

# Temporal Triangular Alopesi

## Temporal Triangular Alopecia: Case Report

Dr. Şirin PEKCAN YAŞAR,<sup>a</sup>  
 Dr. Ayşe Tülin MANSUR,<sup>a</sup>  
 Dr. Fatih GÖKTAY,<sup>a</sup>  
 Dr. Zehra AŞIRAN SERDAR,<sup>a</sup>  
 Dr. Burcu BARUTÇUGİL,<sup>a</sup>  
 Dr. Pembegül GÜNEŞ<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Dermatoloji Kliniği,

<sup>b</sup>Patoloji Kliniği, Haydarpaşa  
 Numune Eğitim ve Araştırma  
 Hastanesi, İSTANBUL

Geliş Tarihi/Received: 26.06.2006

Kabul Tarihi/Accepted: 15.01.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Şirin PEKCAN YAŞAR  
 Haydarpaşa Numune  
 Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
 Dermatoloji Kliniği, İSTANBUL  
 drsirin@gmail.com

**ÖZET** Temporal triangular alopesi (TTA), ilk kez 1905 yılında, Sabouraud tarafından tanımlanmış, saçlı deride frontotemporal bölgeyle sınırlı, unilateral ya da bilateral yerleşimli, oval ya da lanset şeklinde, idyopatik, skar bırakmayan alopesi formlarından biridir. Alopesi gelişiminden önce saçlı deride atrofi, eritem, foliküler tıkaç gibi deri değişiklikleri yoktur. Burada, saçlı deride doğumsal, bilateral frontotemporal bölgeye sınırlı, üçgen şeklinde alopesik alan ve bu alan üzerinde ince vellus tipi kıllanması olan, onikoşizinin eşlik ettiği, histopatolojik incelemelerde kıl sayısının normal olduğu, vellus ve indetermine foliküllerin izlendiği, 3 yaşındaki erkek çocuk olgu sunulmuştur. Olgu klinik ve histolojik incelemeler sonucunda TTA olarak değerlendirilmiştir. Literatürde bildirilen TTA olguları oldukça az sayıdadır. Bunun nedeni TTA'nın sıklıkla alopesi areata ya da traksiyonel alopesi ile karışmasından kaynaklanabilir. Etkili bir tedavisi olmadığından, doğru tanıyı koymak ve gereksiz tedavilerden kaçınmak önemlidir; ancak ileriki yıllarda cerrahi rezeksiyon ya da saç grefti önerilebilir. Burada literatürler ışığında klinik ve histolojik özellikleriyle TTA'lı bir olgu tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Saç hastalıkları, alopesi

**ABSTRACT** Temporal triangular alopecia (TTA) is a hair anomaly, first described by Sabouraud in 1905, characterized by unilateral less frequently, bilateral, lancetshaped or oval patches of permanent, unknown etiology, nonscarring alopecia in the frontotemporal region of the scalp. No skin changes (erythema, atrophy, follicular plugging) precede the onset of alopecia, and no scarring follows. We report a 3-year-old boy who has a congenital triangular alopecia, bilateral frontotemporal localized, and has velluslike hair on the lesion, associated with onychoschizia, as histopathologically, lesions contained normal numbers of hair follicles, mostly vellus and indetermine follicles. The case was diagnosed as TTA by clinically and histopathologically. The limited number of reported cases have been in literature. Because of this, it is commonly misdiagnosed as alopecia areata or traction alopecia. There is no effective treatment and it is important to make the correct diagnosis to avoid unnecessary treatment, but complete excision or hair graft transplantation is recommended. Here, we discussed clinically and histopathologically features of a TTA case in the light of literatures.

**Key Words:** Hair diseases, alopecia

**Türkiye Klinikleri J Dermatol 2008, 18:106-109**

**T**emporal triangular alopesi (TTA), ilk kez 1905 yılında, Sabouraud tarafından tanımlanan, saçlı deride frontotemporal bölgeye sınırlı, çoğunlukla unilateral yerleşimli, oval ya da üçgen yama şeklinde, nadir görülen, skar bırakmayan alopesi formlarından birisidir.<sup>1,2</sup>

Etyopatogenezi net değildir; ancak ailesel geçiş gösteren bazı olgular bildirilmiştir.<sup>3</sup> TTA, doğumdan sonra hemen fark edilebileceği gibi, sıklıkla okul

öncesi dönemde, 2-5 yaşlarında, nadiren de erişkin dönemde ortaya çıkmaktadır. Alopesik alanlar ilerleme göstermeksizin, yaşam boyu stabil seyreder.

