

Treatment of Primary Cicatricial Alopecia

Primer Sikatrisyel Alopesi Tedavisi

Primer Sikatrisyel Alopesi Tedavisi / Treatment of Primary Cicatricial Alopecia

Zeynep Meltem Akkurt, Derya Uçmak, Mustafa Arıca
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Özet

Primer sikatrisyel alopesiler, kıl folikülünde kalıcı tahribat meydana getiren inflamasyon varlığı sonucu gelişen bir grup saç hastalığıdır. Primer sikatrisyel alopesi tedavisi oldukça zordur. Amaç, hastalığı durdurmak veya yavaşlatmaktır. Lenfositik primer sikatrisyel alopesilerin tedavisinde topikal ve intralezyonel kortikosteroidler ve antimalaryallerin kullanımı ön plandadır. Dirençli olgularda sistemik immünsüpresifler denenir. Nötrofilik primer sikatrisyel alopesilerde ise öncelikli tedavi yöntemleri antibiyoterapi ve retinoidlerdir. Medikal tedavilere ek olarak, primer sikatrisyel alopesilerde çeşitli cerrahi yöntemler doğru endikasyonlarla kullanıldığında etkin olmaktadır. Bu derlemede saç hastalıkları arasında sınıflandırması ve tedavisiyle ayrı bir yeri olan bu hastalık grubunun tedavisi ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler

Primer Sikatrisyel Alopesi; Tedavi Yöntemleri

Abstract

Primary cicatricial alopecia is classified amongst hairs diseases with permanent inflammatory destruction of the hair follicle. The treatment of primary cicatricial alopecia is quite a challenge. The aim of treatment is to slow down or halt progression of the disease. Topical and intralesional corticosteroids and antimalarials are the mainstay in the treatment of lymphocytic primary cicatricial alopecia. Systemic immunosuppresants are used in refractory cases. Antibiotics and retinoids are first-line treatment in the treatment of neutrophilic cicatricial alopecia. In addition to medical treatment, various surgical treatment methods are effective in the treatment of primary cicatricial alopecia, if used under correct indications. This article reviews the treatment of this special group of hair diseases.

Keywords

Primary Cicatricial Alopecia; Treatment Methods

DOI: 10.4328/JCAM.2384 Received: 04.03.2014 Accepted: 20.03.2014 Printed: 01.06.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 3): 426-9
Corresponding Author: Zeynep Meltem Akkurt, Dicle Üniversitesi Tıp Fak. Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, 21280, Diyarbakır, Türkiye.
T.: +90 4122488001-4008 F.: +90 4122488440 E-Mail: meltem@doctor.com

Giriş

Primer sikatrisyel alopesiler, kıl folikülünde kalıcı tahribat meydana getiren inflamasyon varlığı sonucu gelişen bir grup saç hastalığıdır [1,2].

Primer sikatrisyel alopesi tedavisinde amaç, hastalığı durdurmak veya yavaşlatmaktır. Hastaların mevcut alopesik yamalarında yeniden saç çıkışı olmayacağı konusunda bilgilendirilmesi gerekir. Hastalık takibi mutlaka fotoğraf veya dermoskopi kullanılarak yapılmalıdır. Saçların sayımını yapan dermoskopi (trichoscan) en iyi yöntemdir. Tedavide halen kanıta dayanarak ortaya konmuş bir algoritma yoktur ve uzman yorumları, olgu bildirileri gibi kaynaklar kullanılmakdır [3].

Primer sikatrisyel alopesiler, 2001 yılında sınıflandırılmıştır ve lenfositik, nötrofilik, miks olarak üçe ayrılmıştır. Lenfositik primer sikatrisyel alopesiler arasında en sık gözlenen alt tipler diskoid lupus eritematozus (DLE), liken pilanopilaris (LPP) ve Brocq'un psödopeladıdır. Nötrofilik primer sikatrisyel alopesiler arasında en sık görülen ise folikülitis dekalvanstır (FD) [4].

