

بررسی علل کلینیکوپاتولوژیک آلپوسی سیکاتریسیل در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان امام رضا (ع) اردبیل در سال ۱۳۹۷

دکتر فاطمه عزیزاده چایچیان^۱
مریم کاظمی^۲
دکتر مجید رستمی مقدم^۱

۱. گروه درماتولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۲. گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

زمینه و هدف: آلپوسی سیکاتریسیل (اسکارینگ)، یک گروه از اختلالاتی را تشکیل می‌دهد که در آن ریزش دائمی مو از جایگزینی فولیکول‌های مو با فیروز یا کلاژن هیالینی ایجاد می‌شود که خود شامل دو نوع اولیه مانند (DLE (discoid lupus erythematosus، LPP (lichenpilaropilaris)، FFA (frontal fibrosing alopecia)، فولیکولیت دکالونس و ثانویه مانند کریون و سوختگی است. این مطالعه با هدف بررسی انواع مختلف اسکارینگ آلپوسی در بیماران مراجعه کننده با این تظاهر به درمانگاه پوست بیمارستان امام رضا (ع) اردبیل در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت.

روش اجرا: در این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی، ۹۶ بیمار با تشخیص بالینی اسکارینگ آلپوسی در سال ۱۳۹۷ به درمانگاه پوست بیمارستان امام رضا (ع) اردبیل مراجعه کردند. ویژگی‌های اپیدمیولوژیک مانند سن، جنس و محل سکونت بیماران و نیز فراوانی علل کلینیکوپاتولوژیک آلپوسی سیکاتریسیل با استفاده از روش‌های آماری توصیفی در نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: شایع‌ترین علل در بین بیماران مبتلا به آلپوسی سیکاتریسیل اولیه به ترتیب DLE (۲۶/۰۴٪)، LPP (۶/۲۵٪)، آکنه کلئیدالیس (۴/۱۶٪)، فولیکولیت دکالونس (۲/۰۸٪)، FFA (۲/۰۸٪) و سودوپلاک‌بروک (۱/۰۴٪) بودند. در بیماران مبتلا به آلپوسی سیکاتریسیل ثانویه، شایع‌ترین علل به ترتیب کریون (۵۵/۲٪) و پس از آن morphea، لنفوم جلدی و سوختگی (هر کدام ۱/۰۴٪) بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه اکثریت بیماران مورد مطالعه، مبتلا به کریون و کودکان ساکن روستا بودند، می‌توان با افزایش سطح بهداشت که عامل مهمی در کنترل این بیماری می‌باشد، تشخیص زود هنگام در کودکان و درمان به موقع آن‌ها، از گسترش این بیماری جلوگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: آلپوسی اسکارینگ، آلپوسی سیکاتریسیل، لیکن پیلانوپیلاریس، لوپوس اریتماتوی دیسکوئید، فولیکولیت دکالونس، کریون

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۶/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۷/۱۹

پوست و زیبایی؛ پاییز ۱۳۹۹، دوره‌ی ۱۱ (۳): ۱۹۱-۱۸۶

نویسنده‌ی مسئول:
دکتر مجید رستمی مقدم

اردبیل، شهرک آزادی، خیابان بوستان ۷،
پلاک ۱۵
پست الکترونیک:

Drrostami@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

هر پوست مودار ممکن است تحت تأثیر بیماری قرار گیرد، هرچند آلپوسی سیکاتریسیل اغلب در پوست سر (اسکالپ) تظاهر می‌یابد^۱. آلپوسی سیکاتریسیل به شکل محل‌های ریزش مو با فقدان دهانه‌ی فولیکولی به نظر می‌رسد. ضایعات حاد ممکن است به شکل

آلپوسی سیکاتریسیل به ریزش پچی مو به دنبال تخریب دائمی فولیکول‌های مو یا به وسیله‌ی یک بیماری که بر روی خود فولیکول‌ها تأثیر می‌گذارد (آلپوسی سیکاتریسیل اولیه) یا به وسیله‌ی یک فرایند خارجی (آلپوسی سیکاتریسیل ثانویه) اطلاق می‌شود.

