

Sikatriyel Marjinal Alopesili Hastaların Klinik ve Histopatolojik Özellikleri

Clinical and Histopathological Features of Patients with Cicatricial Marginal Alopecia

Zeynep Meltem AKKURT,^a
Derya UÇMAK,^a
Seval DOĞRUK KAÇAR,^b
Ulaş ALBALIK,^c
Pervin KARABULUT,^d
Gül TÜRKÇÜ,^c
Mustafa ARICA^a

^aDeri ve Zührevi Hastalıklar AD,
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Diyarbakır

^bDeri ve Zührevi Hastalıklar AD,
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Afyonkarahisar

^cTıbbi Patoloji AD,
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Diyarbakır

^dTıbbi Patoloji Kliniği,
Harput Devlet Hastanesi,
Elazığ

Geliş Tarihi/Received: 11.03.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 11.06.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Zeynep Meltem AKKURT
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, Diyarbakır,
TÜRKİYE/TURKEY
meltem@doctor.com

ÖZET Amaç: Temporal ve frontal bölgede bant tarzında alopesi ile başvuran ve traksiyon öyküsü olmayan hastaların klinik ve histopatolojik özelliklerinin araştırılmasıdır. **Gereç ve Yöntemler:** Sikatriyel marjinal alopesi tanısı konan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastalık şiddeti saç yoğunluğu ve lezyon büyüklüğü göz önüne alınarak hafif, orta ve şiddetli olarak değerlendirildi. Her iki temporal alanlarında alopesisi olanlar "bitemporal", her iki temporal alan ve frontal alanı etkileyen bant (taç) şeklinde alopesisi olanlar "bant şeklinde" olarak adlandırılırken, bu iki patern dışında kalanlar "diğer" olarak sınıflandırıldı. Dermoskopik bulgular not edildi. Önceden alınmış biyopsi örnekleri Masson Trikrom, CD3, CD1a, CD20 ve CD68 boyamaları yapılarak, yeniden değerlendirildi. **Bulgular:** Toplam 20 kadın hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların yaş ortalaması 27,68 (15-41) yıl ve ortalama hastalık süresi 2,33 yıl idi. Orta-yoğun şiddette kaşıntı ve hafif şiddette ağrı en sık eşlik eden semptomlardı. Hastalık şiddeti dokuz hastada hafif, yedi hastada orta ve dört hastada şiddetli (sırasıyla %45,0; %35,0; %20,0) idi. Hastaların tümünde frontal ve temporal saç sınırı sağlamdı. Sekiz hasta bitemporal, sekiz hasta bant şeklinde ve dört hasta diğer olarak sınıflandırıldı. Hastaların hiçbirinde lezyonlarda eritem, püstül gibi inflamasyon bulgusu gözlenmedi. Dermoskopik olarak tüm hastalarda saç yoğunluğunda ve folikül açıklıklarının sayısında azalma ve saç çaplarında inceleme gözlemlendi. Biyopsi alınmış olan 14 hastanın tümünün örneklerinde histopatolojik bulgular benzerdi. Folikül sayısında azalma, perifoliküler fibrozis ve sebace bezlerin retansiyonu göze çarpan özelliklerdi. Bu bulgularla beraber inflammatuar hücre sayısının çok az olduğu görüldü. **Sonuç:** Sikatriyel marjinal alopesi, kadınlarda görülen, kozmetik iyilik hâlini çok ciddi şekilde etkileyebilen bir alopesi tipidir. Saç deri sınırının sağlam olması ve klinik olarak inflamasyon bulgusu gözlenmemesi öne çıkan özellikleridir.

Anahtar Kelimeler: Saç hastalıkları; alopesi

ABSTRACT Objective: The aim of this study was to investigate the clinical and histopathologic characteristics of patients presenting with band-shaped alopecia of the temporal and frontal areas who had no history of traction. **Material and Methods:** Patients with cicatricial marginal retrospective study were included in this retrospective study. Severity of disease was classified as mild, moderate and severe according to the density of hair and size of lesions. Classification of the alopecia was made as follows: "bitemporal" in patients with involvement of only the temporal areas, "band-like" in patients with involvement of both temporal areas and the frontal area, and "other" in patients which did not fit the previous classifications. Dermoscopic findings were noted. Previous biopsy samples were restained with Masson Trichrome, CD3, CD1a, CD20 and CD68 and re-evaluated. **Results:** A total of 20 patients were included in the study. The mean age of the patients was 27,68 (15-41) years and the mean disease duration was 2,33 years. The most frequently reported symptoms were moderate-to-severe pruritus and mild pain. The disease was mild in nine, moderate in seven and severe in four patients (45,0%, 35,0% and 20,0%, respectively). The frontal and temporal hairline was intact and had in all patients. Eight patients had a bitemporal, eight had a band-like pattern of disease, whereas the rest were of other patterns. No signs of inflammation, including erythema, pustules, were observed on the lesions. On dermoscopy, decreased hair density, decreased number of follicles and hair shafts with reduced diameters were seen in all patients. Histopathologic findings of the 14 patients who had consented to biopsy were all similar. Decrease in number of hair follicles, perifollicular fibrosis and retention of sebaceous glands were notable findings. Inflammatory cells were very scarce. **Conclusion:** Cicatricial marginal alopecia is a type of alopecia seen in females which can seriously affect the cosmetic well-being of patients. An intact hairline and lack of inflammation are characteristic properties of the disease.

