



Primer Lenfositik Sikatrisyel Alopesiler: 36 Vakanın Retrospektif Analizi

Primary Lymphocytic Cicatricial Alopecia: A Retrospective Analysis of 36 Patients

Neslihan Akdoğan¹, Ayşen Karaduman², Sibel Ersoy Evans², Aslı Hapa³, Gonca Elçin², Gül Erkin⁴, Nilgün Atakan²

Amaç: Sikatrisyel alopesiler (SA) kıl folikülünde geri dönüşümsüz hasar yaparak kalıcı saç kaybına neden olan bir grup bozukluktur. Bu çalışmanın amacı primer lenfositik sikatrisyel alopesi (PLSA) tanısı alan hastaların klinik ve demografik özelliklerini incelemektir.

Yöntemler: 2000-2010 yılları arasında polikliniğimize başvuran, histopatolojik olarak PLSA tanısı alan hastaların demografik özellikleri, dermatolojik muayene bulguları, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri, histopatolojik tanıları, tedavi seçenekleri ve tedaviye alınan yanıtlar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 36 hasta dahil edildi. Skalpten yapılan histopatolojik inceleme ile 26 hastada liken planopilaris (LPP), 7 hastada diskoid lupus eritematozus (DLE), 3 hastada Brocq'un psödopeladı (PB) ile uyumlu bulgular saptandı. 36 hastada ilk seçenek olarak en çok uygulanan tedavi seçeneği intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonu (ILKS, n=16, 44,4%), ikinci sırada ise hidrosiklorokindi (n=10, 28%). 36 hastadan 19'u ilk tedavilerden fayda görmüşken, 17 hastada başka bir tedavi seçeneğine geçilmişti. Hastaların en çok fayda gördüğü tedavilere bakıldığında; LPP hastaları en çok ilk sırada hidrosiklorokin tedavisinden, ikinci sırada ILKS uygulamasından fayda görmüştü. DLE hastalarında en çok fayda görülen tedavi hidrosiklorokin iken, PB hastaları ise sırasıyla hidrosiklorokin, sistemik kortikosteroid, topikal kortikosteroid tedavilerinden fayda görmüştü.

Sonuç: PLSA'ler sıklıkla orta yaş kadınlarda, daha çok LPP şeklinde görülen bir antitedir. Bu çalışmada hastaların en çok fayda gördüğü tedaviler ILKS ve hidrosiklorokindir.

Anahtar Kelimeler: Alopesi, sikatrisyel, epidemiyoloji

Introduction: Cicatricial alopecia (CA) is a group of disorders that lead to permanent hair loss due to irreversible damage to hair follicles. The aim of this study is to examine clinical and demographic characteristics of patients diagnosed with primary lymphocytic cicatricial alopecia (PLCA).

Methods: Patients admitted to our outpatient clinic between 2000 and 2010 and who were diagnosed with PLCA were retrospectively evaluated for demographic characteristics, dermatologic findings, personal and family history, histopathologic results, therapeutic options given to the patients, and patient responses to the treatments.

Results: Thirty-six patients were included in this study. Histopathological examination of scalp hair samples revealed that findings were concordant with lichen planopilaris (LPP) in 26 patients, discoid lupus erythematosus (DLE) in 7 patients, pseudopelade de Brocq (PB) in 3 patients. The main first-line treatment most commonly reported was intralesional corticosteroid injection (ILCS, n=16, 44.4%), which was followed by hydroxychloroquine (n=10, 28%). Nineteen of the 36 patients responded to the first-line treatments, whereas 17 patients needed another treatment. Treatments that patients were most likely to respond to were hydroxychloroquine and ILCS for LPP patients; hydroxychloroquine for DLE patients; hydroxychloroquine, systemic corticosteroid, and topical corticosteroid treatments for PB patients.

Conclusion: PLCA is an entity widely observed in middle-aged women and is mostly encountered in the form of LPP. In the current study, patients most likely benefited from ILCS and hydroxychloroquine treatments.