بیشتر موارد درمان به صورت تجربی انجام می‌شود ولی درمان اثربخشی برای آن شناخته نشده است. از ترکیبات کورتیکواستروئیدی به شکل موضعی، خوراکی و تزریقی داخل ضایعه‌ای، هیدروکسی کلروکین، ترکیبات رتینوئید، آزاتیوپرین و سیکلوسپورین استفاده می‌شود.^۹

روش اجرا

در این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی، ۹۶ بیمار که با تشخیص بالینی اسکارینگ آلوپسی در سال ۱۳۹۷ به درمانگاه پوست امام رضا (ع) مراجعه کرده‌اند، هم تحت بررسی بالینی و انجام اسمیر KOH در مورد بیماری کریون و هم جهت تشخیص بعضی دیگر از انواع اسکارینگ آلوپسی، تحت بیوپسی از اسکالپ و بررسی پاتولوژیک نمونه‌ی بیوپسی قرار گرفتند. از تمام بیماران قبل از ورود به مطالعه، رضایت‌نامه‌ی کتبی آگاهانه اخذ شد و تمام اطلاعات بیماران با اختصاص یک کد برای هر یک از آن‌ها، محرمانه حفظ شده است و طرح به تصویب کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل - با شناسه‌ی IR.ARUMS.REC.1397.071 رسیده است.

اطلاعات به‌دست‌آمده از بیماران، شامل سن، جنس، محل سکونت، نتایج به‌دست‌آمده از معاینه‌ی بالینی و انجام اسمیر KOH در مورد بیماری کریون و بررسی پاتولوژیک نمونه‌ی بیوپسی در انواع دیگر اسکارینگ آلوپسی برای هر فرد در فرم جداگانه‌ای نوشته شده است. معیارهای ورود به مطالعه بیماری با تشخیص بالینی و پاتولوژیک اسکارینگ آلوپسی توسط بیوپسی اسکالپ بود و معیارهای خروج از مطالعه عدم رضایت به ادامه مطالعه و بیماران مبتلا به آلوپسی غیراسکارینگ مثل آلوپسی آندروژنیک، آلوپسی آره‌آتا و تلوزن افلوویوم بودند. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS شده و سپس با استفاده از شاخص‌های آماره‌های توصیفی، آنالیز شده‌اند.

پلاک‌های اریتماتو، پاپول‌های پری فولیکولار، خارهای کراتوتیک فولیکولار یا پوسچول‌ها ظاهر شوند. ضایعات التهابی عمیق ممکن است برآمده باشند یا از نظر بالینی از آره‌آتا‌ی غیرسیکاتریسیل تقلید کنند هرچند ماهیت التهابی ضایعه تنها در بیوپسی مشهود است.^۲ در آلوپسی سیکاتریسیل، آسیب به سلول‌های بنیادی واقع در غلاف خارجی ریشه در سطح اتصال عضله ارکتور پیلی (buldge) هرگونه پتانسیل برای رشد دوباره‌ی مو را از بین می‌برد. از لحاظ بافت‌شناسی، فولیکول‌ها در نهایت ناپدید می‌شوند یا توسط ساقه‌ی فیبروزی جایگزین می‌شوند.^۱ آلوپسی سیکاتریسیل همان‌طور که اشاره شد، دو نوع اولیه و ثانویه دارد که از علل اولیه‌ی آلوپسی سیکاتریسیل می‌توان به لوپوس اریتماتوی دیسکوئید DLE مزمن، لیکن پلانوپیلاریس LPP، Folliculitis و Pseudopelade of Brocq (PPB) decalvans (FD) اشاره کرد.^۳

بیشتر آلوپسی‌های سیکاتریسیل اولیه، علت شناخته‌شده‌ای ندارند و از نظر بالینی و هیستوپاتولوژیک نیز همپوشانی زیادی با یکدیگر دارند و همین امر باعث دشوار شدن تشخیص می‌گردد.^۴ در آلوپسی سیکاتریسیل ثانویه تخریب در خارج فولیکول اتفاق می‌افتد که سرانجام پیشرفت کرده و فولیکول را از بین می‌برد.^۵ از علل ثانویه می‌توان به تروما، سوختگی، رادیودرماتیت، عفونت‌های باکتریایی، قارچی یا ویروسی اشاره کرد.^۳

تشخیص صحیح آلوپسی سیکاتریسیل بر پایه‌ی شرح حال، معاینه‌ی دقیق، بررسی میکروسکوپی بیوپسی از پوست سر و تست‌های آزمایشگاهی مربوط به آن است؛ بنابراین بیوپسی اسکالپ تقریباً در تمام موارد آلوپسی سیکاتریسیل جهت تأیید تشخیص ضروری است.^۶ بیماری‌های خودایمنی، درگیری سلول‌های لانگرهانس و از بین رفتن سلول‌های بنیادی از جمله علل این وضعیت نام برده شده‌اند.^۷ پیش‌آگهی آلوپسی سیکاتریسیل غیرقابل پیش‌بینی است^۸ و در

یافته‌ها

بیماران مبتلا به آلپوسی سیکاتریسیل ثانویه، شایع‌ترین علل به ترتیب کریون ۵۳ نفر (۵۵/۲٪) و پس از آن morphea، لنفوم جلدی و آلپوسی اسکارینگ ثانویه به سوختگی با شیوع برابر هر کدام ۱ نفر (۱/۰۴٪) بودند (جدول ۲).

