

ТРИХОСКОПИЯ ПРИ ЛИШАЕ ПЛОСКОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОМ, ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И ДЕКАЛЬВИРУЮЩЕМ ФОЛЛИКУЛИТЕ

О.М. Медецкая^{1,2*}, И.О. Смирнова^{1,2}, А.О. Желонкина^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

² СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер», Санкт-Петербург

TRICHOSCOPY IN LICHEN PLANOPILARIS, DISCOID LUPUS ERYTHEMATOSUS AND FOLLICULITIS DECALVANS

O.M. Medetskaya^{1,2*}, I.O. Smirnova^{1,2}, A.O. Zhelonkina^{1,2}

¹ Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

² Municipal Dermatovenerological Dispensary, Saint Petersburg, Russia

*E-mail: drolgamed@rambler.ru

Аннотация

Введение. Лишай плоский фолликулярный (ЛПФ), дискоидная красная волчанка (ДКВ) и декальвирующий фолликулит относят к первичным рубцовым алопециям. Трихоскопия – один из методов диагностики различных заболеваний волос и кожи головы, включая все виды первичных рубцовых алопеций. **Цель исследования** – оценка частоты различных трихоскопических признаков при ЛПФ, ДКВ и декальвирующем фолликулите. **Материалы и методы.** С 2013 по 2022 г. проанализировано 189 пациентов с первичными рубцовыми алопециями: у 136 пациентов был диагностирован ЛПФ, у 23 – ДКВ и у 18 – декальвирующий фолликулит, а у 12 – рассекающий целлюлит. Диагнозы были установлены на основании клинической, трихоскопической и гистологической картины. Оценивали частоту выявления групп симптомов, описывающих поражение стержней волос, особенности фолликулярных отверстий, перифолликулярной и межфолликулярной поверхности кожи, кровеносных сосудов. **Результаты.** Для классической формы ЛПФ были более свойственны молочнокрасные зоны, в то время как для остальных исследуемых дерматозов – белые зоны. В очагах поражения единичные желтые точки выявляли при ЛПФ и фронтальной фиброзирующей алопеции (ФФА) у 12,5 и 10,5% пациентов соответственно. При ДКВ желтые точки большого размера и с двойным контуром обнаруживали у 33,3% больных. Сетка Уикхема на коже волосистой части головы была диагностирована только у одного пациента с классической формой ЛПФ. Шелушение в очагах поражения только при ДКВ имело межфолликулярный характер, при остальных исследуемых дерматозах – перифолликулярный. При этом при ЛПФ в половине случаев шелушение продолжало окружать волос на некотором протяжении от поверхности кожи, образуя касты, при ФФА – в 30% случаев, а при декальвирующем фолликулите – в 75%. При ЛПФ и ФФА в 30 и 10% случаев соответственно данные трубчатые структуры отделялись от перифолликулярного шелушения и продолжали покрывать стержень волоса. В других случаях исследуемых дерматозов образование муфт не наблюдалось, только при ЛПФ и ФФА отмечена перифолликулярная эритема. Исключительно при ДКВ более чем в половине случаев (66,7%) отмечали образование красных точек в очагах поражения и толстых древовидных сосудов. Перифолликулярные коричнево-фиолетовые зоны определяли только при ЛПФ и ФФА, причем при ФФА в два раза чаще, чем при классической форме дерматоза. Рассеянную дисхромю выявляли исключительно при ДКВ в 66,7% случаев. Пучковые волосы встречались только при ЛПФ (пять волос в пучке) и декальвирующем фолликулите (5–10 и более волос в пучке). При ЛПФ и ФФА, в отличие от других исследуемых дерматозов, наблюдали изменение стержней волос по типу монилетриксоподобных и перекрученных волос. **Заключение.** Отличительными особенностями декальвирующего фолликулита являются политрихия с формированием пучков волос с 10 и более волосами и наличие пустул, ДКВ – толстые древовидные сосуды и межфолликулярное шелушение, ЛПФ и ФФА – тубулярное шелушение и муфты с кастами, а в более редких случаях – перифолликулярная пигментация. Желтые точки наблюдались на ранних этапах ЛПФ и ФФА, а также в трети случаев ДКВ с характерными крупным размером и двойным контуром.