Batı ülkelerinde bu tablo iyi tanınmasına rağmen, Asyalılara ait klinik veriler oldukça azdır. Bildirimin az olmasının nedeni, lezyonların çoğunlukla asemptomatik olması, üzerindeki vellus tipi kıllar nedeniyle zor fark edilmesi, sıklıkla alopesi areata, traksiyonel alopesi, trikotillomani ya da dirençli tinea kapitis ile karıştırılmasından kaynaklanmaktadır.

Burada doğumsal, bilateral frontotemporal bölgede, üçgen şeklinde alopesik alanı olan, klinik ve histopatolojik bulgularıyla TTA tanısı alan, 3 yaşındaki erkek çocuk olgu bildirilmiştir.

## OLGU SUNUMU

Üç yaşındaki erkek çocuk, aile tarafından bebeklik döneminde fark edilmiş, alın yanlarındaki saçlarda dökülme nedeniyle polikliniğimize getirildi. Çocuğun özgeçmişinde geçirilen epilepsi, konvülsiyon öyküsü yoktu. Anne-baba arasında akraba evliliği ya da benzer bir saç anomalisi yoktu.



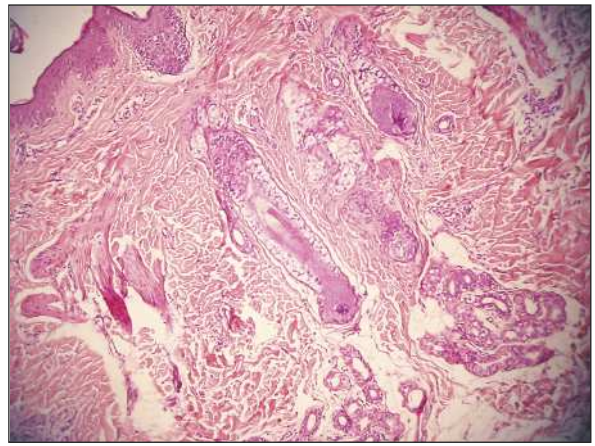
**RESİM 1:** Sol frontotemporal bölge de üçgen şeklinde alopesik alan izlenmektedir.



**RESİM 2:** Sağ frontotemporal bölgede daha az belirgin olan temporal triangular alopesik alan.



**RESİM 3:** El ve ayak tırnaklarında onikoşizi izlenmektedir.



**RESİM 4:** Peribulber lenfositik inflamasyon olmaksızın, terminal kıl folikülleri yerine vellus tipi ve indeterminate kıl folikülleri izlenmektedir (H & E x 40).

Fizik muayenede, bilateral frontotemporal bölgeye sınırlı, solda daha belirgin, sağda ise saçların arası açılarak fark edilen, üçgen şeklinde 5x3 cm boyutlarında alopesik alanlar izlendi (Resim 1, 2). Soldaki alopesik alanda 0.2x0.3 cm çapında, 1 adet konjenital melanositik nevüs saptandı. Her 2 alopesik alanda sarı, zayıf, cansız vellus tipinde ince kıllar mevcuttu ve alopesi zemininde eritem, skuam, atrofi ya da foliküler tıkaç yoktu. Saç çekme testi normal sınırlarda olup, saçın ışık mikroskopik incelemesinde, medullası pigment içermeyen vellus tipi kıllar saptandı. Lezyonun doğumsal olması, zemininde skuam olmaması, saçların çekmekle ele kolayca gelmemesi nedeniyle tinea kapitis düşünülmedi. Diş yapısı normal olan çocuğun, el tırnakları ve ayak tırnaklarında onikoşizi saptandı (Resim 3). İstenen hemogram, ferritin ve tiroid fonksiyon testleri sonuçları normal sınırlarda idi.

Aileden bilgilendirilmiş onay formu alınarak, hastanın klinik fotoğrafları çekildi ve saçlı deriden biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede, vertikal kesitlerde dermiste peribulber nötrofilik ya da lenfositik inflamasyon olmaksızın, 3 adet anagen kıl folikülü ve 1 adet vellus kıl shaftı içeren katagen kıl folikülü izlendi (Resim 4). Klinik ve histopatolojik incelemeler ışığında lezyonlar, TAA ile uyumlu bulundu. Topikal olarak 1 ay boyunca orta potent kortikosteroid uygulandı, ancak lezyonda iyileşme olmadı. Aileye hastalık ile ilgili bilgi verilerek, ileride kozmetik saç grefti uygulanabileceği anlatıldı.