بحث

در آلپوسی‌های سیکاتریسیل، پروسه‌های التهابی عمدتاً سلول‌های بنیادی ناحیه buldge و همچنین اینفاندیبولوم را درگیر می‌کنند^۳ که با تخریب فولیکول‌های مو همراه است. بعد از بهبودی بیماری یا التهاب اولیه، احتمال رشد مجدد مو بسیار کم است و از نظر آسیب‌شناسی، فولیکول‌های مو به وسیله‌ی بافت فیبروز، جایگزین می‌شوند^۱. در ایران این گروه از بیماری‌ها به‌طور محدود مطالعه شده‌اند، درحالی‌که با تشخیص به‌موقع، درمان مناسب و زود هنگام می‌توان پیشرفت و عوارض این بیماری را به‌طور قابل

در این مطالعه ۹۶ بیمار مبتلا به اسکارینگ آلپوسی، مورد مطالعه قرار گرفتند که در بین جمعیت مورد مطالعه شایع‌ترین نوع بیماری کریون با ۵۳ نفر مبتلا (۵۵/۲٪) و بعد از آن DLE (لوپوس اریتماتوی دیسکوئید) با ۲۵ نفر (۲۶/۴٪) بود. از بین مبتلایان به کریون، ۴۹ نفر مذکر (۵۱/۴٪ کل) و ۴ نفر مؤنث (۴/۱۶٪ کل)، ۴ نفر ساکن شهر (۴/۱۶٪ کل) و ۴۹ نفر ساکن روستا (۵۱/۴٪ کل) بودند و از بین مبتلایان به DLE، ۱۱ نفر مذکر (۱۱/۴۵٪ کل) و ۱۴ نفر مؤنث (۱۴/۵۸٪ کل)، ۲۲ نفر ساکن شهر (۲۲/۹۱٪ کل) و ۳ نفر ساکن روستا (۳/۱۲٪ کل) بودند (جدول ۱).

در بررسی آسیب‌شناسی بیماران مبتلا به اسکارینگ آلپوسی اولیه، شایع‌ترین علل به ترتیب، DLE ۲۵ نفر (۲۶/۰۴٪)، LPP (لیکن پیلانوپیلاریس) ۶ نفر (۶/۲۵٪)، آکنه کلوییدالیس ۴ نفر (۴/۱۶٪)، فولیکولیت دکالوانس ۲ نفر (۲/۰۸٪)، FFA ۲ نفر (۲/۰۸٪) و سودوپلادبروک ۱ نفر (۱/۰۴٪) بودند. در

جدول ۲: درصد فراوانی نسبی انواع مختلف آلپوسی

سیکاتریسیل بر حسب جنس و محل سکونت

نوع بیماری	درصد فراوانی نسبی		درصد فراوانی نسبی	
	مذکر	مؤنث	شهر	روستا
لوپوس اریتماتوی	۱۱/۴۵٪	۱۴/۵۸٪	۲۲/۹۱٪	۳/۱۲٪
دیسکوئید	۵۱/۰۴٪	۴/۱۶٪	۴/۱۶٪	۵۱/۰۴٪
کریون	۴/۱۶٪	۲/۰۸٪	۵/۲٪	۱/۰۴٪
لیکن پیلانوپیلاریس	۲/۰۸٪	۰٪	۲/۰۸٪	۰٪
Folliculitis decalvans	۲/۰۸٪	۰٪	۲/۰۸٪	۰٪
Frontal Fibrosing Alopecia	۰٪	۲/۰۸٪	۲/۰۸٪	۰٪
آکنه کلوییدالیس	۴/۱۶٪	۰٪	۴/۱۶٪	۰٪
سودوپلادبروک	۰٪	۱/۰۴٪	۱/۰۴٪	۰٪
Morphea	۰٪	۱/۰۴٪	۱/۰۴٪	۰٪
لنفوم جلدی	۱/۰۴٪	۱/۰۴٪	۱/۰۴٪	۰٪
ثانویه به سوختگی	۰٪	۱/۰۴٪	۱/۰۴٪	۰٪