Ключевые слова: лишай плоский фолликулярный, фронтальная фиброзирующая алопеция, трихоскопия, дискоидная красная волчанка, декальвирующий фолликулит, рубцовая алопеция.

Abstract

Introduction. Lichen planopilaris, discoid lupus erythematosus and folliculitis decalvans is the primary scarring alopecia. Trichoscopy is one of the diagnostic options in patients with various hair and scalp diseases, including all types of primary cicatricial alopecia. **Purpose.** To evaluate the incidence of various trichoscopic signs of lichen planopilaris, discoid lupus erythematosus and folliculitis decalvans. **Materials and methods.** 189 patients with the primary cicatricial alopecia were examined in 2013–2022. Of these, 136 patients had lichen planopilaris, 23 – discoid lupus erythematosus, 18 – folliculitis decalvans and 12 – dissecting cellulitis. Diagnosis was put after analyzing clinical picture, trichoscopic and histological findings. The researchers described the incidence of group symptoms which are typical for hair shaft damage; they also described specific features of follicular openings, perifollicular and interfollicular surface of the skin, blood vessels. **Results.** Milky-red zones were more specific for lichen planopilaris, while white zones – for the rest of the studied dermatoses. Single yellow dots were seen in patients with lichen planopilaris and with frontal fibrosing alopecia in 12.5% and 10.5%, respectively. In discoid lupus erythematosus,

yellow dots were seen in 33.3%; they were large and had a double contour. The scalp Wickham's mesh was registered only in one patient with classical lichen planopilaris. Peeling had an interfollicular character only in discoid lupus erythematosus, while in other studied types of dermatoses it was perifollicular. At the same time, in half of lichen planopilaris cases, peeling surrounded the hair at some distance from the skin surface, forming castes, in frontal fibrosing alopecia – 30% and in folliculitis decalvans – 75%. In lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia, these tubular structures were separated from the perifollicular scaling, but still covered the hair shaft in 30% and 10% of cases, respectively. No hair casts were formed in other studied dermatoses. Perifollicular erythema was seen only in lichen planopilaris and in frontal fibrosing alopecia. Red dots in the lesion and in thick tree-like vessels were seen exclusively in patients with discoid lupus erythematosus, in more than half cases (66.7%). Perifollicular brown-violet zones were seen only in lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia, being twice often in the latter case than in classical dermatoses. Disseminated dyschromia was registered exclusively in discoid lupus erythematosus (66.7%). Hair tufts were seen only in lichen planopilaris and in folliculitis decalvans – in the first case tufts had only 5 hairs, while in the second one 5–10 hairs or more. In lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia, opposite to other studied dermatoses, hair shafts were modified as moniletrix-like hair and twisted hair. **Conclusion.** In the trial, the authors revealed the following distinguishing features: in folliculitis decalvans – pustules and polytrichia with 10 or more hairs; in discoid lupus erythematosus – thick tree-like vessels and interfollicular peeling; in lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia – tubular peeling and castes, and more rarely – perifollicular pigmentation. Yellow dots were seen at early stages of lichen planopilaris, in frontal fibrosing alopecia and in one third of cases of discoid lupus erythematosus (they were large and with double contour).

Key words: lichen planopilaris, frontal fibrosing alopecia, trichoscopy, discoid lupus erythematosus, folliculitis decalvans, cicatricial alopecia.

Ссылка для цитирования: Медецкая О.М., Смирнова И.О., Желонкина А.О. Трихоскопия при лишае плоском фолликулярном, дискоидной красной волчанке и декальвирующем фолликулите. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022; 4: 21–24.

Первичные рубцовые алопеции (ПРА) представляют собой относительно редкую группу дерматозов, которая характеризуется разрушением клеток волосного фолликула с формированием постоянной алопеции [1].

