

Alopesi Areatada Tırnak Bulguları: Kontrol Gruplu Çalışma

NAIL FINDINGS IN ALOPECIA AREATA: A CASE-CONTROL STUDY

Yasemin SARAY*, A. Tülin GÜLEÇ**

* Uz.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

** Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, ANKARA

Özet

Amaç: Alopesi areata tanısı alan erişkin hastalardaki tırnak değişikliklerinin görülme sıklığı ve klinik spektrumunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Alopesi areatalı 50 hasta ile yaş ve cinsiyetleri hasta grubuyla uyumlu 50 sağlıklı birey tırnak değişiklikleri açısından tarandı. Hasta ve kontrol grubunun el ve ayak tırnakları incelendi ve bulgular kayıt edildi. Onikomikozis, konjenital tırnak deformiteleri, travmatik tırnak değişiklikleri ile psöriazis, liken planus, periferik vasküler hastalık, malnütrisyon, ve/veya kollajen vasküler hastalık gibi tırnaklarda değişikliklere neden olabilecek hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular Elli alopesi areata tanısı almış hastanın 24 (%48)'ünde ve 50 sağlıklı kontrol grubunun 13 (%26)'ünde en az bir tane tırnak değişikliği saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hasta grubunda en sık görülen tırnak değişikliği yüksük tırnak (%18). Lökonişi punktata (%16), longitudinal çizgilenme (%12), Beau çizgileri (%10), traktionişi (%4) ve lunula yokluğu (%2) alopesi areata tanısı alan hastalarda izlenen diğer tırnak değişiklikleriydi. Bu tırnak değişikliklerinden sadece yüksük tırnak sıklığı alopesi areatalı hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulundu.

Sonuç: Alopesi areatada tırnak değişikliklerinin sık görülmesi alopesi areatanın kıl follikülleriyle birlikte tırnakları da etkileyebildiğini göstermektedir. Alopesi areatada farklı tırnak değişiklikleri görülmekle birlikte bunlardan yalnızca yüksük tırnak bu hastalığı düşündürülen bir tırnak değişikliği gibi gözükmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Alopesi areata, Tırnak

T Klin Dermatoloji 2004, 14:61-65

Summary

Objective: The aim of this study was to determine the prevalence rates and clinical spectrum of nail changes in adult patients with alopecia areata.

Material and Methods: Fifty patients with alopecia areata and 50 age- and sex- matched healthy controls were screened for the presence of nail disorders. Finger and toe nails of both groups were examined and nail changes were noted. The patients with onychomycosis, congenital nail dystrophy, traumatic nail dystrophy and those with diseases associated with nail changes such as psoriasis, lichen planus, peripheral vascular disorder, malnutrition, and/or collagen vascular disorders were excluded from the study.

Results: Of 50 patients with alopecia areata, 24 patients (48%) and of 50 healthy controls, 13 patients (26%) had at least one type of nail pathology and, the difference was statistically significant. Pitting was the most common nail disorder in the patient group (18%). Leuconychia punctate (16%), longitudinal ridging (12%), Beau's line (10%), trachyonychia (4%) and absence of lunula (2%) were the other nail changes observed in patients with alopecia areata. Pitting was the only nail change that was significantly more common in patients with alopecia areata than in the controls.

Conclusion: High frequency of nail changes in alopecia areata indicates that alopecia areata affects nails as well as the hair follicles. Although, a wide spectrum of nail changes is seen in patients with alopecia areata, pitting seems to be the only nail change suggestive of alopecia areata, among all nail pathologies.

Key Words: Alopecia areata, Nail

T Klin J Dermatol 2004, 14:61-65

Alopesi areata (AA) en sık saçlı bölgeye yerleşen, keskin sınırlı, yuvarlak görünümü hızlı bir şekilde gelişen saç dökülmesidir. Kıl follikülleri dışında diğer deri eklerinden tırnakları da tutabilmektedir. AA'da tırnak değişikliklerinin görülme sıklığı farklı kaynaklarda %7-66 olarak

bildirilmektedir (1-3). Tırnak değişikliklerinin AA'lı çocuk hastalarda (4,5) ve özellikle şiddetli tipte AA'sı olan hastalarda (3-8) daha sık görüldüğü bilinmektedir. Yüksük tırnak, ince-kırılğan tırnak, longitudinal çizgilenme ve kaşık tırnak AA'da en sık rapor edilen tırnak bulgularıdır

(4,9,10). Öte yandan, literatürde AA'lı hastalarda görülen tırnak değişiklikleri ile ilgili az sayıda çalışma vardır (1,5-8,11-12) ve bunlardan yalnızca birkaç tanesi vaka kontrollüdür (5-6,8).