## TARTIŞMA

TTA ya da Brauer nevus, özellikle temporal bölgedeki saçlı deride terminal kıllar yerine vellus tipi kıllanma ile karakterize, patogenezi hala tam olarak bilinmeyen, seyrek görülen, skar bırakmayan alopesi formudur.<sup>2</sup> Konjenital TTA tanımlaması doğru bir tanımlama değildir; çünkü lezyonlar 6 yaşına doğru belirgin hale geçer ve nadiren doğumsal olarak ortaya çıkar. TTA'de gerçek bir alopesi yoktur, saç kitlesinde azalma ve terminal kıllar yerine vellus tipinde kıllanma esas klinik tabloyu oluşturmaktadır.

TTA, beyaz ve Asyalı hastalarda 50'ye yakın olgu olarak bildirilmesine rağmen, siyah ırkta hiç

tanımlanmamıştır. Lezyonlar %80 unilateral, %20 bilateral yerleşimli olup, her iki cinste eşit oranda izlenmektedir.<sup>4</sup>

TTA'daki alopesik alan yaşam boyu stabil olarak kalır, progresyon göstermez ve vellus tipi kıllar zamanla terminal kıllara dönüşüm göstermez. TTA'da, saçlı deride inflamasyon, foliküler püstüller, kırık saçlar, atrofi, kepeklenme ya da renk değişimi izlenmez. Etrafında alopesi areatada olduğu gibi keskin bir sınır yoktur. Lezyonlar çoğunlukla asemptomatik olup, 1 hastada alopesik alanda uyuşmadan bahsedilmiştir.<sup>4</sup> **TTA tanısındaki en temel özellik, lezyonun frontotemporal bölgede fokal yerleşmesi ve sabit bir lezyon olup, etrafa doğru genişleme göstermemesidir.** Alopesik alan her zaman üçgen şeklinde olmayıp, oval,<sup>1</sup> yama ya da lanset şeklinde olabilmektedir.<sup>5</sup> TTA'ın etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte, embriyonal evrede gelişen ortak bir nöroektodermal bozukluk sorumlu olabilir, bazı ailesel olgularda görülen nörolojik bozukluklar da bu teoriyi destekler niteliktedir.<sup>4</sup> Ayrıca bazı yazarlar, TTA'nın doğumsal ya da yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkması, nörolojik anomalilerle beraber görülmesi, ailesel geçiş göstermesi nedeniyle, bu tablonun postzigotik mutasyona bağlı gelişen "epidermal nevüs" grubu içinde değerlendirilmesinin uygun olabileceğini düşünmektedirler.<sup>3</sup>

Bildirilen olguda, lezyonlar doğumsal olarak fark edilmişti. Alopesik alan, triangular şekilde, zemininde sarı, zayıf, cansız vellus tipinde kıllarla kaplı ve bilateral frontotemporal bölgede yerleşmişti. Üç yıl boyunca alopesik alanlarda ilerleme olmaması, lezyonların frontotemporal bölgede üçgen şeklinde yerleşmesi, saçlı deride eritem, skuam, atrofi, farklı uzunlukta saçlar ve foliküler püstüllerin izlenmemesi klinik olarak TTA tanısını desteklemekteydi.

TTA'nın histopatolojik incelemesinde ise epidermis, dermis ve total folikül sayısı normaldir, ancak terminal kıllar yerine vellus ya da indetermine kıl folikülleri izlenmektedir. Bazı olgularda folikül çaplarında minyatürizasyon gibi anormallikler saptanmıştır.<sup>4</sup> Terminal kıllar 2-4 yıllık süreçte yerini indetermine ya da vellus tipi kıllara bırakmaktadır.

Ancak günümüzde hala TTA'nın histopatolojik özelliklerine ait bilgiler oldukça sınırlıdır.

Olgumuzdaki temel histolojik özellik, peribulber lenfositik ya da nötrofilik inflamasyon olmaksızın "vellus tipinde foliküllerin" olmasıydı, bu da TTA ile uyumlu idi.

TTA, sıklıkla alopesi areata ile karıştırılmaktadır,<sup>6</sup> bu yüzden bildirilen olgu sayısı azdır. Klinik olarak TTA ile alopesi areatanın ayırıcı tanısını yapmak zordur, doğru tanı ancak histopatolojik özelliklere ve tedaviye verilen yanıt ile konulabilir. TTA'da lezyon alanı genişlemez ve keskin bir sınır yoktur, alopesi areata da ise keskin sınır olup, etrafa doğru genişleme olabilir, birden çok odakta görülebilir ve spontan saç çıkışı izlenebilir. Alopesi areata da peribulber lenfositik inflamasyon ön planda iken, TTA'de inflamasyon izlenmez. TTA'nın klinik yerleşim yeri tanıdaki en önemli ipucudur ve lezyonların stabil kalması tanıyı kolaylaştırmaktadır.