В настоящее время ПРА классифицируют в зависимости от преобладающего воспалительного инфильтрата на лимфоцитарные, нейтрофильные и смешанные. К наиболее часто встречающимся лимфоцитарным ПРА относят лишай плоский фолликулярный (ЛПФ) и дискоидную красную волчанку (ДКВ), нейтрофильным – девальвирующий фолликулит (ДФ) [2]. В структуре заболеваемости ПРА на них приходится до 43, 18 и 7% случаев соответственно [3]. Клиническое сходство заболеваний – тенденция к рубцеванию, шелушение, эритема – определяет ряд затруднений, возникающих при дифференциальной диагностике данных заболеваний. Дифференциальный диагноз нередко требует проведения гистологического исследования, применение которого ограничено необходимостью инвазивного вмешательства. В последние два десятилетия альтернативой гистологическому исследованию является дерматоскопия (трихоскопия), которая отличается неинвазивностью. Накоплены обширные данные, касающиеся трихоскопических признаков ПРА. Однако до настоящего времени появляются описания новых трихоскопических симптомов, обсуждаются диагностические и дифференциально-диагностические алгоритмы с использованием дерматоскопии, вследствие чего систематизация данных остается актуальной задачей.

Материалы и методы

В Санкт-Петербургском Городском кожно-венерологическом диспансере с 2013 по 2022 г. под наблюдением находились 189 пациентов с ПРА, из них у 136 пациентов был диагностирован ЛПФ, у 23 – ДКВ и у 18 – ДФ, а у 12 – рассекающий целлюлит. Среди пациентов с ЛПФ классическая форма заболевания встречалась наиболее часто (72.1%), фронтальная фиброзирующая алопеция (ФФА) – в 3,9 и синдром Пиккарди – Лассюэра – Литтла – в 10,3 раза реже (18.6 и 7% соответственно). Диагноз устанавливали на основании клинической картины, результатов трихоскопического и гистологического исследования. Для диагностики ФФА применяли диагностические критерии 2017 и 2018 гг. [4, 5].

Трихоскопию проводили с использованием дерматоскопа HIENE DELTA 20 (Германия), присоединенного к цифровой камере Canon, что позволило в дальнейшем увеличить полученное изображение участка волосистой части головы до необходимых размеров. Последовательно проводили сухую и иммерсионную трихоскопию [6]. Для трихоскопии использовали цифровую видеокамеру Aramo S (Aram Huvis Co., Ltd., Корея) и компьютерную программу TrichoSciencePro v1.3RUS. Оценивали группы симптомов, характерных для поражения стержней волос, особенности фолликулярных отверстий, перифолликулярной и межфолликулярной поверхности кожи, кровеносных сосудов [7]. Использовали методы описательной статистики с определением частоты обнаружения того или иного признака.

Результаты

При всех дерматозах определяли молочно-красные и белые зоны, лишённые устьев волосных фолликулов: наличие белых зон свидетельствовало о ДКВ, ДФ и ФФА, а молочно-красных – о классической форме ЛПФ (табл. 1).

В очагах поражения единичные желтые точки определялись при ЛПФ и ФФА у 12.5% и 10.5% пациентов соответственно. При ДКВ желтые точки большого размера с двойным контуром обнаруживали у 33.3% больных. Сетка Уикхема на коже волосистой части головы была редкой находкой и диагностировалась только у одного пациента с классической формой ЛПФ.

Шелушение в очагах поражения наблюдалось в подавляющем большинстве случаев. При ЛПФ, ФФА и ДФ шелушение имело перифолликулярное расположение, а при ДКВ – межфолликулярное. При этом при ЛПФ в половине случаев перифолликулярное шелушение окружало корень волоса на поверхности кожи, образуя касты, несколько реже – в 30% случаев – при ФФА, а при ДФ, наоборот, несколько чаще – в 75%. При ЛПФ и ФФА в 30 и 10% случаев соответственно данные трубчатые структуры, окружавшие корень волоса, отделялись от перифолликулярного шелушения и продолжали продвигаться по стержню волоса. При этом образование муфт не наблюдалось при ДФ или ДКВ.

Перифолликулярная эритема наблюдалась только при ЛПФ и ФФА и четко коррелировала с активностью процесса, исключительно при ДКВ отмечалось более чем в половине случаев

Таблица 1

Распределение пациентов по наличию трихоскопических признаков при различных формах ПРА, абс. (%)