Bu kontrol gruplu çalışmada AA tanısı alan erişkin hastalarda görülen tırnak değişikliklerinin klinik spektrumu ve görülme sıklıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Bu çalışmaya Mart 2001 ile Ocak 2002 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniğine saç dökülmesi şikayeti ile başvuran ve klinik olarak AA tanısı alan 50 hasta (16 kadın, 34 erkek) alındı. Yaşları 18-65 arasında değişen (ort. yaş 30.8±12.3) hastaların 47'sinde yama tarzında AA, 2'sinde alopesi totalis, bir tanesinde alopesi universalis saptandı. Kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet yönünden hasta grubuyla eşleştirilmiş 50 sağlıklı birey (15 kadın, 35 erkek) alındı. Hastane çalışanları arasından seçilen (doktor, hemşire, personel) kontrol grubunun yaşları 20-64 arasında değişmekteydi (ort. yaş 30.4± 11.9).

Hasta ve kontrol grubunun el ve ayak tırnakları incelendi ve bulgular kayıt edildi. Onikomikozis şüphesi olan tırnaklardan kazıyarak ve/veya keserek tırnak örnekleri alındı ve %10'luk potasyum hidroksit ile mikroskopik olarak incelendi. Onikomikozis, konjenital tırnak deformiteleri, travmatik tırnak değişiklikleri ile psöriazis, liken planus, periferik vasküler hastalık, malnütrisyon ve/veya kollajen vasküler hastalık gibi tırnaklarda

değişikliklere neden olabilecek hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Hasta ve kontrol grubundaki tırnak değişikliklerinin görülme sıklığı Ki-kare ve Fischer'in kesin ki-kare testleriyle karşılaştırıldı. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Elli AA tanısı almış hastanın 24 (%48)'ünde ve sağlıklı kontrol grubunun 13 (%26)'ünde en az bir tane tırnak değişikliği saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.02). Hasta grubunda en sık görülen tırnak değişikliği yüksük tırnaktı (%18). Lökonişi punktata (%16), longitudinal çizgilenme (%12), Beau çizgileri (%10), trakionişi (%4) ve lunula yokluğu (%2) AA tanısı alan hastalarda izlenen diğer tırnak değişiklikleriydi. Yüksük tırnak sıklığı hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek (p=.003) saptanırken, diğer tırnak bulgularının sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1).

Tartışma

Alopesi areatada çeşitli tırnak değişiklikleri görülebilmektedir ve bu nedenle AA'nın tüm keratinize deri eklerini tutabilen bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Tırnak değişiklikleri genellikle AA'yla eş zamanda ya da hemen sonra ortaya çıkmakta ve hastalığın iyileşmesinden sonra uzun süre devam edebilmektedir (4,10). Alopesi areatada tırnak tutulumu olması kötü prognostik faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (13).

Tablo 1. Alopesi areatada hastalarda ve kontrol grubunda görülen tırnak değişiklikleri

Tırnak Değişikliği	AA grubu (n=50)	Kontrol grubu (n=50)	P-değeri
Yüksük tırnak	9 (%18.0)	0 (%0.0)	=.003
Lökonişi	8 (%16.0)	7 (%14.0)	AD
Longitudinal çizgilenme	6 (%12.0)	6 (%12.0)	AD
Beau çizgileri	5 (%10.0)	0 (%0.0)	AD
Trakionişi	2 (%4.0)	0 (%0.0)	AD
Lunula yokluğu	1 (%2.0)	1 (%2.0)	AD
Toplam	24 (%48)	13 (%26)	=.02

AA: alopesi areata, AD: anlamlı değil.