Lenfositik Primer Sikatrisyel Alopesilerin Tedavisi

Liken Planopilaris

Liken planopilaris (LPP) primer sikatrisyel alopesiler arasında sık görülen tiplerdendir. 50 yaş civarında ve kadınlarda daha sıktır. Perifoliküler hiperkeratoz ve sikatrisyel yamalar şeklinde prezante olur. Hastalık şiddetini ölçmek için LPP Aktivite İndeksi geliştirilmiştir. Bu indeks hastanın subjektif şikayetlerini (pruritus, yanma, ağrı, eritem) ve hekimin objektif bulgularını (perifoliküler skuam, "pull test", yaygınlık) dahil ettiği için faydalıdır ve hastalığın tedaviye yanıtını değerlendirmek için takiplerde kullanılır [5].

LPP tanısı konduğunda öncelikle ilaca bağlı bir likenoid erüpsiyon dışlanmalıdır. Klasik liken planus, ortalama 18 ayda iyileşen bir hastalık olsa da LPP daha kronik ve seyri önceden tahmin edilemeyen bir hastalıktır. Potent topikal kortikosteroidler ve topikal takrolimus ilk seçenektir. Hafif-orta şiddette LPP'de saçlı deri tutulumu %10'un altındaysa intralezyonel kortikosteroidler 4-6 haftada bir uygulanabilir. Skalp atrofisi açısından dikkatli olunmalıdır. Eğer böyle bir yan etki meydana gelirse enjeksiyonlar bir ya da iki sefer atlanır. Buna rağmen üç ay sonunda halen hastalık ilerlemesi devam ediyorsa diğer tedavi seçenekleri eklenmelidir. Oral kortikosteroidler (1 mg/kg/gün veya 25 veya 50 mg/gün bir aylığına; 2-4 ayda azaltılır) hızlı progresyon gösteren yaygın hastalıkta ve topikal veya intralezyonel kortikosteroidlere direnç gözlenen durumlarda uygulanabilir. Antimalariyaller, siklosporin (4-5 mg/kg/gün, 3-5 ay) ve oral retinoidler de düşünülebilir [1,3,6].

Hidroksiklorokin, LPP tedavisinde ilk 2-3 ay içerisinde etki etmeye başlar ve maksimum etkinliğe 6-12 ayda ulaşır. %10'dan daha fazla tutulum olan veya ilk basamak tedaviye yanıtsız hastalarda 2x200mg/gün dozunda başlanır. Her 3-6 ayda bir kontrol önerilir. Sigaranın ilacın etkinliğini azalttığı bilinmektedir ve hastalar uyarılmalıdır [6].

Hastalığın belirti ve bulguları 3-6 ay sonrasında halen varsa başka bir sistemik tedavi düşünülmelidir. Oral siklosporin ve mikofenolat mofetil bu adımda düşünülecek tercihlerdir. Mikofenolat mofetil diğer immünmodülatörlere göre daha güvenilirdir ve LPP tedavisinde önerilen doz 4 hafta boyunca 2x500mg/gündür. Bu doz 5-6 ay boyunca devam ettirilir [6].

LPP tedavisinde üçüncü basamak ajanlar ise sistemik retinoidler, tetrasiklin (1 gram/gün), griseofulvin, talidomid, dapson, topikal takrolimus ve minoksidildir. Bu ajanların etkinlikleri ise halen tartışmalıdır. İzotretinoin genellikle 1mg/kg/gün dozunda başlanır ve 8 ay boyunca devam ettirilir. Asitretin de düşük dozda başlanılarak 0,6mg/kg/gün dozuna kadar arttırılabilir. Tedavi bırakıldığında nüks gözlenebilir. Retinoidlerin yan etkileri akne tedavisinde olduğu gibidir.

Topikal takrolimusun dirençli LPP ve frontal fibrozan alopesi olgularında topikal ve intralezyonel kortikosteroidlere kıyasla daha etkili olduğu bulunmuştur [6,7].

Bu konudaki literatürün derlendiği bir çalışmada LPP tedavisinde topikal kortikosteroidlerin %53, hidroksiklorokinin %23 oranında iyi klinik yanıta yol açtığı bildirilmiştir. Bu oranlar siklosporin veya oral kortikosteroid kullananlarda %60 olsa da nüks oranları da %40'larda bildirilmiştir. Tetrasiklin ve mikofenolat mofetil ile iyi yanıt elde etme oranları ise üçte bir şeklinde olmuştur [8].

LPP için ümit verici yeni bir tedavi yöntemi "peroxisome proliferator-activated receptor" yolaklarıdır. Bu yolağı inhibe eden pioglitazon hidrokloridin 15mg/gün dozunda kullanıldığında etkin olduğu bildirilmiştir [9]. Diğer bir ümit verici tedavi ise rituksimab olmuştur. Bu iki tedavi muhtemelen lenfositik infiltrattaki proinflamatuar molekülleri hedefledikleri için etkili olmaktadırlar [8].

