



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 immunosuppressants 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 kullanılmaktadır [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 planopilaris (LPP) ve Brocq'un psödopeladidir. Nötrofilik primer sikatrisyel alopesiler arasında en sık görülen ise folikülitis dekalvanstir (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 siktir. 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. Antimalaryaller, 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 yanıtı olmayan 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 immünomodülatörlere 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 doz-

da 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, hidroksiklorokin %23 oranında iyi klinik yanıtı 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 proinflatuar molekülleri hedefledikleri için etkili olmaktadır [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. İnflatuar infiltratın yoğunluğuna göre doksisisiklin, hidroksiklorokin, oral kortikosteroidler ve mikofenolat mofetil kullanılabilir. Hidroksiklorokin 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 anti-kor 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].

Yanıtız 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 vertex 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 stabilizeşene 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 seboeik dermatit benzeri tedavi (çinko piritiyon ve/veya ketokonazolü 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 Psödopeladi

Brocq'un psödopeladi, 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 yanıtız olduğunu düşünmektedir. Ek olarak androjenetik alopesi olanlarda minoksidil ve finasterid yardımcı tedavi olarak denenebilir [3,12].

Keratozis Folikularis 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 yanıt göre yavaş yavaş azaltılır. Antibiyotik tedavisinin dezavantajı, kesildiği zaman çok sık nöks 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 yanıtın 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 sistemlere 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 hidrosiklorokine 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 psoriasisde kullanılan dozda uygulanan infliksimab ile başarı sağlanmıştır [22]. Fotodinamik tedaviyle inflamasyonu gereleyen 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 kamufraj 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 eksizyone edilerek greftlenmesi istisnai olgularda yapılabilir [16].

Miks Tipteki Primer Sikatrisyel Alopesilerin Tedavisi Akne Keloidalıs

Akne keloidalısın ilk basamak tedavisi önlem almaktır. Travma ve enfeksiyondan 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 ekizyon 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 laksitesi, 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 yakın-

dan takip edilerek tedaviye yönelik çalışmalara dahil edilmele-ri, 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, Arica M. Treatment of Primary Cicatricial Alopecia. *J Clin Anal Med* 2015;6(suppl 3): 426-9.