Keywords: Alopecia, cicatricial, epidemiology

Bu çalışma 20. EADV kongresinde (20-24 Ekim 2011, Lizbon, Portekiz) e-poster olarak, 20. Prof. Dr. Lütfü Tat Sempozyumunda (16-20 Kasım 2011, Ankara, Türkiye) sözel olarak sunulmuştur.

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye
²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
³Sıfı Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziemir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, İzmir, Türkiye
⁴Güven Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence:
Neslihan Akdoğan

E-posta: nslakdogan@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 30.11.2016

Kabul Tarihi/Accepted: 03.04.2017

© Copyright 2017 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org

© Telif Hakkı 2017 Makale metnine
www.istanbultipdergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.

Giriş

Sikatrisyel alopesiler (SA'ler) kıl folikülünde geri dönüşümsüz olarak kayba yol açan bir grup hastalıktır (1). Primer ve sekonder olarak 2 grup altında incelenen SA'lerin hepsinde ortak olan foliküloentrik ataktır. Primer SA'lerde kıl folikülü primer olarak hedeflenip hasar görürken, sekonder SA'lerde primer olay kutanöz olup, kutanöz inflamasyon kıl foliküllerini de tuttuğunda folikül hasarlanır; yani bunlar spesifik olarak foliküloentrik değildir. Primer SA'ler baskın olan inflamatuvar hücre tipine göre lenfositik, nötrofilik, mikst inflamatuvar ve nonspesifik olarak 4 alt grupta incelenir (2). Enfeksiyonlar, ciddi yanıklar, tümörler, radyasyona maruziyet ise sekonder SA nedenleri arasındadır. Sonuçta primer veya sekonder olduğuna bakılmaksızın kıl folikülleri kalıcı olarak hasarlanır, SA'ler klinikte foliküler ostium kaybı ve histopatolojik olarak da kıl foliküllerinin kaybolması yerini fibröz doku alması ile karakterizedir (3).

SA'li hastaların en sık hastaneye başvuru nedeni saç dökülmesi olup bunun dışında hastalarda kaşıntı, yanma, hassasiyet, ağrı gibi semptomlar da olabilmektedir. En sık klinik bulgu sikatrisyel alopesik yamalardır. Histopatolojik incelemede perifoliküler konsantrik fibrozis, hafif derecede perifoliküler ve perivasküler lenfoid hücre infiltrasyonu (eğer lenfositik tipse), folikül epitelinin destrüksiyonu, terminal fazda foliküllerin tamamen kaybolması gibi bulgular görülebilmektedir. Sebase bezlerin kaybolması da SA'yi işaret eden bir belirteç olarak düşünülmektedir (3).

Bu retrospektif çalışmanın amacı histopatolojik olarak primer lenfositik sikatrisyel alopesi (PLSA) tanısı alan 36 hastanın klinik ve demografik özelliklerini, hastalara uygulanan tedavi seçeneklerini ve hastaların tedavilere verdikleri yanıtları incelemektir.

Yöntemler

Bu çalışmaya 2000-2010 yılları arasında hastanemiz dermatoloji polikliniğine başvuran, histopatolojik olarak PLSA tanısı alan 36 hasta dahil edildi. Olguların hastanemize başvurdukları andaki yaşları, cinsiyetleri, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri, sistemik hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar, histopatolojik tanıları, lezyonların yerleşim yeri, dermatolojik inceleme bulguları, hastaların hastaneye başvuru şikayetleri, saçlı deri dışında diğer deri bulgularının varlığı, hastalara ilk seçenek olarak uygulanan tedaviler, ilk seçenek tedaviden fayda görmeyen hastalara uygulanan tedaviler, hastaların en çok fayda gördükleri tedavi seçenekleri kaydedildi. Tedaviye yanıt, saç dökülmesinin durması, kıl foliküllerinin görülmesi; ayrıca foliküler ve perifoliküler eritem, mor plak, foliküler tıkaç varlığında bu bulguların azalması olarak kabul edildi. Hastalar ile ilgili veriler retrospektif olarak hasta dosyalarından elde edildi. Dosyalar retrospektif olarak tarandığında liken pilanopilaris (LPP), diskoid lupus eritematozus (DLE), Brocq'un psödoeladı (PB) tanılı hastalara ait bilgilere yeterli düzeyde ulaşılabildiği için bu hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bu çalışma için etik kurul izni Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Komitesi'nden alındı. Bu çalışma etik kurul izni alındıktan sonra, retrospektif olarak hastaların dosya kayıtları incelenerek yapıldığı için çalışmada hasta onamı alınmadı.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler Statistical Package for Social Sciences versiyon 21.0 (IBM Corp.; Armonk, NY, USA) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Sayısal değişkenler ortalama±standart sapma, ortanca, minimum-maksimum değerler ile, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile belirtildi. Tüm karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Demografik Özellikler