Frontal Fibrozan Alopesi

Frontal fibrozan alopesi bir LPP varyantı olarak ele alınsa da tedavi yaklaşımları farklıdır. Frontal fibrozan alopeside düşük doz intralezyonel kortikosteroidler (2.5-10 mg/mL), topikal kortikosteroidler ve minoksidil düşünülebilir. İnflamatuar infiltratın yoğunluğuna göre doksisiklin, hidroksiklorokin, oral kortikosteroidler ve mikofenolat mofetil kullanılabilir. Hidroksiklorokinin hastalığa bağlı semptom ve bulguları önemli ölçüde azalttığı ve en çok etkiyi ilk altı ay içerisinde gösterdiği tespit edilmiştir [7,10]. Literatürde bildirilmiş 114 hastanın toplandığı bir yayında frontal fibrozan alopesi hastalarına en sık uygulanan tedavi yöntemleri oral finasterid (günlük 2,5 mg, 12-18 ay boyunca) veya dutasterid (günlük 0,5mg 12 ay boyunca) olarak bildirilmiştir. Bu ajanlar sıklıkla topikal minoksidil veya intralezyonel kortikosteroidler ile kombine edilmiştir. Bu tedavilerle hastaların yaklaşık %45'inde iyi, %45'inde kısmi yanıt elde edilmiştir. Oral antimalaryallerin etkinliği ise hastaların %30'unda iyi, %39'unda kısmi yanıt sağlamıştır [8].

Bu çalışmada önemli bir bulgu, LPP'de etkin olduğu bildirilen yüksek veya orta potens topikal kortikosteroidlerin hastaların %93'ünde yanıt sağlamadığı şeklindedir. İntralezyonel kortikosteroidlerin ise hastaların yaklaşık %60'ında kısmi yanıt sağlamıştır [8].

Yine bir LPP varyantı olarak ele alınan Graham-Little sendromunun tedavisi ise klasik LPP ile aynıdır. Kaşlarda alopesi varsa intralezyonel düşük doz triamsinolon ve topikal minoksidil ile tedavi edilir [7].

Diskoid lupus eritematozus

Kadınlarda ve 20-40 yaş aralığında daha sık gözlenir. Foliküler tıkaçlar içeren, hipo veya hiperpigmente sikatrisyel plaklar mevcuttur. DLE olan çocukların %26-31'inde, erişkinlerin ise %5-10'unda SLE gelişebileceği unutulmamalıdır. Bundan dolayı DLE tanısı konan her hastada öncelikle serum antinükleer antikor titresi, tam kan sayımı, idrar analizi yapılmalıdır [12]. Tedavi aşamasında ilk adımda güneşten korunma önerilmelidir. Tedavi yöntemleri arasında ilk seçenekler kortikosteroidler ve antimalaryallerdir. Kortikosteroidler, potent topikal kortikosteroidler veya intralezyonel triamsinolon asetonid (4–10 mg/mL, aylık enjeksiyonlar) şeklinde uygulanır [3,11].

Antimalaryallerden sıklıkla tercih edilen hidroksiklorokin ise günlük 200-400 mg dozunda başlanmalıdır. Çocuklardaki dozu

ise 4-6 mg/kg'dır. Bazal oftalmolojik muayene, tam kan sayımı yapılmalıdır. Yan etkileri çok nadirdir. Karşılaşılabilecek yan etkiler arasında abdominal ağrı, anoreksi, bulantı, miyalji, deri hiperpigmentasyonu, hematolojik değişiklikler ve oftalmolojik hasar vardır. Etkinlik sağlanana dek oral kortikosteroidler ile tedavi verilebilir (1mg/kg, 8 haftada azaltılarak kesilecek şekilde) [6,12].

Yanıtsız olgularda oral retinoidler denenebilir. Bunun için asitretin (50mg/gün) veya izotretinoin (40mg/gün) kullanılabilir. Ayrıca, topikal immünmodülatör ilaçlar (örneğin takrolimus), talidomid, dapson, oral B vitamini de tedavi seçeneği olarak düşünülebilir [3,11,12].