Key Words: Hair diseases; alopecia

Alopesiler, sikatrisyel ve nonsikatrisyel olarak iki ana başlıkta değerlendirilmektedir. Sikatrisyel alopesilerde kıl folikülünde ciddi harabiyet meydana geldiği için saç kaybı ve kalıcı skarlaşma olmaktadır.¹ Bununla beraber, ortaya çıkış mekanizması sikatrisyel olmadığı hâlde son döneminde kalıcı saç kaybıyla sonuçlanan alopesiler “bifazik” olarak sınıflandırılmaktadır. Bunlar arasında traksiyonel alopesi (TA), alopesi areata (AA) ve androjenetik alopesi (AGA) yer almaktadır. Bu grup hastalıklarda sürekli devam eden anormal foliküler dinamiklerin kıl folikül kaybına sebep olduğu düşünülmektedir.²

Sikatrisyel marjinal alopesi (SMA) terimi yeni bir adlandırma olup, ilk kez 2009 yılında Goldberg ve ark. tarafından, traksiyon öyküsü olmayan ve klinik olarak normal saçlı deri yüzey bulguları olan bir grup hastada saçlı deri periferinde görülen alopesiyi tanımlamak için kullanılmıştır.¹ Aynı yıl içinde Tosti ve ark. benzer özelliklere sahip olgularda ayırt edici dermoskopik bulguları tarif etmişlerdir.³ Araştırmacılar saç dökülmesi şikâyetiyle başvuran hastalar arasında saçlı deri periferinde, bant şeklinde alopesisi olan bir hasta grubu bildirmişlerdir. Bu hastaların lezyonlarında herhangi bir inflamasyon bulgusu saptanmamıştır. Bunun yanında foliküler açıklıklar azalmış olsa da “sikatrisyel” olarak nitelebilecek kadar sikatris ya da atrofi izlenmemiştir. Ayırıcı tanıda ilk olarak saçların sıkı toplanmasına bağlı gelişen TA düşünülmüş, ancak hastaların hikâyesinde traksiyon düşündürecek bir olay bulunmamıştır. Bize de dermatoloji pratiğimizde özellikle temporal ve frontal bölgede belirgin bant tarzında alopesisi olan, ancak hikâyesinde sıkı saç toplama ya da traksiyonu düşündürecek saç bakım/şekillendirme uygulamalarının olmadığı bir hasta grubunun varlığı ve mevcut literatür verileri bu çalışma konusunda yol gösterici olmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

HASTA SEÇİMİ

Bu çalışma, Üniversitemiz Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiştir. Çalışma öncesi etik kurul onayı alınmış ve 2008 Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun bir şekilde

yapılmıştır. Çalışma, bir üniversite ve bir eğitim-araştırma hastanesinde Mayıs 2011-Ocak 2013 tarihleri arasında, frontal ve temporal bölgelerde alopesi saptanan ve SMA tanısı alan hastaların klinik ve histopatolojik olarak retrospektif bir analizidir.

KLİNİK İNCELEME

Kayıtlardan hastaların cinsiyet, yaş, hastalık süresi, şikâyet, traksiyon öyküsü, çekme veya yolma öyküsü, deri tipi, dermatolojik muayene ve dermoskopi bulguları not edildi. Saç yoğunluğu ve lezyon büyüklüğü göz önüne alınarak hastalık şiddeti 1-3 arasında (1: Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli) değerlendirildi. Her iki temporal alanlarında alopesisi olanlar “bitemporal”, her iki temporal alan ve frontal alanı etkileyen bant (taç) şeklinde alopesisi olanlar “bant şeklinde” olarak adlandırılırken, bu iki patern dışında kalanlar da “diğer” olarak sınıflandırıldı.