Histopatolojik olarak PLSA tanısı alan toplam 36 hasta (25 kadın, %69; 11 erkek, %31) çalışmaya dahil edildi. Kadın/Erkek oranı: 2,3'tü. Hastaların yaş ortalaması $44,5 \pm 10,94$ (ortalama±standart sapma) idi. Yaş dağılımlarına bakıldığında, 21 hasta (%58) 40-60 yaşları arasında, 12 hasta (%33) 20-40 yaş arasında, 3 hasta (%8) 60 yaş üstüydü (Şekil 1). Ortalama hastalık süresi $7 \pm 5,7$ aydı (aralık: 2-35 ay).

Klinik Özellikler

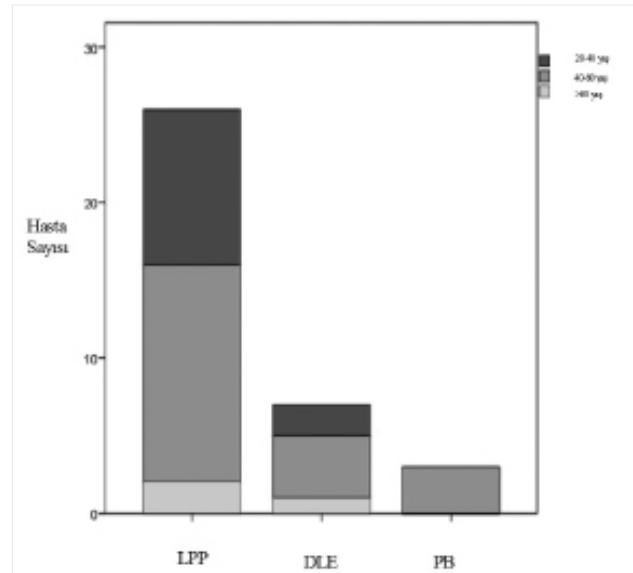
Skalpten yapılan histopatolojik inceleme ile 26 hastada (%72) LPP, 7 hastada (%20) DLE, 3 hastada (%8) PB ile uyumlu bulgular saptandı. Tanılara göre yaş dağılımlarına bakıldığında LPP tanısı alan hastaların %54'ü ($n=14$), DLE tanılı olan hastaların %57'si ($n=4$), PB tanılı 3 hastanın 3'ü (%100) de 40-60 yaş arasındaydı (Şekil 1). Her 3 grupta da kadın hasta sayısı erkek cinsiyetteki hastalardan fazlaydı, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$). Hastalarda en sık doktora başvuru şikayeti saç dökülmesiydi (%94, $n=34$). Hastalık yerleşimiyle ilgili yeterli bilgiye ulaşılan hastalara bakıldığında LPP hastalarının 7'sinde (% 26,9) alopesi vertekse sı-