Bu tedavilerin hiç biri faydalı olmazsa oral immünsüpresif tedaviler (mikofenolat mofetil, metotreksat, azatiyopürin) uygulanır [12].

Santral Santrifugal Sikatrisyel Alopesi

Genellikle verteks bölgesini etkileyen ve buradan yayılan bir tablodur. Saç şekillendirme yöntemleriyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Her ne kadar bu ilişki kanıtlanmamışsa da doğal ve travmaya yol açmayan saç bakım yöntemleri uygulanması önerilir. Her türlü kimyasal içeren saç bakım yöntemi ve traksiyona yol açabilecek tekniklerden kaçınılmalıdır. [7,13].

Hastalık stabilleşene dek günlük topikal kortikosteroidlerin kullanılması, ardından haftada üç gün olacak şekilde devam edilmesi önerilmiştir. İntralezyonel kortikosteroidler 10mg/ml dozunda ayda bir, en az altı ay boyunca uygulanır. Sonrasında semptomlara göre devam edilir. Özellikle şiddetli olgularda tetrasiklin gibi oral antiinflamatuvar etkili ilaçlar en az altı ay süreyle uygulanır. Kaşıntı ve deskuamasyonu azaltmak için seboreik dermatit benzeri tedavi (çinko piritiyon ve/veya ketokonazollü şampuanlar) önerilir [13,14].

Antimalaryeller, minoksidil, talidomid, siklosporin, mikofenolat mofetil, vitaminler ve çeşitli bitkisel tedaviler olgu bazında başarılı bulunmuştur. Tedavilerin tam etkin olması için en az altı ay kullanılması, yanıt alındıktan sonra da en az bir yıl remisyon olana dek devam ettirilmesi gerekir [13]. Ayrıca dirençli olgularda saç ekimi yapılabilir. Peruk gibi kapatıcı çözümler de uygulanabilir.

Brocq'un Psödopeladı

Brocq'un psödopeladı, tedavisi çok zor bir hastalıktır ve tedavisi konusunda bir fikirbirliği yoktur. Hastalıkta inflamasyon bulguları olmadığından, hastalık aktivitesini değerlendirmek zor olmaktadır. Hikaye, "pull test" (saç çekme testi) ve lezyonların ölçümüyle hastalığın takibi yapılabilir. Tedavi yaklaşımı LPP'ye benzer ve potent topikal ve intralezyonel kortikosteroidler ve/veya antimalaryeller ilk seçenektir. Topikal takrolimus, izotretinoin, mikofenolat mofetil ve talidomid denenebilir fakat yanıt çok değişken olmaktadır. Pek çok yazar bu durumun tedaviye yanıtsız olduğunu düşünmektedir. Ek olarak androgenetik alopesi olanlarda minoksidil ve finasterid yardımcı tedavi olarak denenebilir [3,12].

Keratozis Folikülaris Spinuloza Dekalvans

Adolesan yaş grubunda görülen bir hastalık olduğu için tedaviler dikkatli verilmelidir. Topikal ve intralezyonel kortikosteroidlerin kısmi etkisi gösterilmiştir. İzotretinoinin etkili olmadığı bildirilmiştir [12,15].

Alopesi musinoza

Öncelikle mikozis fungoides veya Sezary sendromu gibi altta yatabilecek hastalıkların varlığı araştırılmalıdır. Etkili ve standart bir tedavisi yoktur. Oral kortikosteroidler, minosiklin ve izotretinoinin etkili olabilir. Topikal ve intralezyonel kortikosteroidler, dapson, indometazin ve fototerapi ile sonuçlar değişkendir [12].