Alopesi areatalı hastalarda görülen tırnak bulgularıyla ilgili sınırlı sayıda çalışmada tırnak değişikliklerinin görülme sıklığıyla ilgili sonuçlar büyük farklılık göstermektedir. Literatürde AA'lı olgularda %7-66 arasında değişen sıklıkta tırnak değişikliklerinin görülebildiği bildirilmektedir (1-3). Ancak hastaların yaşının ve AA şiddetinin tırnak tutulumu sıklığını etkilediği, AA'lı çocuk hastalarda (4,5) ve alopesi universalis, alopesi totalis gibi şiddetli tipte AA'sı olan hastalarda (3-8,12) tırnakların daha sık tutulduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada, çocuk hastalarda %29.3, erişkin hastalarda ise % 16.8 oranında tırnak değişikliği saptanmıştır (5). Farklı iki çalışmada şiddetli tipte AA'lı olgularda tırnak değişiklikleri %50.5 ve %54 sıklıkta saptanırken, bu oran, hafif şiddette AA'sı olan hastalarda %13 ve %20 olarak bulunmuştur (5,12). Literatürde hafif şiddette AA'lı olgularda tırnak değişiklikleri görülme sıklığı %13-25 arasında değişmektedir (5-6,8,12). Çalışmamızda AA'lı erişkin hastaların % 48'sinde tırnak değişikliği gözlenmiştir. Bu oran literatürde bildirilen sınırlar (%7-66) arasında olmakla birlikte, hafif şiddette AA'lı hastalarda bildirilen oranlardan (% 13-25) daha yüksektir. Çalışmamızda diğer kontrol gruplu çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olarak (5,6,8), AA'lı hastalarda tırnak değişikliklerinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek sıklıkta olduğu saptanmıştır. Öte yandan, bu çalışmada şiddetli tipte AA'lı hastanın az sayıda olması nedeniyle hastalık şiddetiyle tırnak değişikliği görülme sıklığı arasındaki ilişki değerlendirilememiştir. Alopesi areatada görülen tırnak tutulumunun etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Alopesi areatanın jeneralize "ektodermal reaktivite" nedeniyle kıl follikülleriyle birlikte tüm deri eklerini de etkilediği ileri sürülmektedir (1). Son yıllarda yapılan bir çalışmada, AA ve tırnak değişikliği olan hastaların tırnaklarından alınan biyopsi örneklerinin histopatolojik incelemesinde dermiste CD4+ ve CD8+ hücre infiltrasyonu saptanmıştır (17). Bu infiltrasyonun AA'da kıl follikülleri çevresinde görülen infiltrasyonla olan benzerliğinin jeneralize ektodermal reaktivite görüşünü desteklediği belirtilmektedir.

Literatürde AA'sı olan hastalarda en sık yüksük tırnak, ince-kırılğan tırnak, longitudinal

çizgilenme ve kaşık tırnak olmak üzere dört tipte tırnak değişikliğinin görüldüğü bildirilmektedir (4,9-10). Bunların dışında trakionişi (5,7-8,11-12), kırmızı noktalı lunula (14), Beau çizgileri (8) ve onikomadezis (7) ile daha az oranda olmak üzere lökonişi punktata (5,8,12), sarı-kahve renkli diskolorasyon (8,12) da AA'lı hastalarda rapor edilen diğer tırnak değişiklikleridir. Bu tırnak değişikliklerinden bir kısmının AA'da görülme sıklığıyla ilgili farklı çalışmalarda farklı oranlar bildirilmekte, bir kısmının görülme sıklığı ise tam olarak bilinmemektedir.

Yüksük tırnak, tırnak matriksinin proksimal kısmındaki noktasal alanlarda tırnak gelişim noksanlığı sonucunda oluşan ve en sık psöriazis ile AA'da görülen tırnak değişikliğidir. Alopesi areatada psöriazistekinden farklı olarak daha yüzeeldir, yaygın ve düzenli bir biçim gösterir (3). Alopesi areatalı hastalarda %10-50.6 arasında değişen oranlarda saptanan yüksük tırnak bu hasta grubunda en sık görülen tırnak değişikliği olarak bilinmektedir (1,5-8,11,12). Sharma ve arkadaşları tarafından 1000 hasta üzerinde yapılan kontrol gruplu bir çalışmada hastaların 139 (%13.9)'unda yüksük tırnak saptanmıştır. Bu çalışmada ayrıca AA'lı hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunan yüksük tırnağın AA'ya özgü bir tırnak bulgusu olduğu ileri sürülmüştür (5). Bizim çalışmamızda da yüksük tırnak en sık görülen tırnak bulgusuydu. Ayrıca hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek oranda saptanması Sharma ve ark.'nın yüksük tırnağın AA'yı düşündüren bir tırnak bulgusu olabileceği görüşünü desteklemektedir.