Признак	ЛПФ	ФФА	ДКВ	ДФ
Белые зоны	29 (45.3)	17 (89.5)	3 (100)	12 (100)
Молочно-красные зоны	56 (87.5)	4 (21.1)	–	–
Желтые точки	8 (12.5)	2 (10.5)	–	–
Крупные желтые точки	–	–	1 (33.3)	–
Сетка Уикхема	1 (1.6)	–	–	–
Перифолликулярное шелушение	59 (92.2)	12 (63.2)	–	12 (100)
Межфолликулярное шелушение	–	–	2 (66.7)	–
Касты	33 (51.6)	5 (26.3)	–	9 (75)
Муфты	21 (32.8)	2 (10.5)	–	–
Перифолликулярная эритема	53 (82.8)	12 (63.2)	–	–
Перифолликулярные коричнево-фиолетовые зоны	11 (17.2)	7 (36.8)	–	–
Дисхромия рассеянная	–	–	2 (66.7)	–
Красные точки	–	–	2 (66.7)	–
Толстые древовидные сосуды	–	–	3 (100)	–
Пустулы	–	–	–	4 (33.3)
Пучковые волосы (пять волос)	3 (4.7)	–	–	12 (100)
Пучковые волосы (шесть-семь волос)	–	–	–	10 (83.3)
Пучковые волосы (восемь-девять волос)	–	–	–	6 (50)
Пучковые волосы (10 и более волос)	–	–	–	2 (16.7)
Монилетрикоподобные волосы	9 (14.1)	–	–	–
Перекрытые волосы	13 (20.3)	3 (15.8)	–	–

Примечание. ЛПФ – лишний плоский фолликулярный; ФФА – фронтальная фиброзирующая алопеция; ДКВ – дискоидная красная волчанка; ДФ – декарвирующий фолликулит.

(66.7%) образование красных точек в очаге поражения, так же как исключительно при ДКВ определялись толстые древовидные сосуды в очагах поражения.

Перифолликулярные коричнево-фиолетовые зоны определялись только при ФФА и ЛПФ, причем при ФФА в два раза чаще, чем при классической форме дерматоза. Дисхромия рассеянная определялась исключительно при ДКВ – в 66.7% случаев.

Образование пустул было характерной особенностью ДФ. Наличие пучковых волос встречалось при ЛПФ и ДФ, однако при ЛПФ пучки состояли только из пяти волос, в то время как при ДФ – из 5–10 и более волос (рисунок).

При ЛПФ и ФФА в ряде случаев наблюдалось изменение стержней волос по типу монилетрикоподобных волос и перекрытых волос, при ДКВ и ДФ подобных изменений не наблюдалось.

Обсуждение

Дерматоскопия (трихоскопия) широко используется в диагностике ПРА с целью оценки групп симптомов, характерных для поражения стержней волос, а также особенностей фоллику-

лярных отверстий, перифолликулярной и межфолликулярной поверхности кожи, состояния кровеносных сосудов [7]. Помимо этого, метод широко применяется для выбора места проведения биопсии кожи волосистой части головы для гистологического исследования [8]. Трихоскопические симптомы при ЛПФ описаны довольно подробно, при ДКВ и ДФ – менее полно. Это определяет актуальность уточнения трихоскопических особенностей при наиболее частых ПРА.

Характерным признаком всех ПРА были молочно-белые и белые зоны, что свидетельствует о разрушении волосяного фолликула из-за воспаления и фиброзе данных локализаций [9]. При этом особенностью ДФ было преобладание белых зон, что может быть обусловлено морфологическими изменениями с выраженным рубцеванием и клиническим формированием грубого возвышающегося рубца белого цвета. Более частая встречаемость белых зон при ФФА, по нашему мнению, является следствием меньшей выраженности воспаления. Некоторые авторы обнаруживали при ФФА несколько меньшую выраженность перифолликулярной инфильтрации и вакуолизации клеток базального слоя [10].

Вторым по частоте дерматоскопическим признаком, характерным для всех рассмотренных дерматозов, за исключением ДКВ, было перифолликулярное шелушение. При этом при ЛПФ и ФФА оно сопровождалось формированием каст и муфт, основой для которых являются гиперкератоз и ламеллярный фиброз в результате лихеноидной воспалительной инфильтрации [9]. Шелушение, как правило, отражает активность воспаления, поэтому выраженность этого симптома используют при динамическом наблюдении за ЛПФ и ФФА и при оценке в том числе перифолликулярного шелушения для определения индекса активности ЛПФ и тяжести ФФА [11, 12]. При ДФ шелушение сочеталось с образованием пустул в очагах поражения, при ДКВ, напротив, шелушение характеризовалось межфолликулярным расположением. Эту особенность нередко используют как дифференциально-диагностический признак ДКВ.