HİSTOPATOLOJİK İNCELEME

Hastaların doku bloklarından altışar adet pozitif şarjlı lama 4 µm’lik kesitler alındı. Bir lam rutin hematoksil-eozin (H&E), bir lam histokimyasal mason trikrom boyaları ile boyandı. Diğer lamlar Ventana Benchmark XT otomatik immünohistokimyasal boyama cihazı CD3 (PS1, Leica Biosystems, Newcastle Upon Tyne,UK), CD20 (L26, Leica Biosystems, Newcastle Upon Tyne,UK), CD1a (EP3622, Cell Marque, Rocklin, USA) ve CD68 (KP-1, Cell Marque, Rocklin, USA) kullanılarak immünohistokimyasal antikorları ile boyandı. Tüm kesitler bir uzman patolog tarafından ışık mikroskopu (Nikon Eclipse 80i) ile tarandı. H&E boyalı kesitlerde kıl folikül yoğunluğu, inflamasyon varlığı, fibrozis varlığı, sebace glandların varlığı değerlendirildi. Mason trikrom boyasıyla kıl folikülleri ve sebace glandlar çevresindeki fibrozis incelendi ve “yok”, “hafif”, “orta” ve “şiddetli” olarak değerlendirildi. CD3, CD20, CD1a ve CD68 boyaları ile pozitif boyanmış hücreler incelenerek “yok”, “hafif”, “orta” ve “şiddetli” olarak değerlendirildi.

BULGULAR

KLİNİK BULGULAR

Çalışmaya toplam olarak 20 hasta alındı. Tümünü kadın olan hastaların yaş ortalaması 27,68 (15-41)

yıl idi. Ortalama hastalık süresi 2,33 yıl olan hastaların hepsinde saç kaybı ve saçlarda incelme şikâyeti vardı. Orta-yoğun şiddette kaşıntı ve hafif şiddette ağrı en sık eşlik eden semptomlardı. Hastaların hiçbirinde traksiyonu düşündürecek, travmatik saç şekillendirme/bakım yöntemi kullanımı, saçları çekme ya da yolma öyküsü yoktu; hiçbir per/postmenopozal dönemde değildi. Öz geçmiş sorgulamasında bir hastada kronik renal yetmezlik sebebiyle hemodiyaliz öyküsü vardı. Hastaların deri tipi Fitzpatrick II ve III arasında değişiyordu. Tümünde frontal ve temporal saç sınırı sağlamdı ve bu sınırdaki bazı hastalarda normal, bazı hastalarda kısa saçlar mevcuttu (Resim 1). Hastalık şiddeti dokuz hastada “hafif”, yedi hastada “orta” ve dört hastada “şiddetli” (sırasıyla %45,0; %35,0; %20,0) idi. Sekiz hasta bitemporal, sekiz hasta bant şeklinde ve dört hasta diğer olarak sınıflandırıldı. Beş hastada oksipital bölge, üç hastada kulak üzerleri de etkilenmişti. İki hastada verteks ve oksipital bölgede kalan sağlam alanlar dışında çok yaygın alopesi mevcuttu (Resim 2). Hastaların hiçbirinde lezyonlarda eritem, püstül gibi inflamasyon bulgusu gözlenmedi. Bir hastada ayrıca, seboreik dermatite bağlı skuamalar mevcuttu. Üç hastada etkilenen alan ile etkilenmeyen alan arasındaki saç sınırının belirgin bir şekilde “zigzaglı” görünümde olması dikkat çekiyordu (Resim 3).



RESİM 1: Bitemporal tutulum olan bir hastada saçlı deri sınırında normal saçlar.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)



RESİM 2: Alopesisi çok şiddetli olan bir hasta. Ayrıca, seboreik dermatite bağlı deskuamasyon mevcut.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)



RESİM 3: Lezyon sınırında “zigzaglı” görünüm.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)

Dermoskopik olarak tüm hastalarda saç yoğunluğunda ve folikül açıklıklarının sayısında azalma gözlemlendi. Saç çapları değişkendi ve normal ve incelmış çaptaki saçlar bir arada idi. Bir hastada foliküler eritem gözlemlendi. Kırılmış kıl shaftı, “hair casts”, siyah noktalar, sarı noktalar gibi farklı dermoskopik bulgular hiçbir hastada saptanmadı. Hastaların klinik bulguları Tablo 1’de görülmektedir.

HİSTOPATOLOJİK BULGULAR

Hastaların 14’ü biyopsi alınmasını kabul etmişti. Her bir preparatta ortalama 2,93 (1-6 adet) termi-

TABLO 1: Hastaların klinik bulguları.