Nötrofilik Primer Sikatrisyel Alopesilerin Tedavisi

Folikülitis dekalvans

FD, saçlı deride tekrarlayan püstüllerin oluşumuyla seyreden ve zaman içerisinde sikatris oluşumu izlenen bir tablodur. düşünülen her hastadan bakteriyel kültürler alınmalı ve antibiyotik rezistansları belirlenmelidir. S. aureus'u eradike etmeye yönelik antistafilokokkal antibiyotikler uzun süreli olarak kullanılır [16]. Bu hastalıkta değişken klinik seyir gözlenir. Tetrasiklin, minosiklin, kloksasillin, eritromisin gibi geniş spektrumlu antibiyotikler tedavide ilk basamakta yer alır. Bunlara potent veya intralezyonel kortikosteroidler akut inflamasyonu baskılamak için eklenebilir. Antibiyotik dozları akne tedavisinde olduğu gibi başlanır ve yanıta göre yavaş yavaş azaltılır. Antibiyotik tedavisinin dezavantajı, kesildiği zaman çok sık nüks görülmesidir. Tek bir antibiyotik ile yanıt alınmayanlarda klindamisin (2x300mg/gün) + rifampisin (2x300mg/gün) kombinasyonu verilebilir. İzotretinoin ise diğer bir seçenektir. 1 mg/kg dozunda kullanılır ve en az altı ay süreyle devam edilir. Lezyonların sınırlı olduğu olgularda cerrahi eksizyon yapılabilir [17-19].

Bir çalışmada oral fusidik asit (1500mg/gün, 3 hafta), günlük çinko sülfat (400mg/gün, 6 ay) ve topikal fusidik asitli krem (2 hafta) şeklinde uygulanan tedaviyle yanıt elde edilmiştir ve yanıttan sonra hastaya günlük 200mg çinko sülfat bir yıldan fazla uygulanmıştır [20].

Özellikle hızlı seyreden olgularda intralezyonel kortikosteroidler inflamasyonu kontrol etmek ve kaşıntı ve yanma semptomlarını azaltmak için eklenebilir. Oral kortikosteroidler ise yalnızca çok şiddetli olgularda destek tedavisi olarak verilir. Topikal mupirosin, klindamisin, fusidik asit ve eritromisin sistemiklere yardımcı olarak uygulanır. İntranazal S.aureus eradikasyonunun da faydalı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, antiseptik bir temizleyiciyle günlük saç temizliği önerilir [16,19].

Diğer bir tedavi yöntemi ise dapsondur. Günlük 50-100 mg dapson, tek başına veya antibiyotik ile kombine olarak verilebilir. Etki etmesi halinde 25mg'a düşürülerek uzun süre devam edilir [19].

Antibiyotik, dapson ve metotreksat tedavilerine dirençli iki FD, ve hidroksiklorokine dirençli ve metotreksat kullanılamayan bir LPP olgusunda adalimumab başarılı bir şekilde kullanılmıştır. Adalimumab iki haftada bir 20 mg dozunda kullanılmış ve 2-3 ayda hastalık kontrol altına alınmıştır [21]. Benzer şekilde, oral kortikosteroidler ve antibiyotiklere dirençli ve yan etkilerden dolayı dapson kullanılamayan bir folikülitis dekalvans olgusunda psoriaziste kullanılan dozda uygulanan infliksimab ile başarı sağlanmıştır [22]. Fotodinamik tedaviyle inflamasyonu gerileyen bir FD olgusu da bildirilmiştir [23]. ND Yag lazer ile kılları depile edilen bir olguda da remisyon sağlanmıştır [24].

FD'de sikatrisyel alanlar için peruk gibi kozmetik kamuflaj yöntemleri önerilebilir. Yine de, bunların S. aureus ile kolonize olup hastalığı alevlendirebileceği akıldan çıkarılmamalı ve itinalı bir şekilde temizlikleri yapılmalıdır [19].

Dissekan Selülit

Dissekan selülit (DS) hastalarında saçlı deride flüktüasyon veren abseler mevcuttur ve zamanla sinüs traktlarının oluştuğu gözlenir. DS tedavisi medikal ve cerrahi olarak ayrılır. 1mg/kg dozunda izotretinoinin en az 4 ay kullanılıp 0.75-1 mg/kg dozunda 5-7 ay daha devam edilmesi, sonra 0.5mg/kg'a düşürülerek 3 ay daha devam edilmesi faydalı olmuştur. Oral ve topikal an-

tibiyotiklerden minosiklin, tetrasiklinler, kloksasillin, eritromisin, sefalosporin ve klindamisin kullanılabilir. İntralezyonel kortikosteroidler, çinko sülfat, dapson, antibakteriyel sabunlar ve kolşisin kullanılabilir. Sistemik kortikosteroidler de kullanılabilir. Lazer, eksternal "beam" radyasyon tedavisi önerilebilir [16].