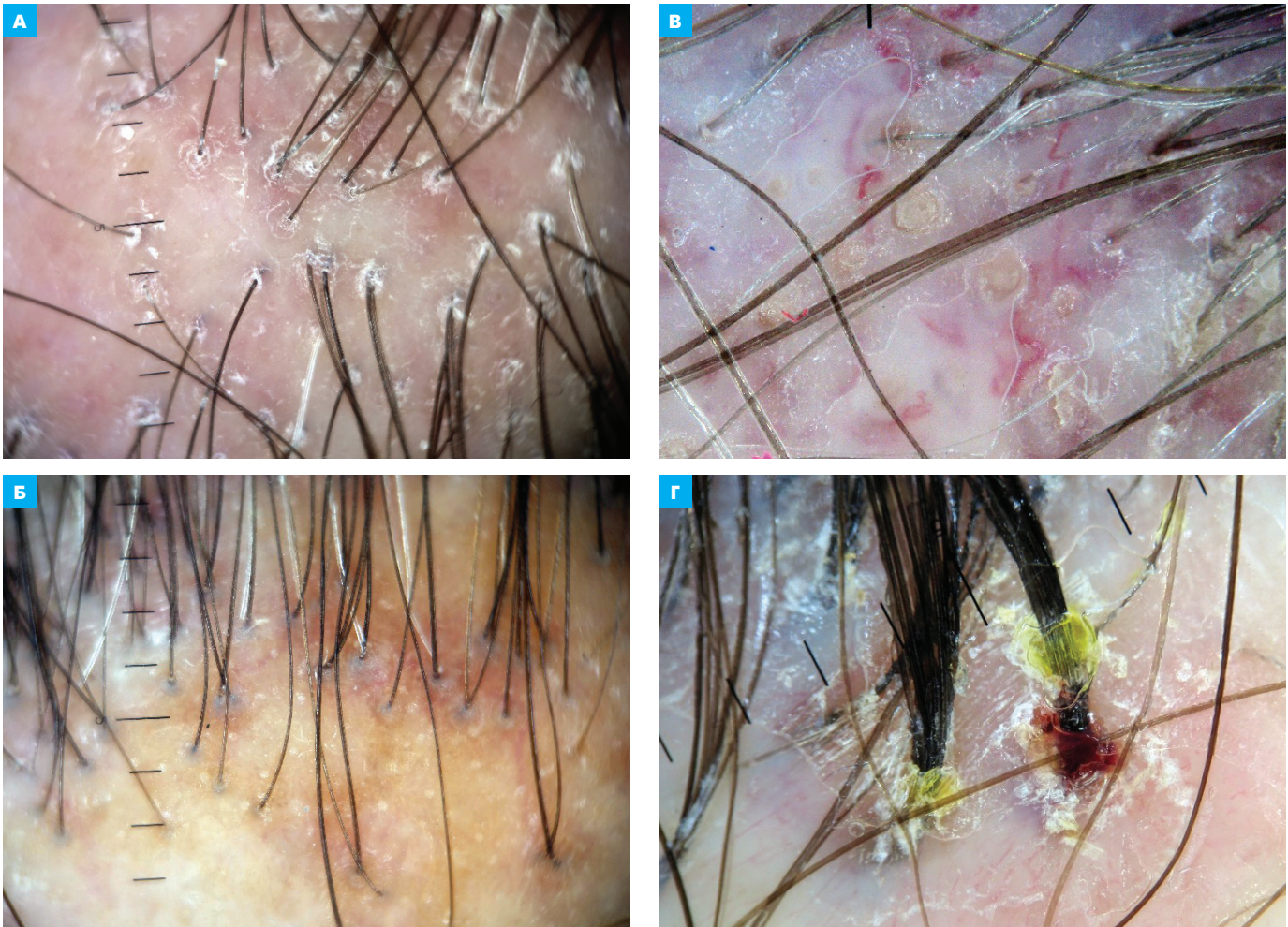
Желтые точки представляют собой фолликулярное отверстие, заполненное кератином и себумом [7]. Они могут обнаруживаться на ранних этапах ЛПФ и ФФА, что и было выявлено в нашем наблюдении. Но при ДКВ желтые точки были крупнее, с двойным контуром, от темно-желтого до коричнево-желтого цвета. Данные желтые точки соответствовали устьям, расширенным кератозной пробкой [7].