nırlı iken, 7 hastada (% 26,9) saçlı deride difüz alopesi mevcuttu. DLE hastalarının 2'sinde (%28,6) saçlı deride difüz alopesi, 2'sinde (%28,6) vertekse ve oksiput bölgelerinde sınırlı alopesi mevcuttu. PB tanılı hastaların birinde dökülme vertekste, birinde frontal bölgede, birinde de vertekse ve paryetal bölgelere sınırlıydı. Dermatolojik muayene ile LPP hastalarının 23'ünde (%88,5), DLE ve PB hastalarının tümünde atrofik alopesik yamalar bulunmaktaydı. LPP hastalarının 8'inde (%30,8) atrofik alopesik alanlara ek olarak foliküler tıkaçlar, 4 hastada (%15,4) da atrofik alopesik alan ve foliküler tıkaçlara ek olarak perifoliküler eritem izlenmekteydi. Skalpten dışı deri bulgusu çalışmaya katılan tüm hastalar içinde sadece bir hastada mevcut olup, bu hasta LPP tanısı ile izlenmekte ve hastada LPP bulgularına ek olarak liken planus ile uyumlu klinik bulgular mevcuttu. 26 hastada (%72) özgeçmişte ve 32 hastada (%88) soygeçmişte sistemik hastalık öyküsü bulunmamaktaydı. Hastaların %72'si ($n=26$) deri dışı bir hastalık nedeniyle herhangi bir sistemik ilaç kullanmazken, %28'sinde ($n=10$) devamlı kullanılan bir ilaç mevcuttu.

Uygulanan Tedaviler

Hastalara en çok uygulanan ilk seçenek tedavi şekli intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonu (ILKS) olup ($n=16$, %44,4), bunu hidroklorokin ($n=10$, %28) tedavisi takip etmekteydi. LPP hastalarının 13'ü (%50) uygulanan ilk tedaviden fayda görmüşken, diğer 13 hastada başka tedavi şekillerine geçmişti. DLE hastalarının 4'üne (%57) ilk tedaviden fayda gördükleri için sonrasında ek tedavi verilmemişken, 3 hastada başka tedavilere geçmişti. PB tanılı hastaların 2'si (%66,7) ilk tedaviden fayda görürken, 1 hastada başka tedaviye geçmişti. Sonuçta hastaların 19'u (%52,8) ilk tedavilerden fayda görmüşken, 17 hastada başka bir tedavi seçeneğine geçmişti. En sık kullanılan 2. seçenek tedavi şekli ise ilk sırada hidroklorokin (%47, $n=8$), 2. sırada oral izotretinoin (%29, $n=5$) olmuştur (Tablo 1).

Hastaların en çok fayda gördüğü tedavilere bakıldığında; LPP hastalarının 12'si (%46,2) hidroklorokin tedavisinden, 9 hasta (% 34,6) ILKS uygulamasından, 2 hasta (%7,7) oral izotretinoininden, 2 hasta



Şekil 1. Hastaların yaş aralıklarına göre dağılımı
LPP: liken pilanopilaris; DLE: diskoid lupus eritematozus; PB: Brocq'un psödoeladı

Tablo 1. Çalışmamızda yer alan hastaların kullandıkları tedaviler ve hastaların en çok fayda gördükleri tedavi seçenekleri

| Tedavi Seçenekleri | En çok fayda görülen tedavilerin tanılara göre dağılımı | | |
|-------------------------|---|-----------|----------|
| | LPP (n=26) | DLE (n=7) | PB (n=3) |
| İLKS | 9 | 1 | - |
| Topikal kortikosteroid | 2* | - | 1 |
| Hidroksiklorokin | 12* | 5 | 1 |
| Oral izotretinoin | 2 | 1 | - |
| Sistemik kortikosteroid | 2 | - | 1 |

*LPP tanısı olan bir hasta topikal kortikosteroid ve hidroksiklorokin kombinasyonundan fayda görmüştür.
LPP: liken pilanopilaris; DLE: diskoid lupus eritematozus; PB: Brocq'un psödopeladi; İLKS: intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonu

topikal kortikosteroid ve 2 hasta (%7,7) sistemik kortikosteroidten fayda görmüştü. DLE hastalarında en çok fayda görülen tedavi hidroksiklorokin iken (n=5, %71,4), PB hastaları sırasıyla hidroksiklorokin (n=1, %33,3), sistemik kortikosteroid (n=1, %33,3), topikal kortikosteroid (n=1, %33,3) tedavilerinden fayda görmüştü (Tablo 1).