Beyaz tırnak olarak da bilinen lökonişinin punktata, striat, parsiyel ve total lökonişi olmak üzere dört tipi vardır. Lökonisi punktata AA'lı olgularda nadir bildirilen tırnak değişikliklerinden biridir (4-6,8). Sharma ve ark.'nın çalışmasında bu tırnak değişikliği AA'lı hastaların yalnızca %2.7'sinde saptanmıştır (5). Bir diğer çalışmada hastaların %13.6'sında lökonişi saptanmakla birlikte kontrol grubundan farklı olmadığı bulunmuştur (8). Hasta grubumuzun %16'sında görülen bu tırnak değişikliği bizim çalışmamızda AA'lı hastalarda ikinci sıklıkta saptanan tırnak bulgusu olmuş-

tur. Öte yandan, hasta grubu ile kontrol grubu arasında sıklık açısından anlamlı bir fark olmaması, lökonişi punktatanın AA'ya eşlik eden bir tırnak bulgusu olmadığını düşündürmektedir.

Longitudinal çizgilenme AA'da en sık görülen dört tırnak değişikliğinden biri olarak kabul edilmektedir (4,9-10). Ancak Sharma ve ark.'nın çalışmasında bu tırnak bulgusu AA'lı olguların yalnızca %7.8'inde saptanırken kontrol grubunun ise %26.4'ünde görülmüş ve longitudinal çizgilenmenin AA'ya özgü bir bulgu olmadığı öne sürülmüştür (5). Longitudinal çizgilenme bizim çalışmamızdaki AA'lı olgularda saptanan üçüncü en sık tırnak bulgusuydu. Bununla birlikte biz de hasta ve kontrol grubu arasında bu bulgunun sıklığı açısından anlamlı bir fark saptamadık.

Beau çizgileri genellikle akut ateşli hastalıklar, cerrahi girişimler gibi vücutta stres yaratan olaylardan sonra görülen, tırnak büyümesinde geçici bir duraklama sonucu ortaya çıkan, bant şeklinde yatay oluklarla karakterize bir tırnak değişikliğidir. Beau çizgilerinin sık olmamakla birlikte AA'ya eşlik ettiği bildirilmektedir (1,8,15). Yapılan çalışmalarda bu tırnak değişikliğinin oranı %1'i geçmemektedir. Bizim çalışmamızda ilginç olarak AA'lı hastaların %10'unda Beau çizgileri olduğu gözlemlendi. Ancak bu oran istatistiksel olarak kontrol grubunununkinden farklı değildi.

Trakionişi, tırnaklarda yüksük tırnak ve longitudinal çizgilenme gibi farklı tırnak yüzeyi bozuklukları sonucunda gelişebilen, kabarmatlaşmış tırnak görünümü ile karakterizedir. Trakionişinin psöriazis vulgaris ve AA ile birliktelik gösteren ve idiyopatik olmak üzere üç tipi vardır (3). Bu tırnak bulgusu AA'da sık görülen bir tırnak değişikliği olarak bilinmekle birlikte (4,9-10) farklı çalışmalara göre görülme sıklığı %3.7-14.8 arasında değişmektedir (5,7-8,12,16). Sharma ve ark.'nın çalışmasında (5) trakionişi AA'lı hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek sıklıkta saptanmış ve bu tırnak değişikliğinin AA'ya özgü tırnak bulgularından biri olduğu ileri sürülmüştür. Ancak, Tosti ve ark.'nın 1095 hastada yaptığı çalışmada ise trakionişi hastaların yalnızca 40 (%3.95)'inde saptanmış ve bu bulgunun aslında AA'da çok nadir görülen bir tırnak değişikliği

olabileceği ileri sürülmüştür (16). Bir başka çalışmada benzer olarak trakionişi 808 hastadan yalnızca birinde görülmüştür (8). Bizim çalışmamızda da bu tırnak değişikliğinin hastaların yalnızca %4'ünde izlenmesi Tosti ve ark.'nın görüşünü desteklemektedir.