Bulgu	Sıklık (%)
Saçlı deri sınırında saçlar	20/20 (100,0)
Lezyon sınırında zigzaglı görünüm	3/20 (15,0)
Lezyon şiddeti	
Hafif	9/20 (45,0)
Orta	7/20 (35,0)
Şiddetli	4/20 (20,0)
Lezyon şekli	
Bitemporal	8/20 (40,0)
Bant şeklinde	8/20 (40,0)
Diğer	4/20 (20,0)
Dermoskopi	
Saç yoğunluğunda azalma	20/20 (100,0)
Folikül açıklıklarının sayısında azalma	20/20 (100,0)
Saç çaplarında inceltme	20/20 (100,0)
Foliküler eritem	1/20 (5,0)

TABLO 2: Hastaların histopatolojik bulguları.

Bulgu	Sıklık (%)
Kıl foliküllerinde azalma	14/14 (100)
Sebase bezler	
Var	10/14 (71,4)
Parsiyel retansiyon	2/14 (14,3)
Yok	2/14 (14,3)
Perifoliküler fibrozis	
Hafif şiddette	10/14 (71,4)
Orta şiddette	4/14 (28,6)
Fibröz traktlar	2/14 (14,3)

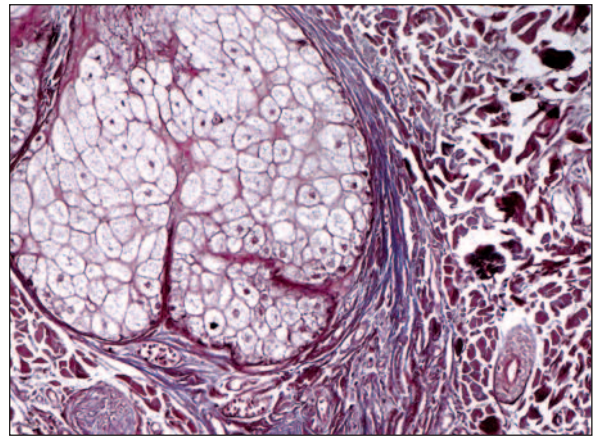
nal kıl gözlendi. Tüm preparatlarda bulgular benzerdi. Folikül sayısında azalma, perifoliküler fibrozis ve sebase bezlerin retansiyonu göze çarpan özelliklerdi. Bu bulgularla beraber çok az sayıda inflamatuvar hücre görüldü. İki hastada orta ve derin dermiste fibröz traktlar izlendi (Tablo 2). Masson Trikrom boyama ile preparatlarda perifoliküler fibrozis saptandı (Resim 4). CD3, CD1a, CD20 ve CD68 ile çok sınırlı boyanma tespit edildi. Bu durum, anlamlı derecede inflamasyon olmadığı lehine yorumlandı.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, SMA düşünülen hastaların klinik ve histopatolojik özellikleri incelenmiştir. Çalışmanın

sonuçlarına göre; SMA'nın premenopozal kadınlarda görüldüğü, klinik olarak özellikle bitemporal ve bant şeklinde alopesik yamalar şeklinde ortaya çıktığı, lezyonlarda inflamasyon bulgusu olmadığı hâlde kaşıntı ve ağrının eşlik edebildiği, dermoskopiyle folikül açıklıklarında azalmanın gösterilebildiği, hastalığın şiddetinin erken ve geç dönemde değişebileceği, bunun yanında olguların büyük bir kısmının benzer histopatolojik özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir. Goldberg ve ark.nın çalışmasını destekler şekilde, bu çalışmada da folikül sayısında azalma, perifoliküler fibrozis ve sebase bezlerde korunma SMA hastalarında saptanan temel histopatolojik bulgular olmuştur.

Goldberg ve ark., çalışmalarını planladıklarında hastalarını 199 saçlı deri biyopsisi arasından seçmiştir. Böylece, çeşitli nedenlerle saçlı deriden biyopsi yapılan hastalar arasındaki SMA sıklığı %7,5 olarak tespit edilmiştir. Hastaların yarısının Hispanik kökenli ve deri tipi II-III oldukları bildirilmiştir. Bizim hastalarımızın da deri tipleri II ve III idi. Ayrıca hastaların %64'ünün asemptomatik olduğunu, diğerlerinin ise pruritustan şikâyetçi olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızdaki hastalar ise önemli derecede pruritus ve/veya ağrıdan şikâyet etmişlerdir. Literatürdeki her iki çalışmada da SMA hastalarının saçlı deri muayenelerinde inflamatuvar bir olayı düşündürecek eritem, hiperkeratoz ve püstül saptanmadığı; bunun yanında sikatris göstergesi olan hipopigmentasyon ve atrofi bulgularının da olmadığı üzerinde durulmuştur.^{1,3} Çalışmamız dâhi-



RESİM 4: Sebase glandların çevresinde hafif fibrozis (Masson Trikrom, x 400). (Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)

linde, hafif şiddette alopesisi olan yalnızca bir hastada hafif perifoliküler eritem izlenmişti.