Tartışma

SA'ler kıl folikülünü hedefleyen bir atak sonrası foliküler ostiumların kaybolup, atrofinin meydana geldiği nadir görülen bir grup hastalıktır. Primer ve sekonder olarak iki gruba ayrılır (3). 2001 yılında 'North American Hair Research Society' tarafından primer SA sınıflaması yapılmıştır (2). Bu sınıflama histopatolojik incelemeye dayandırılmış ve primer SA'ler kıl foliküllerinin içinde ve dışında yer alan dominant inflamatuvar hücreye göre alt gruplara bölünmüştür. Buna göre primer SA'ler lenfositik, nötrofilik, mikst, nonspesifik olarak 4 grupta incelenir (2).

SA'lerin etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Çalışmalarda peroksizom proliferatör-aktive reseptör disfonksiyonu (4), psikoemosyonel stres (5), travma, Staphylococcus aureus'a artmış duyarlılık (6), ilaçlar ve aşılarda (5), genetik faktörler (7, 8) ve immün mekanizmalar (9) patogenezi tetikleyici faktörler olarak suçlanmaktadır. Fakat tüm dünyada kabul edilen, primer SA'lerin otoimmün hastalık spektrumunda yer aldığıdır (10). Primer SA'lerde kıl folikülünün tomurcuk bölgesine ait kök hücrelerde inflamatuvar infiltratın yoğunlaşması, sitotoksik T hücre aracılı doku hasarı, tomurcuk bölgesine ait MHC-1, MHC-2 ve β 2-mikroglobulin ekspresyonunun artarak tomurcuk bölgesinin immün hasara açık hale gelmesi ve apoptozun belirgin artması hastalık oluşumunda suçlanan mekanizmalar arasındadır (10).

SA'ler klinikte karşımıza saç dökülmesi, saçlarda seyrelme, bazen yanma, kaşıntı, ağrı, hassasiyet gibi şikayetlerle çıkabilmektedir. Bizim çalışmamızda kliniğe en sık başvuru sebebi saç dökülmesiydi. Çalışmamızda sadece 2 hasta saç dökülmesi dışında bir şikayet ile (kaşıntı (n=1), saç diplerinde sivilce ve pütürlük oluşumu (n=1)) kliniğimize başvurmuştu. SA'lerde beklenen en sık dermatolojik bulgu skarlı alopesik yamalardır. Bizim çalışmamızda da en sık saptanan bulgu atrofik alopesik yamalardı (n=33, %91,7). Bilindiği gibi skalpte alopesik, bazen atrofik yamalar ve bu alopesik alanların sınırında perifoliküler eritem, foliküler hiperkeratoz ve tıkaçlar özellikle LPP için tipiktir. Çalışmamızda bu sonucu destekler şekilde saçlı deride atrofik alopesik yamaları olan ve beraberinde

perifoliküler eritem ve/veya foliküler tıkaçları görülen 15 hasta (%41,7) mevcut olup, bu hastaların 12'si (%80) LPP tanısı almıştı. LPP sıklıkla orta yaş kadınları etkileyen, lezyonların periferden genişleme, ortadan skar bırakma eğiliminde olduğu bir hastalıktır. Bizim çalışmamızda bu bilgiyi destekler şekilde LPP hastalarının yarısından fazlası (n=14, %53,8) 40-60 yaş arasında bulunmaktaydı. Yine literatüre göre LPP'li hastaların yaklaşık %30-50'sine liken planus eşlik etmektedir (11). Ancak bizim çalışmamızda LPP tanısı olan hastaların sadece 1'ine liken planus eşlik etmekteydi.