Cerrahi tedavi medikal tedavi fayda sağlamadığında ve lezyonlar çok semptomatik ise kullanılır. Long-pulse, non-Q switched ruby ve 800 nm-pulsed diod lazerleriyle iyi sonuçlar alınmıştır. Eksternal beam radyasyon terapisiyle de tedavi uygulanabilir. Ağrılı nodüllerin insizyon ve drenajı, kist duvarının kürete edilmesi ve saçlı derinin eksize edilerek greftlenmesi istisnai olgularda yapılabilir [16].

Miks Tipteki Primer Sikatrisyel Alopesilerin Tedavisi

Akne Keloidalis

Akne keloidalisin ilk basamak tedavisi önlem almaktır. Travma ve infeksiyondan kaçınmak önemlidir. Hafif olgularda potent topikal kortikosteroidler ile topikal antibiyotik kombinasyonu faydalı olur. Aylık intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonları ve oral tetrasiklin de eklenebilir. Kriyoterapi ve lazer tedavisi ile kısmi yanıt elde edilebilir. Etkili olan lazerler karbon dioksit, 1064 nm Nd:YAG veya 810 nm diod lazerdir. Yaygın keloidal plaklar için cerrahi eksizyon gerekebilir. Cerrahi yaklaşımlar ekziyon ve primer kapatma veya sekonder iyileşmeye bırakma şeklindedir. Derin cerrahi eksizyon daha etkili olmaktadır [7,16]. Cerrahi eksizyon oldukça etkin bir seçenektir [16].

Akne nekrotika

Oral antibiyotikler, izotretinoin ve intralezyonel veya topikal kortikosteroidler faydalı olabilir [16].

Erozif püstüler dermatoz

Potent topikal kortikosteroidler ve kombine antibiyotik-topikal kortikosteroid preparatları kullanılır. Oral antibiyotik veya izotretinoinin de faydalı olduğu bildirilmiştir [16].

Primer Sikatrisyel Alopesilerde Cerrahi Tedavi

Primer sikatrisyel alopesilerde aktif hastalık varsa saç ekimi kontrendikedir. Cerrahi bir yöntem seçilmeden önce alopesinin tipi belirlenmeli ve en azından iki yıldır hastalık aktivitesinin olmadığından emin olunmalıdır. Bazı yazarlar önce sınırlı bir test alanına 100-150 adet ekim yapıp başarılı olursa tüm alanlara ekim yapmaktadır. Yine de diğer saç ekimi endikasyonlarına göre başarı oranlarının oldukça düşük olduğu bilinmelidir [3,25]. Sikatrisyel alopesilerin cerrahi tedavi seçenekleri arasında saç ekimi ve eksizyon vardır ("alopesi redüksiyonu"). Sikatrisyel alopesinin stabil olup olmaması, verici saç mevcudiyeti, saçlı derinin laksisitesi, hastanın iyileşme özellikleri, vasküler desteği ve oluşacak izin yerleşimi gibi faktörler göz önünde bulundurularak cerrahi teknik seçilir. Bu teknikler arasında saç transplantasyonu, saçlı deri redüksiyonu, doku ekspansiyonu, flep cerrahisi ve CO2 lazer ile sikatris dokusunun yeniden şekillendirilmesinden sonra saç ekimi yer alır [26].

Androgenetik alopeside etkinliği gösterilmiş [27] bir yöntem olan saç mezoterapisinin sikatrisyel alopesilerdeki etkinliği denenebilir.

Kalan saçların sağlıklı olması kamuflaj için önemlidir. Ayrıca hasta peruk, saç pudrası, boya gibi kapatıcı çözümler hakkında bilgilendirilmelidir [7].

Sonuç olarak, primer sikatrisyel alopesilerin tedavisi dermatologlar için halen ciddi zorluk teşkil etmektedir. Bu konuda hekimlerin bilincinin artırılması, erken tanı sağlayarak tedavi imkanını arttıracaktır. Primer sikatrisyel alopesili hastaların yakından takip edilerek tedaviye yönelik çalışmalara dahil edilmeleri, farklı tedavilerin etkinlikleri hakkında objektif veri elde edilmesini sağlayacaktır.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