Marjinal TA için geliştirilen bir hastalık şiddet skorlama sisteminde, lezyonun saç sınırından itibaren olan genişliğini ve görülebilecek farklı paternleri hesaba katmadan değerlendirme yapılmaktadır.⁴ Çalışmamıza katılan hastaların alopesik alanlarının şekil ve boyutları çok çeşitli olduğu için hastalık şiddetini değerlendirirken lezyon yaygınlığı ve alopesinin derecesini göz önüne alarak, hastalık şiddetini 1-3 arasında sınıflandırmayı uygun gördük. Çalışmamızda şiddete ek olarak saçlı deri tutulum paternini “bitemporal”, “bant şeklinde” ve “diğer” şeklinde sınıflandırdık.

Samrao ve ark., TA olarak bildirdikleri hastaları arasında saçlarını sıkı toplama hikâyesi olmayan bir grubun varlığından bahsetmişlerdir.⁵ Araştırmacılar bu durumu açıklarken, her hastada TA gelişmesi için saç foliküllerinin gerilim veya traksiyona farklı toleransın olabileceği, yani duyarlı kişilerde az bir traksiyon ile TA gelişebileceği şeklinde yorumlamışlardır. Bu yorum ise TA'nın bilinen tanımlamasına uymamakta ve traksiyon hikâyesinin belirgin olmadığı bir hasta alt grubunun varlığını doğrulamaktadır. Bu hastalarda saçları at kuyruğu şeklinde toplamanın hastalığı tetiklediği varsayılsa da, saçların toplanmasının bırakılmasından sonra normale dönüş gözlenmemesi, bazen stabil, bazen de progresif bir seyir gözlenmesi bir hastalık sürecinin devam ettiğini düşündürmektedir. Aynı yayında, hastalarda hem erken hem de geç dönemde saç sınırında normal saçlar olduğu bildirilmiş ve bu, “fringe” bulgusu olarak adlandırılmıştır.⁵ “Fringe” bulgusunun açıklamasına gelince, araştırmacılar sınırdaki saçlar kısa olduğu için saçlar toplandığında dışarıda kaldığını düşünmüşlerdir. Diğer bir açıklama ise AGA'lı hastaların minyatürize saçlarından dolayı TA'ya daha yatkın olabileceği şeklindedir. Bizim tüm hastalarımızda saçlı deri sınırında korunmuş saçlar mevcuttu ve bazı hastalarda bu saçlar at kuyruğuna dâhil edilecek kadar uzundu. Biz bu, SMA'yı TA'dan ayırt eden bir klinik bulgu olduğunu düşünüyoruz.

Siyahi ten renkli kişilerde saç yapısının farklı olması sebebiyle saçlar toplandığında saçlı deriye

uygulanan basıncın arttığı bildirilmiştir.⁶ Bu hastaların kendilerine has saç yapılarından dolayı saç bakım yöntemlerine daha çok yöneldikleri ve travmatik yöntemleri de oldukça sık kullandıkları göz önünde bulundurulursa TA'nın bu grupta sık olması beklenir. Bununla beraber, bu tür olgularda saçlı deri sınırında normal uzunluğa ulaşabilen saçların varlığı beklenmemektedir. Bizim hastalarımızda ise traksiyon hikâyesi olmadığı halde, saçlı deri sınırındaki saçların normal olması, lezyonların çok yaygın olabilmesi gibi klinik farklılıklara rağmen bulguları direkt TA olarak yorumlamak zor görünmektedir. Nitekim, 201 siyahi hastanın incelendiği bir yayında, saçları atkuyruğu şeklinde toplamanın TA riskini anlamlı bir şekilde arttırmadığı bildirilmiştir.⁷ Bu yüzden, Samrao ve ark.'nın bildirdikleri hastaların bazılarının bizim hastalarımıza benzediğini ve SMA olduklarını düşünüyoruz. Araştırmacıların hasta grubunda dikkat çeken diğer bir bulgu, Afrika kökenli hastalarda inflamasyon bulgusu varken, Hispanik kökenli kadınların hiçbirinde inflamasyon bulgusu gözlenmemiş olmasıdır.⁵

Khumalo ve ark., marjinal TA gelişimi için gerekli risk faktörlerini incelemişlerdir. İnceledikleri hastalar arasında işlem görmemiş doğal saç stiline sahip olanlar da vardır ve %18,9'unda traksiyonu düşündürülen saç şekillendirme yöntemleri ile ilişki bulunmamıştır.⁶ Bize göre, bu hastalar da SMA olabilir.