Diğer sık karşılaşılabilecek tablo ise traksiyonel alopesidir. Buda progresif alopesi olup, her yaşta izlenebilir, saçlara traksiyon ya da tekrarlayan travma uygulanması, foliküler skar ve saç yongunluğunda azalmaya yol açar. Bir özelliği de saçlı deri sınırında kırılmış saçların, foliküler papül ya da püstüllerin olmasıdır. Trikotillomanide ise farklı uzunlukta saç kılları görülür.

TTA, ayrıca nevus sebaceus, nevus musinozis ve tinea capitis ile de karışabilmektedir.<sup>7</sup>

Olgumuzda, alopesi areatada izlenen keskin sınırın olmaması, lezyonların doğumsal olması, histopatolojik incelemede perifoliküler inflamasyonun bulunmayışı bizi alopesi areata tanısından uzaklaştırdı.

TTA'ye eşlik eden mental retardasyon, epilepsi, kalp, kemik ve diş anomalileri bildirilen olgular bulunmaktadır.<sup>8,9</sup> Bizim olgumuzda ise TTA'ya onikoşizi eşlik ediyordu. Literatürde bildirilen tırnak bulgusu olmamasına rağmen, diş ve nörolojik anomalilerle birlikteliği rapor edilmiştir.<sup>8,9</sup> Bu da embriyonal gelişim evresindeki ortak bir ektodermal bozukluğu düşündürebileceği için, olgumuzdaki tırnak bozukluğunu da açıklamaktadır.

TTA benign bir tablo olduğu için, gereksiz ve invaziv uygulamalardan kaçınılmalıdır. Topikal steroid ve minoksidil bazı olgulara uygulanmış, ancak başarılı sonuç alınamamıştır.<sup>4</sup> Ailenin tedavi beklentisi fazla olduğundan, olguya 2 ay boyunca topikal steroid tedavisi verildi, ancak tabloda gerileme olmadı. TTA'nın bilinen tek başarılı tedavisi saç greft transplantasyonudur, eğer lezyon alanı küçük ise, bu bölge tam olarak cerrahi rezeksiyonla çıkarılabilir.<sup>7</sup> 22 yaşında ortaya çıkan TTA'lı bir olguya, 28 yaşında cerrahi rezeksiyon yapılmış ve kozmetik olarak iyi yanıt alınmıştır.<sup>10</sup> Erkeklerde ileride frontotemporal bölgelerde and-rojenetik alopesi gelişebileceğinden, alopesik alanlar sorun yaratmayabilir, ancak kız çocuklarında estetik kaygı ön planda olduğundan saç greft transplantasyonu önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Sabouraud R. Manuel elementaire de dermatologie topographique regionale. Paris: Mason and Chie, 1905:197.
2. Tan E, Ng M, Giam YC. Temporal triangular alopecia: report of five cases in Asian children. *Pediatr Dermatol.* 2002;19:127-8.
3. Patrizi A, Morrone P, Fiorentini C, Bianchi T. An additional familial case of temporal triangular alopecia. *Pediatr Dermatol* 2001;18:263-4.
4. Trakimas C, Sperling LC, Skelton HG 3rd, Smith KJ, Buker JL. Clinical and histologic findings in temporal triangular alopecia. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:205-9.
5. Kubba R, Rook A. Congenital triangular alopecia. *Br J Dermatol* 1976;95:657-9.
6. Tosti A. Congenital triangular alopecia. Report of fourteen cases. *J Am Acad Dermatol* 1987;16:991-3.
7. Erickson Q, Yanase D, Perry V. Temporal triangular alopecia: report of an African-American child with TTA misdiagnosed as refractory tinea capitis. *Pediatr Dermatol* 2002;19:129-31.
8. Ruggieri M, Rizzo R, Pavone P, Baieli S, Sorge G, Happle R. Temporal triangular alopecia in association with mental retardation and epilepsy in a mother and daughter. *Arch Dermatol* 2000;136:426-7.
9. Park SW, Choi YD, Wang HY. Congenital triangular alopecia in association with congenital heart diseases, bone and teeth abnormalities, multiple lentiginos and café-au-lait patches. *Int J Dermatol* 2004;43:366-7.
10. Akan IM, Yildirim S, Avci G, Aköz T, Karadayi N. Bilateral temporal triangular alopecia acquired in adulthood. *Plast Reconstr Surg* 2001;107:1616-7.