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(8):840-5.
2. Stefanato CM. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. Histopathology 2010;56(1):24-38.
3. Rongioletti F, Christana K. Cicatricial (scarring) alopecias: an overview of pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. Am J Clin Dermatol 2012;13(4):247-60.
4. Olsen EA, Bergfeld WF, Cotsarelis G, et al.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(1):103-10.
5. Chiang C, Sah D, Cho BK, Ochoa BE, Price VH.Hydroxychloroquine and lichen planopilaris: efficacy and introduction of Lichen Planopilaris Activity Index scoring system. J Am Acad Dermatol 2010;62(3):387-92.
6. Kang H, Alzolibani AA, Otberg N, Shapiro J. Lichen planopilaris.Dermatol Ther 2008; 21(4):249-56.
7. Otberg N. Primary cicatricial alopecias.Dermatol Clin 2013;31(1):155-66.
8. Rácz E, Gho C, Moorman PW, Noordhoek Hegt V, Neumann HA. Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: a systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol 2013; 27(12): 1461-70.
9. Mirmirani P, Karnik P. Lichen planopilaris treated with a peroxisome proliferator-activated receptor gamma agonist. Arch Dermatol 2009;145(12):1363-6.
10. Samrao A, Chew AL, Price V. Frontal fibrosing alopecia: a clinical review of 36 patients. Br J Dermatol 2010;163(6):1296-300.
11. Gordon KA, Tosti A. Alopecia: evaluation and treatment. Clin Cosmet Investig Dermatol 2011;4:101-6.
12. Otberg N, Wu WY, McElwee KJ, Shapiro J. Diagnosis and management of primary cicatricial alopecia: part I.Skinmed 2008;7(1):19-26.
13. Gathers RC, Lim HW. Central centrifugal cicatricial alopecia: past, present, and future. J Am Acad Dermatol 2009; 60(4):660-8.
14. Summers P, Kyei A, Bergfeld W. Central centrifugal cicatricial alopecia - an approach to diagnosis and management. Int J Dermatol 2011; 50(12):1457-64.
15. Hallai N, Thompson I, Williams P, Anstey AV. Folliculitis spinulosa decalvans: failure to respond to oral isotretinoin. J Eur Acad Dermatol Venereol 2006; 20(2):223-4.
16. Wu WY, Otberg N, McElwee KJ, Shapiro J. Diagnosis and management of primary cicatricial alopecia: part II. Skinmed 2008;7(2):78-83.
17. Tan E, Martinka M, Ball N, Shapiro J. Primary cicatricial alopecias: clinicopathology of 112 cases. J Am Acad Dermatol 2004 Jan;50(1):25-32.
18. Powell JJ, Dawber RP, Gatter K. Folliculitis decalvans including tufted folliculitis: clinical, histological and therapeutic findings. Br J Dermatol 1999;140(2):328-33.
19. Otberg N, Kang H, Alzolibani AA, Shapiro J. Folliculitis decalvans. Dermatol Ther 2008;21(4):238-44.
20. Abeck D, Korting HC, Braun-Falco O. Folliculitis decalvans. Long-lasting response to combined therapy with fusidic acid and zinc. Acta Derm Venereol 1992;72(2):143-5.
21. Kreutzer K, Effendy I. Therapy-resistant folliculitis decalvans and lichen planopilaris successfully treated with adalimumab. J Dtsch Dermatol Ges 2014;12(1):74-6.
22. Mihaljević N, von den Driesch P. Successful use of infliximab in a patient with recalcitrant folliculitis decalvans. J Dtsch Dermatol Ges 2012; 10(8):589-90.
23. Castaño-Suárez E, Romero-Maté A, Arias-Palomo D, Borbujo J. Photodynamic therapy for the treatment of folliculitis decalvans. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2012;28(2):102-4.
24. Meesters AA, Van der Veen JP, Wolkerstorfer A. Long-term remission of folliculitis decalvans after treatment with the long-pulsed Nd:YAG laser. J Dermatolog Treat 2014; 25(2):167-8.
25. Bunagan MJ, Banka N, Shapiro J. Hair transplantation update: procedural techniques, innovations, and applications. Dermatol Clin 2013; 31(1):141-53.
26. Unger W, Unger R, Wesley C. The surgical treatment of cicatricial alopecia. Dermatol Ther 2008; 21(4): 295-311.
27. Özdoğan S, Erdal M, Oktar FD, Tan S. Saç mezoterapisinin alopesi tedavisindeki yeri. J Clin Anal Med 2011;2(1):5-8

How to cite this article:
Akkurt ZM, Uçmak D, Arıca M. Treatment of Primary Cicatricial Alopecia. J Clin Anal Med 2015;6(suppl 3): 426-9.