Нарушение структуры стержней волос было характерно для ЛПФ и ФФА по типу монилетрикоподобных и перекрытых волос, при ДКВ и ДФ подобное изменение не наблюдалось.

Формирование пучковых волос является признаком рубцевания. Тенденция к политрихии может наблюдаться при всех ПРА, но наиболее характерна для ДФ. В нашем исследовании политрихия была выявлена при ЛПФ (не более пяти волос) и при ДФ (10 и более волос).

Заключение

В ходе исследования уточнено, что для ДФ характерны такие симптомы, как политрихия с формированием пучков с 10 и более волосами и наличием пустул; для ДКВ – толстые древовидные сосуды и межфолликулярное шелушение; для ЛПФ и ФФА – тубулярное шелушение и наличие муфт с кастами, а в более редких случаях – перифолликулярная пигментация, которая являлась относительно редким признаком и чаще наблюдалась при ФФА. Желтые точки наблюдались на ранних этапах ЛПФ и ФФА, а также в 33.3% случаев ДКВ, причем их особенностью были крупные размеры и двойной контур.



Трихоскопическая картина при различных рубцовых алопециях (×10): А – ЛПФ с формированием перифолликулярной эритемы и шелушения с образованием каст, муфт; Б – ФФА с перифолликулярной эритемой и коричнево-фиолетовыми зонами; В – ДКВ с крупными желтыми точками и толстыми древовидными сосудами; Г – ДФ с образованием пучковых волос, окруженных шелушением и корками

Литература

1. Uchiyama M. Primary cicatricial alopecia: Recent advances in evaluation and diagnosis based on trichoscopic and histopathological observation, including overlapping and specific features // *J Dermatol.* – 2022. – V. 49. – № 1. – P. 37–54.
2. Fanti P.A. et al. Cicatricial alopecia // *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia: Organo Ufficiale, Societa Italiana di Dermatologia e Sifilografia.* – 2018. – V. 153. – № 2. – P. 230–242.
3. Villablanca S. et al. Primary scarring alopecia: Clinical–pathological review of 72 cases and review of the literature // *Skin Append Disord.* – 2017. – V. 3. – № 3. – P. 132–143.
4. Tolkachjov S.N. et al. Frontal fibrosing alopecia among men: a clinicopathologic study of 7 cases // *J Am Acad Dermatol.* – 2017. – V. 77. – № 4. – P. 683–690.
5. Tolkachjov S.N. et al. Updated diagnostic criteria for frontal fibrosing alopecia // *J Am Acad Dermatol.* – 2018. – V. 78. – № 1. – P. e23–e24.
6. Miteva M. et al. Hair and scalp dermatoscopy // *J Am Acad Dermatol.* – 2012. – V. 67. – № 5. – P. 1040–1048.
7. Рудницкая Л.И. и др. Атлас трихоскопии. Дерматоскопия заболеваний волос и кожи головы. Пер. с англ. Под ред. Ю. Овчаренко. – Харьков: Харизма плюс. – 2019. – С. 507. [Rudnickaya L. et al. Atlas of Trichoscopy. Dermoscopy in Hair and Scalp Disease. Kharkiv: Charisma Plus. – 2019. – P. 507. In Russian].
8. Miteva M. et al. Dermoscopy guided scalp biopsy in cicatricial alopecia // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* – 2013. – V. 27. – № 10. – P. 1299–1303.
9. Mathur M. et al. Trichoscopy of primary cicatricial alopecias: an updated review // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* – 2020. – V. 34. – № 3. – P. 473–484.
10. Gálvez-Canseco A. et al. Lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia cannot be differentiated by histopathology // *J Cutan Pathol.* – 2018. – V. 45. – № 5. – P. 313–317.
11. Chiang C. et al. Hydroxychloroquine and lichen planopilaris: efficacy and introduction of Lichen Planopilaris Activity Index scoring system // *J Am Acad Dermatol.* – 2010. – V. 62. – № 3. – P. 387–392.
12. Saceda-Corralo D. et al. Development and validation of the frontal fibrosing alopecia severity score // *J Am Acad Dermatol.* – 2018. – V. 78. – № 3. – P. 522–529.