جدول ۱: میانگین سنی و درصد فراوانی نسبی انواع مختلف آلپوسی سیکاتریسیل

نوع بیماری	تعداد	درصد فراوانی نسبی	میانگین سنی
لوپوس اریتماتوی	۲۵	۲۶/۰۴٪	۳۷/۳۲±۱۱/۶۷
دیسکوئید	۵۳	۵۵/۲٪	۹/۷۷±۳/۱۸
کریون	۶	۶/۲۵٪	۳۹/۵±۹/۴۶
لیکن پیلانوپیلاریس	۲	۲/۰۸٪	۲۶±۶
Folliculitis decalvans	۲	۲/۰۸٪	۲۹±۱
Frontal Fibrosing Alopecia	۴	۴/۱۶٪	۳۵/۷۵±۱۰/۴۹
آکنه کلوییدالیس	۱	۱/۰۴٪	۴۰
سودوپلادبروک	۱	۱/۰۴٪	۳۳
Morphea	۱	۱/۰۴٪	۶۶
لنفوم جلدی	۱	۱/۰۴٪	۳۷
ثانویه به سوختگی	۹۶	۱۰۰٪	

همکاران بین ابتلا به DLE و سودوپلادبروک با جنس ارتباط معنی‌داری وجود داشت و LPP در مردان و DLE و سودوپلادبروک در زنان بیشتر بود و این یافته‌ها با یافته‌های مطالعه‌ی ما منطبق بود. در مطالعه‌ی بابایی‌نژاد و همکاران در بیمارستان سینا تبریز بر روی ۱۰۰ بیمار، در بین بیماران مبتلا به آلپوسی سیکاتریسیل با ارتشاح نوتروفیلی، شیوع فولیکولیت دکالونس ۳۰٪ و فولیکولیت کلونیدالیس ۵٪ بود. هم‌چنین در مطالعه‌ی حنیف‌نیا و همکاران بر روی ۱۳۵ بیمار مبتلا به ریزش موی اسکاری نوتروفیلیک در بیمارستان رازی تهران^{۱۰}، شایع‌ترین نوع بیماری فولیکولیت دکالونس (۷۲/۶٪)، سپس در رده‌های بعدی دایسکتینگ سلولیت (۲۵/۹٪) و آکنه کلونیدالیس (۱/۵٪) بودند که یافته‌های این دو مطالعه از نظر شیوع انواع نوتروفیلی اسکارینگ آلپوسی برخلاف یافته‌های مطالعه‌ی ما است. از ۹۶ بیمار مورد مطالعه ما، ۴۳ نفر ساکن شهر (۴۴/۷٪) و ۵۳ نفر ساکن روستا (۵۵/۲٪) بودند که اکثر بیماران ساکن شهر (۲۲ نفر (۵۱/۱۶٪)) مبتلا به DLE و اکثر بیماران ساکن روستا (۴۹ نفر (۹۲/۴۵٪)) مبتلا به کریون بودند. مبتلایان به کریون میانگین سنی 31.18 ± 9.77 و مبتلایان به DLE میانگین سنی 37.32 ± 11.67 داشتند که در مطالعات قبلی نیز کریون با شیوع بیشتر در کودکان قبل از بلوغ در سنین بین ۷-۳ سال رخ می‌دهد^{۱۱}.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که در بین ۹۶ بیمار مبتلا به اسکارینگ آلپوسی، اکثریت بیماران مبتلا به کریون بودند، به طوری که اکثر این بیماران مذکر (۹۲/۴۵٪) با میانگین سنی 31.12 ± 9.61 سال و ساکن روستا (۹۲/۴۵٪) بودند و این بیماری به‌ویژه در کودکان مناطق غیرشهری که در تماس با حیوانات هستند شایع‌تر بود. افزایش سطح بهداشت عامل مهمی در کنترل این بیماری است و تشخیص زودهنگام در کودکان و درمان به‌موقع آن‌ها روش مؤثر دیگری در جلوگیری از گسترش بیماری است. سن پایین‌تر بیمار