TA, kıl folikülünün uzun süren fiziksel hasarla tahrip edilmesi sonucunda gelişen bir tablodur.⁸ TA, saçlı deride ve/veya gövdede, kıllara traksiyon uygulanan her yerde gelişebilir. En sık görüldüğü yer ise anterior saçlı deri sınırındadır.⁴ TA, saçları sıkı toplamanın yanı sıra, saçların farklı şekillerde traksiyona uğradığı durumlarda da gelişebilir. Örneğin; giydikleri kepleri saç tokasıyla tutturarak hemşirelerde bildirilmiştir.⁹ Histopatolojik olarak TA erken ve geç olmak üzere iki evrede incelenir. Erken TA'da bulgular trikotillomaniye benzer. Trikotilomani ve sağlam terminal kıllar gözlenir. Hafif derecede inflamasyon olabilir. Geç evrelerde ise terminal foliküllerde belirgin kayıp, vellüs kıllarının ve sebace bezlerin korunması vardır. Anlamlı derecede inflamasyon yoktur, istmus seviyesindeki

foliküler birimlerin yerini fibröz doku almıştır, yani skarlaşma vardır.^{2,5,10} Bu dönemdeki histopatolojik görünüm SMA ile çok benzerdir. Çalışmamızda kısa süreli öykü ve hafif şiddetli hastalığı olan hastalara rağmen erken TA'nın histopatolojik bulgularının görülmemesi bizi TA tanısından uzaklaştırmıştır.

SMA'nın en önemli ayırıcı tanıları arasında AA da sayılabilir. Saçlı deri periferinde alopesi ile seyreden ofiazis paterni, AA'da tedaviye yanıtı olumsuz yönde etkileyen bir prognostik faktör olarak tariflenmiştir.¹¹ Bu sebeple, SMA olgularına tedaviye dirençli ofiazis tipte AA tanısı konabilir. AA, klinik olarak belirgin folikül açıklıklar ve ünlem saçlarının varlığı gibi bulgularla ayırt edilebilir. SMA'da ise folikül açıklıkları azalmış ve alopesik alandaki saçların çapları küçülmüştür. Histopatolojik olarak ise AA'da tipik olarak sikatrise yol açmayan ve peribulbar bölgede yoğunlaşan lenfositik infiltrasyon mevcuttur. İnfiltrasyon varlığı, minyatür kıllar, trikomalazi ve melanin pigment artıkları gibi bulgular, AA'yı SMA'dan ayırt eder. Ayrıca, AA'da fibröz traktlar gözlenmez.¹⁰

SMA'da bant şeklinde bir patern olduğunda ise frontal fibrozan alopesi (FFA)'ye çok benzeyebilir. FFA, çoğunlukla postmenopozal kadınlarda ortaya çıkar; frontal bölgede saç çizgisi geriler, yerinde bant şeklinde soluk ve atrofik deri görülür. Kaşlarda da alopesi olabilir.¹² SMA'da ise alopesik alanlar, folikül açıklıklarının azalmış olması haricinde normal deri görünümüne sahiptir. FFA için tipik olan soluk ve atrofik görünüm yoktur. FFA'nın aksine, saç çizgisi korunur ve kaşlarda kayıp görülmez. FFA'da diğer bir bulgu ise erken dönemde frontal bölgedeki saçlarda foliküler hiperkeratoz veya perifoliküler eritem gözlenmesi, daha sonra zamanla bu bulguların kaybolmasıdır.¹²

Literatürde SMA'da perifoliküler eritem veya foliküler hiperkeratoz gözlenmemiştir. Hastalarımızdan sadece birinde hafif perifoliküler eritem mevcuttu. Diğer bir nokta da, etkilenen kadınların yaş dağılımının SMA'da daha genç bir yaş grubu olması, FFA'da ise genellikle postmenopozal yaş grubunda olmasıdır. Her iki hastalık da, ağırlıklı olarak kadınları etkiliyor gibi görünmektedir. Bizim has-

talarımıza bakıldığında hastalarımızın literatürle uyumlu olarak sıklıkla gençlerden oluştuğunu ve hastalarımızın hiçbirinin menopozal dönemde olmadığını gördük. Goldberg ve ark.nın çalışmasında da hastaların yaş ortalaması 21 olarak bildirilmiştir.¹

FFA'da histopatolojik bulgular, ayırım yapılmayacak derecede liken pılanopilarise benzerdir. Kıl folikülünün çevresinde istmus ve infundibulum düzeylerinde lenfositik infiltrat, folliküler epidermiste likenoid değişiklikler, hipergranüloz gözlenir. Sebese bezler erken dönemde kaybolur.¹³ Goldberg ve ark. ise sebese bez kaybının SMA'da ancak geç bir bulgu olabileceğini belirtmişlerdir.¹

