowinska M: Trichoscopy update 2011. *J Dermatol Case Rep* 2011;5:82-8.
15. Tosti A, Torres F, Misciali C, Vincenzi C: Follicular red dots. A novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 2009;145:1406-9.
16. Slowinska M, Rudnicka L, Schwartz RA, et al: Comma hairs: A dermoscopic marker for tinea capitis. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:77-9.
17. Mirmirani P, Willey A, Chamlin S, Frieden IJ, Price VH: Tinea capitis mimicking cicatricial alopecia: what host and dermatophyte factors lead to this unusual clinical presentation? *J Am Acad Dermatol* 2009;60:490-5.