DLE sıklıkla 20-40 yaş arasındaki kadınları sıklıkla etkileyen, saç dökülmesi ve saçlı deride yanma şikayeti ile kliniğe başvuruya sebep olan, foliküler tıkaçların eşlik ettiği diskoid eritemli plaklar şeklinde görülür. Çalışmamızda yer alan DLE hastalarının 4'ü (%57,1) 40-60 yaş arasında, 2'si (%28,6) 20-40 yaş arasındaydı ve hastaların kliniğe başvuru sebebi saç dökülmesiydi. Ancak 2 hastada bu şikayete ek olarak saçlı deride kaşıntı ve 1 hastada ise saçlı deride kızarıklık şikayeti mevcuttu. DLE hastalarının hepsinde dermatolojik muayenede atrofik alopesik yamalar izlenirken, 2 hastada bu bulguya ek olarak foliküler tıkaç, 1 hastada da mor plaklar görüldü.

PB ilk defa Brocq (12) tarafından 1888'de tanımlanmıştır. Spesifik bir antite mi yoksa diğer sikatrizan alopesilerin son noktası olup olmadığı belli değildir. Hastalığın tanısı bir ekartasyon tanısı olup diğer tanıların dışlanmasıyla konur (13). Multifokal, asemptomatik, deri renginde alopesik yamalarla karakterizedir. Görünümü karda ayak izine ('footprint in the snow') benzetilmiştir. Yamalar genelde atrofik olup inflamasyon yoktur (14). Çalışmamızda PB hastalarının tümünde atrofik alopesik yamalar görüldü ve hastalar kliniğimize saç dökülmesi şikayeti ile başvurdu.

LPP tedavisinde ilk seçenek tedavi yöntemleri potent topikal kortikosteroid veya İLKS uygulamalarıdır (14, 15). Bu tedavilerden fayda görmeyen hastalarda kullanılabilecek ikinci seçenek tedavi yöntemleri oral kortikosteroid, oral siklosporin, oral tetrasiklidir (14). Çalışmamızda ilk seçenek tedavi olarak LPP hastalarının %57,7'sine (n=15) İLKS, %15,4'üne (n=4) hidroksiklorokin, %15,4'üne (n=4) sistemik kortikosteroid, kalan 3 hastanın her biri sırasıyla topikal kortikosteroid, topikal kortikosteroid ve hidroksiklorokin kombinasyonu, topikal kortikosteroid ve fototerapi kombinasyonu tedavilerini almıştı. LPP hastalarının 12'si (%46,2) ise hidroksiklorokin tedavisinden, 9 hasta (%34,6) İLKS uygulamasından, 2 hasta (%7,7) oral izotretinoin, 2 hasta topikal kortikosteroid ve 2 hasta (%7,7) sistemik kortikosteroidten fayda görmüştü. LPP hastalarının yarısı (n=13) ilk tedavi seçeneklerinden fayda görmediği için bu hastaların 7'sinde (%53,9) hidroksiklorokin, 2'sinde (%15,4) oral izotretinoin, 2'sinde (%15,4) topikal kortikosteroid, 1 hastada (%7,7) oral izotretinoin ve topikal kortikosteroid, 1 hastada (%7,7) da İLKS, topikal kortikosteroid ve oral izotretinoin kombinasyon tedavilerine geçmişti. Özellikle hızlı ve ilerleyici seyirli hastalıkta oral kortikosteroidlerin oldukça etkin olduğu bilinmektedir (16). Bu çalışmaya alınan 26 LPP hastasının 5'inde (%19,2, 4 hastada ilk seçenek, 1 hastada ikinci seçenek olarak) sistemik kortikosteroid tedavisi başarıyla kullanılmıştır. LPP tedavisinde 3. sırada yer alan ajanlar ise oral izotretinoin, oral antimalaryaller, talidomid, griseofulvin, mikofenolat mofetil ve excimer lazerdir (14).