Trikotillomani de SMA düşünülen hastalarda akılda tutulması gereken bir ayırıcı tanıdır. Trikotillomani, impuls kontrol bozukluğu olarak bilinen yarı bilinçli olarak yapılan dermatitis paraartefakta grubunda sınıflandırılan bir hastalıktır. Trikotillomanide genellikle saçların dışarıdan yolunduğuna işaret eden tek taraflı, geometrik şekilli paternler olsa da klinik bulgular bazen bu kadar ayırt edici olmayabilir. Trikotillomanide alopesik alanlarda normal saçların, alopesik alanların ve yeniden uzamakta olan farklı uzunluktaki saçların bir arada olması tipiktir.¹⁴ Bunun yanında kırık saçlar da görülür. Bu tip saç dökülme paterninde "rahip saçı" dökülme tarzı olarak adlandırılan "friar sign" bulgusu görülebilir.¹⁵

Her iki hastalık klinik olarak ayırt edilemezse de histopatolojik ayırım mümkündür. Trikotillomanide SMA'ya benzer şekilde inflamasyon yoktur, fakat katajen kıllar artmıştır, foliküllerde hemoraji, trikomalazi, pigment bozuklukları gibi travmaya bağlı gelişen bulgular görülür.¹⁶

Temporal triangüler alopesi de SMA ile ayırıcı tanıda yer alabilecek bir başka tablodur. Genellikle çocukluk yaşlarında fark edilen, temporal bölgeyi etkileyen, intralezyoner steroidlere yanıtız sikatrisyel olmayan alopesik bir yama mevcuttur.¹⁷ Bu durumda ise toplam kıl sayısı normaldir, fakat terminal kılların yerini vellüs kıllar almıştır ve histopatolojik olarak fibrozis bulunmaz.²

İlaçlar arasından bazı biyolojik ajanların da sikatrisyel alopesi yapabileceği bildirilmiştir. Bunlar

tümör nekrozis faktör-alfa inhibitörleri ve insan epidermal reseptör ve epidermal büyüme faktörü reseptörü inhibitörleridir.¹⁸ Bu açıdan, SMA düşünlülen hastaların kullandıkları ilaçların da sorgulanması yerinde olacaktır.

Dermoskopi, SMA tanısında yardımcı olabilir. Sikatrisyel alopesilerde en sık gözlenen dermoskopik bulgu, foliküler açıklık sayısında azalmadır. Fildişi renginde beyaz alanlar, bal peteği pigment paterni, mavi-gri noktalar da çeşitli alt tiplerde bildirilmiştir.¹⁹ Dermoskopi ile SMA, sikatrisyel alopesilerden bu bulguların yokluğu ile ayırt edilebilir. SMA'da sikatrisyel alopesiye benzer şekilde saç yoğunluğunda azalma, foliküler açıklıkların sayısında azalma, mevcut saçların shaftlarında incelmeye görülsede, sikatris göstergesi olan beyaz alanlar ve yukarıda bahsedilen diğer bulgular yoktur. Ayrıca, SMA'da FFA'nın dermoskopisinde gözlenen perifoliküler hiperkeratoz veya anormal damarlanmalar yoktur. AA'yı düşündürecek siyah noktalar, sarı noktalar, distrofik saçlar veya TA'yı düşündürecek kırık shaftlar da izlenmez.³

Histopatolojide ise SMA'da kıl foliküllerinin sayısı azalmış, foliküllerin yerini fibröz doku almıştır, terminal anajen foliküller yoktur ve az sayıda vellüs foliküller vardır. Sebace bezlerin parsiyel veya tam retansiyonu dikkati çeker. İnflamasyon yoktur. Hipodermis seviyesinde sklerotik fibröz traktlar gözlenir.³ Bizim hastalarımızda gözlenen fibrozis perifoliküler yerleşimde idi. Foliküllerin yerini almış fibrozis izlenmedi ve fibröz traktlar yalnızca iki hastada gözlendi.

SMA'nın takip ve tedavisine dair literatür çok sınırlıdır. Tosti ve ark., hastalarını ortalama 15,2 ay takip etmiş ve bulguların stabil olduğunu bildirmişlerdir. Hastalarımız saç kaybı ve görünümün-