ملاحظه‌ای کاهش داد. از ۹۶ بیمار مورد مطالعه، ۷۱ نفر مذکر (۷۳/۹۵٪) و ۲۵ نفر مؤنث (۲۶/۴٪) بودند که اکثریت بیماران مذکر ۴۹ نفر (۶۹/۱٪) مبتلا به کریون و اکثریت بیماران مؤنث ۱۴ نفر (۵۶٪) مبتلا به DLE بودند که در مطالعات قبلی نیز DLE دو برابر نسبت به مردان شایع‌تر بوده است^۱. در گروه آلپوسی‌های سیکاتریسیل اولیه تعداد بیماران با ارتشاح سلولی لنفوسیتی ۳۴ نفر (۱۵ نفر مذکر، ۱۹ نفر مؤنث) با ارتشاح سلولی نوتروفیلی ۶ نفر (۶ نفر مذکر و ۰ نفر مؤنث) بود و مشابه با مطالعه‌ی بابایی‌نژاد و همکاران در بیمارستان سینا تبریز بر روی ۱۰۰ بیمار، انواع ضایعات با ارتشاح لنفوسیتی در جنس مؤنث و ارتشاح نوتروفیلی در جنس مذکر شایع‌تر بود. در مطالعه‌ی حنیف‌نیا و همکاران بر روی ۱۳۵ بیمار مبتلا به ریزش موی اسکاری نوتروفیلیک در بیمارستان رازی تهران^{۱۰} نیز شیوع بیماری در مردان (۱۷/۹٪) نسبت به زنان (۲۸٪) و بیشتر بود و مشابه با یافته‌های دیگر محققین بود^۳. حداقل سن بیماران مبتلا به آلپوسی سیکاتریسیل اولیه، ۱۵ سال در یک پسر مبتلا به DLE بود و حداکثر سن بیماران مبتلا ۶۴ سال در یک زن مبتلا به DLE بود. میانگین سنی کل بیماران مبتلا به آلپوسی سیکاتریسیل اولیه 11.04 ± 36.57 سال بود. در نوع لنفوسیتی آلپوسی سیکاتریسیل اولیه، DLE (۱۱ نفر مذکر و ۱۴ نفر مؤنث (۶۲/۵٪)) شایع‌ترین ضایعه بود و در زنان با میانگین سنی 40.07 ± 12.24 شیوع بیشتری داشت. در رده‌بندی بعدی از نظر شیوع به ترتیب LPP (۴ نفر مذکر و ۲ نفر مؤنث (۱۵٪))، FFA (۲ نفر مؤنث (۵٪)) و سودوپلادبروک (۱ نفر مؤنث (۲/۵٪)) شیوع بیشتری داشتند که از نظر ترتیب فراوانی نسبی مشابه با مطالعه‌ی خضریان و همکاران در بیمارستان فرشچیان همدان بر روی ۲۲۲ بیمار با شیوع DLE (۴۹/۵٪)، LPP (۳۱/۹٪)، سودوپلادبروک (۱۰/۴٪) و CCA (۱/۳٪) بود به طوری که در مطالعه‌ی خضریان و

(/۵۵/۸۸) و شیوع انواع نوتروفیلیک در مردان (۱۰۰/). بود. همچنین به طور کلی شیوع اسکارینگ آلوپسی اولیه در جمعیت شهری (۹۰/). به طور چشمگیری بیشتر از جمعیت روستایی (۱۰/). بود. این مطالعه نیز محدودیت‌هایی داشته است که از جمله‌ی آن می‌توان به عدم مراجعه به درمانگاه بعد از انجام بیوپسی، محدود بودن بازه‌ی زمانی مطالعه، کم بودن شیوع بعضی از انواع اسکارینگ آلوپسی در جامعه‌ی مورد مطالعه، مشکل بودن تشخیص پاتولوژیک بعضی از انواع اسکارینگ آلوپسی از هم در مراحل انتهایی و فیروز اشاره کرد.

و عفونت اولیه‌ی گسترده، پیش‌آگهی بدتری دارد^۵. بعد از کریون، لوپوس اریتماتوی دیسکوئید (DLE) با فراوانی نسبی ۲۵/۰۴٪ شیوع بیشتری داشت به طوری که زنان (۵۶/). با میانگین سنی 40.7 ± 12.24 و ساکن شهر (۸۸/). اکثریت بیماران را تشکیل می‌دادند. همچنین به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت آلوپسی‌های سیکاتریسیل اولیه در جمعیت میانسال (میانگین سنی 36.57 ± 11.04) شیوع بیشتری دارند و با نسبت تقریباً نزدیک به هم (۵۲/۵) و زنان (۴۷/۵) را مبتلا می‌کنند، هرچند طبق نتایج به دست آمده، شیوع انواع لنفوسیتی آلوپسی سیکاتریسیل اولیه در زنان