DLE tedavisinde öncelikle ve tedavinin her aşamasında diğer tedavilerle birlikte olarak hastaların ultraviyole maruziyetinin azaltılması ve güneşten koruyucu kremlerin kullanılması gerekmektedir. Hastalığın tedavisinde 1. seçenek tedavi yöntemleri potent topikal kortikosteroid veya İLKS uygulamalarıdır (14). Çalışmaya dahil edilen 7 DLE hastasından birine ilk tedavi seçeneği olarak İLKS, 1 hastaya İLKS ve hid-

roksiklorokin kombinasyonu, 5 hastaya ise ilk tedavi seçeneği olarak hidroksiklorokin tedavisi uygulanmıştır. Bu tedaviler dışında sistemik kortikosteroidler ise uzun dönem kullanımda ortaya çıkabilecek yan etkiler nedeniyle hastalığın aktif döneminde geçici süreyle kullanımları dışında tercih edilmemektedir. Hastalığın tedavisinde önerilen 2. seçenek ajanlar ise sistemik izotretinoin veya oral antimalaryallerdir (14). Çalışmaya alınan 7 DLE hastasının 2'si ilk seçenek tedavi olarak verilen oral antimalaryal tedaviden fayda görmeyip ikinci seçenek tedavi amacıyla bu hastalara oral izotretinoin tedavisi başlanmıştır. Bir hasta ise ILKS tedavisinden fayda görmediği için oral antimalaryal tedavi kullanmıştır. Dört hasta ise ilk seçenek tedavilerden fayda gördüğü için ek tedavi düşünülmemiştir. Yapılan çalışmalarda DLE tedavisinde sistemik izotretinoin ve oral antimalaryal tedavileri arasında etkinlik açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (17). Ancak yan etkiler açısından bakıldığında sistemik izotretinoinlerin doz bağımlı telogen effluviyuma yol açabilmeleri nedeniyle oral antimalaryaller bu açıdan sistemik izotretinoinlere üstündür. DLE tedavisinde 3. seçenek tedavi modaliteleri ise talidomid, oral vitamin E, oral altın, topikal immunomodülatörler, dapson ve klofazimindir. Bunlar dışında topikal imikimod, topikal 5-florourasil, topikal tazaroten, sulfasalazin, interferon-alfa, metotreksat, azatiopürin, fenitoin, oral beta-karoten, siklofosamid, kolşisin, izoniyazid, mikofenolat mofetil, kloramfenikol, danazol, siklosporin, UVA1 fototerapisi, kriyoterapi, biyolojik ajan kullanımına ait anektodal kullanımlar mevcuttur (14).

PB tedavisinde ise kesin bir tedavi şeması yoktur. Bir seçenek klasik LPP'te izlenen protokolü uygulamaktır. Tedavide kullanılan ajanlar potent topikal kortikosteroidler, hidroksiklorokin, talidomidir (14). Çalışmaya alınan PB tanılı 3 hastanın birine oral antimalaryal, birine topikal kortikosteroid, birine ise sistemik kortikosteroid tedavisi uygulanmıştır. Sistemik kortikosteroid verilen hasta tedaviden fayda görmediğinden bu hastada oral izotretinoine geçilirken, diğer hastalar kullandıkları tedaviden fayda görmüştür.

Sonuç

Sonuç olarak, PLSA'ler daha çok orta yaşta, sıklıkla LPP şeklinde prezente olan ve hastaların saç dökülmesi şikayeti ile kliniklere başvurmasına ve saçlı deride atrofik alopesik yamalar oluşumuna yol açan bir grup hastalıktır. Hastalığın alt grubu belirlendikten sonra aktivite durumuna göre vakit kaybedilmeden, hızla en uygun tedavinin seçilmesi, son aşamaya gelmiş hastalık durumunda ise gereksiz yere tedavi uygulanmaması gerekmektedir.

Etik Komite Onayı: Çalışmanın yürütülmesi için etik kurul onayı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden alınmıştır.

Hasta Onamı: Çalışmanın retrospektif doğası gereği hasta onamına gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Tasarım - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Denetleme - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Kaynaklar - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Malzemeler - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Analiz ve/veya Yorum - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Literatür taraması - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Yazıyı Yazan - N.A., A.K., S.E.E.; Eleştirel İnceleme - N.A., A.K., S.E.E.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmiştir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of Dicle University Faculty of Medicine.