den oldukça rahatsızlardı ve tedavi arayışında idiler. Hastaların tanı ve tedavisindeki önemli bir problem, birçok dermatoloğun hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmamasıdır. Bize göre SMA, tüm alopesiler arasında düşünüldüğünden daha sık görülmektedir. Her ne kadar TA-SMA ayrımı henüz tam olarak netleşmemişse de, traksiyon öyküsü vermeyen ve yaygın alopesisi olan hastaları sadece inspeksiyonla TA tanısı koymaktansa, dermoskopi ve biyopsinin dâhil edildiği ayrıntılı bir inceleme yapmanın ve tedavi etmeye yönelik girişimlerde bulunmanın hasta açısından faydalı olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, bu çalışmada SMA'nın geniş bir yaş aralığındaki kadınları etkileyen, hem hafif, hem de hastaların kozmetik iyilik hâlini çok ciddi şekilde etkileyebilecek kadar ağır bir tabloyla prezante olabilen bir alopesi tipi olduğu ortaya konmuştur. SMA'da saçlı deri sınırının sağlam olması ve klinik olarak inflamasyon bulgusu gözlenmemesi öne çıkan özelliklerdir. Tutulum bölgesine göre "bitemporal", "bant şeklinde" ve "diğer" diye sınıflandırılabilir. Dermoskopik olarak folikül açıklıklarının sayısında azalma ve saç çaplarında küçülme gözlenir. Histopatolojik olarak ise sebace bezler kaybolmamıştır, fakat folikül sayısında azalma ve perifoliküler fibrozis ön plandadır. Bağımsız bir bifazik veya sikatrisyel alopesi olup olmadığı ileri çalışmalarla kesinlik kazanacaktır. Sikatrisyel alopesiler kadar yoğun skarlaşma olmaması, denecek çeşitli tedavi yöntemlerinden etkinlik beklenebileceğini göstermektedir.

Teşekkür

Çalışmamıza destek olan Üniversitemiz Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Goldberg LJ. Cicatricial marginal alopecia: is it all traction? *Br J Dermatol* 2009;160(1):62-8.
2. Childs JM, Sperling LC. Histopathology of scarring and nonscarring hair loss. *Dermatol Clin* 2013;31(1):43-56.
3. Tosti A, Torres F, Misciali C, Vincenzi C, Duque-Estrada B. The role of dermoscopy in the diagnosis of cicatricial marginal alopecia. *Br J Dermatol* 2009;161(1):213-5.
4. Khumalo NP, Ngwanya RM, Jessop S, Gumedze F, Ehrlich R. Marginal traction alopecia severity score: development and test of reliability. *J Cosmet Dermatol* 2007;6(4):262-9.
5. Samrao A, Price VH, Zedek D, Mirmirani P. The "Fringe Sign" - A useful clinical finding in traction alopecia of the marginal hair line. *Dermatol Online J* 2011;17(11):1.
6. Khumalo NP, Jessop S, Gumedze F, Ehrlich R. Determinants of marginal traction alopecia in African girls and women. *J Am Acad Dermatol* 2008;59(3):432-8.
7. Rucker Wright D, Gathers R, Kapke A, Johnson D, Joseph CL. Hair care practices and their association with scalp and hair disorders in African American girls. *J Am Acad Dermatol* 2011;64(2):253-62.
8. Karimian-Teherani D, El Shabrawi-Caelen L, Tanew A. Traction alopecia in two adolescent Sikh brothers-an underrecognized problem unmasked by migration. *Pediatr Dermatol* 2011;28(3):336-8.
9. Hwang SM, Lee WS, Choi EH, Lee SH, Ahn SK. Nurse's cap alopecia. *Int J Dermatol* 1999;38(3):187-91.
10. Stefanato CM. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. *Histopathology* 2010;56(1):24-38.
11. Ucak H, Cicek D, Demir B, Erden I, Ozturk S. Prognostic factors that affect the response to topical treatment in patchy alopecia areata. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014;28(1):34-40.
12. Kumbasar E, Gökdemir G, Köşlü A. [Postmenopozal frontal fibrosing alopecia: a case report]. *TÜRKDERM* 2006;40(Ek: B):29-B30.
13. Sperling LC. Scarring alopecia and the dermatopathologist. *J Cutan Pathol* 2001;28(7):333-42.
14. Harth W, Taube KM, Gieler U. Factitious disorders in dermatology. *J Dtsch Dermatol Ges* 2010;8(5):361-72.
15. Uçmak D, Harman M, Akkurt ZM. Dermatitis artefacta: a retrospective analysis. *Cutan Ocul Toxicol* 2013;33(1):22-7.
16. Shelleh HH, Khan SA, Al-Hatiti HS. Trichotillomania or alopecia areata? *Int J Dermatol* 2006;45(10):1196-8.
17. Yamazaki M, Irisawa R, Tsuboi R. Temporal triangular alopecia and a review of 52 past cases. *J Dermatol* 2010;37(4):360-2.
18. Patel M, Harrison S, Sinclair R. Drugs and hair loss. *Dermatol Clin* 2013(1);31:67-73.
19. Arı S, Gökdemir G. [Dermoscopic findings in cicatricial alopecia]. *TÜRKDERM* 2013;47(4):223-6.