References

1. Barker J, Bleiker T, Chalmers R, et al. Rook's textbook of dermatology. 9th ed. Oxford; Wiley-Blackwell, 2017.
2. James WD, Berger TG, Elston DM, et al. Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006.
3. Yazdanfar A, Khezrian L, Mousavi L, et al. Primary cicatricial alopecia in patients admitted to a referral dermatology clinic in Hamadan, between 2002 and 2012: A clinico-pathologic study. *Dermatology and Cosmetics* 2015; 6(3): 150-60. (Persian)
4. Mirmirani P, Willey A, Headington JT, et al. Primary cicatricial alopecia: histopathologic findings do not distinguish clinical variants. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 52(4): 637-43.
5. Somani N, Bergfeld WF. Cicatricial alopecia: classification and histopathology. *Derm Ther*. 2008; 21(4): 221-37.
6. Han A, Mirmirani P. Clinical approach to the patient with alopecia. *Semin Cutan Med Surg* 2006; 25(1): 11-23.
7. Abbas M, Holfeld K, Desjardins D, et al. Pustular psoriasis complicated with acute generalized exanthematous pustulosis. *J Derm Case Reports* 2014; 8: 42-5.
8. McElwee KJ. Etiology of cicatricial alopecias: a basic science point of view. *Derm Ther* 2008; 21(4): 212-20.
9. Filbrandt R, Rufaut N, Jones L, et al. Primary cicatricial alopecia: diagnosis and treatment. *CMAJ* 2013; 185(18): 1579-85.
10. Ehsani AH, Hosseini MS, Kamyab K, et al. Demographic evaluation of neutrophilic scarring alopecia in Razi Hospital in Tehran in 2005-2009. *Dermatology and Cosmetics* 2012; 3(2): 110 (Persian).
11. Bonven TF, Iversen E, Kragballe K. Permanent hair loss after Kerion Celsi. *Ugeskr Laeger* 1991; 153(45): 3151-2 (Danish).

Evaluation of clinical-pathologic causes of scarring alopecia in patients referred to dermatology clinic of Imam Reza Hospital in Ardebil during the year of 2018

Fatemeh Alizadeh Chaychian, MD¹
Maryam Kazemi, MSc²
Majid Rostami Moghaddam, MD¹

1. Department of Dermatology, School of Medicine, Ardebil University of Medical Sciences, Ardebil, Iran
2. Department of Biostatistics, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

Background and Aim: Cicatricial (scarring) alopecia is a group of disorders in which permanent hair loss results from replacement of hair follicles by fibrosis or hyalinized collagen, which includes two types: primary such as discoid lupus erythematosus (DLE), lichen plano pilaris (LPP), frontal fibrosing alopecia (FFA), Folliculitis decalvans, and secondary like kerion and burn. The aim of this study was to evaluate the frequency of different types of scarring alopecia in patients referred to Imam Reza Dermatology Clinic in Ardebil in 1397.

Methods: In this descriptive cross-sectional study, 96 patients referred to the dermatology clinic of Imam Reza Hospital, Ardebil, Iran, were evaluated. Epidemiologic and pathologic causes of primary and secondary cicatricial alopecia were analyzed using descriptive statistics in SPSS version 16 software.

Results: The most common causes among patients with primary cicatricial alopecia were DLE (51.16%), LPP (6.25%), acne keloidalis (4.16%), folliculitis decalvans (2.08%), FFA (2.08%) and pseudopelade of Brocq 1.04%). In patients with secondary cicatricial alopecia the most common causes were kerion (55.2%), followed by morphea cutaneous lymphoma and burn (1.04%).

Conclusion: Considering that the majority of patients in rural area had kerion (92.45%), we can prevent the spread of the disease by improving hygiene standards as an important factor in controlling this disease in order to early diagnosis and treatment.

Keywords: scarring alopecia, cicatricial alopecia, lichen planopilaris, discoid lupus erythematosus, folliculitis decalvans, kerion

Received: Sep 13, 2020 Accepted: Oct 19, 2020

Dermatology and Cosmetic 2020; 11 (3): 186-191

Corresponding Author:
Majid Rostami Moghaddam, MD

No. 15, 7th Bustan St., Azadi Town,
Ardebil, Iran
Email: Drrostami@yahoo.com

Conflict of interest: None to declare