Informed Consent: Informed consent is not necessary due to the retrospective nature of this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author contributions: Concept – N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Design - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Supervision - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Resource - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Materials - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Data Collection and/or Processing - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Analysis and/or Interpretation - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Literature Search - N.A., A.K., S.E.E., A.H., G.E., G.E. N.A.; Writing - N.A., A.K., S.E.E.; Critical Reviews - N.A., A.K., S.E.E.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Borovicka JH, Thomas L, Prince C, Mehregan DR. Scarring alopecia: clinical and pathologic study of 54 African-American women. *Int J Dermatol* 2009; 48: 840-5. [CrossRef]
2. Olsen EA, Bergfeld WF, Cotsarelis G, Price VH, Shapiro J, Sinclair R, et al. Workshop on Cicatricial Alopecia. Summary of North American Hair Research Society (NAHRS)-sponsored Workshop on Cicatricial Alopecia, Duke University Medical Center, February 10 and 11, 2001. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 103-10. [CrossRef]
3. Sperling LC, Sinclair RD, Shabrawi-Caelen LE. Alopecias. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors. *Dermatology*. 3rd ed. London:Saunders; 2012; 1093-114.
4. Ohya M. Primary cicatricial alopecia: recent advances in understanding and management. *J Dermatol* 2012; 39: 18-26. [CrossRef]
5. Harries MJ, Paus R. The pathogenesis of primary cicatricial alopecias. *Am J Pathol* 2010; 177: 2152-62. [CrossRef]
6. Sullivan JR, Kossard S. Acquired scalp alopecia. Part II: a review. *Australas J Dermatol* 1999; 40: 61-70. [CrossRef]
7. Collier PM, James MP. Pseudopelade of Brocq occurring in two brothers in childhood. *Clin Exp Dermatol*. 1994; 19: 61-4. [CrossRef]
8. Sahl WJ. Pseudopelade: an inherited alopecia. *Int J Dermatol* 1996; 35: 715-9. [CrossRef]
9. Harries MJ, Meyer KC, Chaudhry IH, Griffiths CE, Paus R. Does collapse of immune privilege in the hair-follicle tomurcuk play a role in the pathogenesis of primary cicatricial alopecia? *Clin Exp Dermatol* 2010; 35: 637-44. [CrossRef]
10. Harries MJ, Meyer KC, Paus R. Hair loss as a result of cutaneous autoimmunity: frontiers in the immunopathogenesis of primary cicatricial alopecia. *Autoimmun Rev* 2009; 8: 478-83. [CrossRef]
11. Mehregan DA, Van Hale HM, Muller SA. Lichen planopilaris: clinical and pathologic study of forty-five patients. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 935-42. [CrossRef]
12. Brocq L. Les folliculites et parafolliculites decalvantes. *Bull Mem Soc Med Hop Paris* 1888; 5: 399-408.
13. Karakuzu A. Primer sikatrisyel alopesiler. *Türkderm* 2014; 48: Özel Sayı 1: 56-9.
14. Harries MJ, Sinclair RD, Macdonald-Hull S, Whiting DA, Griffiths CE, Paus R. Management of primary cicatricial alopecias: options for treatment. *Br J Dermatol* 2008; 159: 1-22. [CrossRef]
15. Assouly P, Reygagne P. Lichen planopilaris: Update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg* 2009; 28: 3-10. [CrossRef]
16. Farah RS, Ferguson NN, Swick BL. Lichen planopilaris. *Cutis* 2013; 92: 11.
17. Ruzicka T, Sommerburg C, Goerz G, Kind P, Mensing H. Treatment of cutaneous lupus erythematosus with acitretin and hydroxychloroquine. *Br J Dermatol* 1992; 127: 513-18. [CrossRef]

Cite this article as: Akdoğan N, Karaduman A, Ersoy Evans S, Hapa A, Elçin G, Erkin G, et al. Primary Lymphocytic Cicatricial Alopecia: A Retrospective Analysis of 36 Patients. *İstanbul Med J* 2017; 18: 218-21.