Bu çalışmada, ilginç olarak AA'da sık görüldüğü bildirilen ince-kırılğan tırnak (4,9,10) ve kaşık tırnak (4,9,10) değişiklikleri hastalarımızın hiçbirinde saptanmadı. Benzer şekilde daha önce yapılan iki kontrollü çalışmada da ince-kırılğan tırnak hastaların hiçbirinde saptanmamış (5,8), kaşık tırnak ise bu çalışmalardan birinde yalnızca bir hastada saptanmıştır (8).

Sonuç olarak çalışmamızda AA'lı hastalarda tırnak değişikliklerinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek sıklıkta saptanması, AA'nın kıl follikülleri dışında tırnakları da tutabildiği görüşünü desteklemektedir. Yüksük tırnak dışında longitudinal çizgilenme, lökonişi punktata ve Beau çizgileri de bu hasta grubunda sık görülebilmektedir. Öte yandan, verilerimiz bu tırnak değişikliklerinden yalnızca yüksük tırnağın AA'yı düşündüren bir tırnak değişikliği olduğunu düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Muller SA, Winkelmann RK. Alopecia areata. An evaluation of 763 patients. Arch Dermatol 1963; 88: 290-7.
2. Zaias N. The nail in health and disease. Norwalk: Appleton & Lange, 1990: 127-30.
3. Baran R, Dawber RPR. Diseases of the nails and their management. Oxford: Blackwell Scientific Publ, 1984: 192-5.
4. Schwartz RA, Janniger CK. Alopecia areata. Cutis 1997; 59: 238-41.
5. Sharma VK, Dawn G, Muralidhar S, Kumar B. Nail changes in 1000 Indian patients with alopecia areata. JEADV 1998; 10: 189-91.
6. Sharma VK, Kumar B, Dawn G. A clinical study of childhood alopecia areata in Chandigarh, India. Pediatr Dermatol 1996;13: 372-7.
7. Tosti A, Morelli R, Bardazzi F, Peluso AM. Prevalance of nail abnormalities in children with alopecia areata. Pediatr Dermatol 1994; 11: 112-5.
8. Sharma VK, Dawn G, Kumar B. Profile of alopecia areata in northern India. Int J Dermatol 1996; 35: 22-7.
9. Drake LA, Ceillely RI, Cornelison RL. Guidelines of care for alopecia areata. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 247-50.

10. Janniger CK. Alopecia areata. *Cutis* 1992; 50: 347-9.
 11. Tan E, Tay YK, Goh CL, Chin Giam Y. The pattern and profile of alopecia areata in Singapore: a study of 219 Asians. *Int J Dermatol* 2002; 41: 748-53.
 12. Nanda A, Al-Fouzon AS, Al-Hasani F. Alopecia areata in children: a clinical profile. *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 482-5.
 13. Van der Steen PH, Van Baar HM, Happle R, Boezeman JB, Perret CM. Prognostic factors in the treatment of alopecia areata with diphenylcyclopropenone. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 227-30.
 14. Bergner T, Donhauser G, Ruzicka T. Red lunula in severe alopecia areata. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1992; 72: 203-5.
 15. Dotz WI, Lieber CD, Vogt PJ. Leukonychia punctata and pitted nails in alopecia areata. *Arch Dermatol* 1985; 121: 1452-4.
 16. Tosti A, Fanti PA, Morelli R, Bardazzi F. Trachyonychia associated with alopecia areata: A clinical and pathological study. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 266-70.
 17. Tosti A, Fanti PA, Morelli R, Bardazzi F. Spongiotic trachyonychia. *Arch Dermatol* 1991; 127: 584-5.
-
- Geliş Tarihi:** 30.06.2003
- Yazışma Adresi:** Dr. Yasemin SARAY
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD, ANKARA
yaseminsaray@hotmail.com