

RỤNG TÓC XƠ HÓA VÙNG TRÁN: BÁO CÁO MỘT CA LÂM SÀNG

Nguyễn Thị Thanh Hoa¹, Dư Quỳnh Chi¹, Lê Thị Xuân², Nguyễn Mậu Tráng², Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2,*}

TÓM TẮT

Rụng tóc xơ hóa vùng trán (Frontal fibrosing alopecia - FFA) là một thể rụng tóc sẹo nguyên phát hiếm gặp, thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh, đặc trưng bởi tình trạng xơ hóa nang tóc vùng trán và thái dương. Bệnh có cơ chế liên quan đến quá trình viêm lympho bào tấn công vùng phình nang lông, dẫn đến phá hủy nang tóc không hồi phục. Biểu hiện lâm sàng điển hình là đường chân tóc vùng trán - thái dương lùi dần theo hình dải, có thể kèm mất lông mày, lông cơ thể hoặc tổn thương vùng chẩm. Trichoscopy thường ghi nhận ban đỏ quanh nang lông, dày sừng nang lông và mất lỗ mở nang lông. Hiện nay, điều trị FFA vẫn còn nhiều thách thức và thường cần phối hợp liệu pháp toàn thân với điều trị tại chỗ nhằm kiểm soát quá trình viêm và làm chậm tiến triển bệnh. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân nữ 64 tuổi, đã mãn kinh, có tiền sử tăng huyết áp điều trị thường xuyên bằng amlodipine 5mg/ngày đến khám vì rụng tóc lan tỏa điển hình tại vùng trán - thái dương - chẩm kèm mất lông mày. Sau khi kết hợp lâm sàng, trichoscopy, mô bệnh học và các xét nghiệm miễn dịch bệnh nhân được chẩn đoán FFA. Bệnh nhân được điều trị bằng hydroxychloroquine 200mg/ngày, doxycycline 100mg/ngày kết hợp clobetasol propionate 0,05% bôi vùng rụng tóc ở đầu, tacrolimus 0,03% bôi vùng rụng lông mày. Sau 5 tháng theo dõi và chỉnh liều theo đáp ứng, quá trình rụng tóc tiến triển đã được ngăn chặn tuy nhiên vùng rụng tóc đã sẹo hóa không thể hồi phục. Qua trường hợp này, chúng tôi nhấn mạnh vai trò của việc nhận diện sớm các dấu hiệu lâm sàng điển hình và không điển hình của FFA nhằm hỗ trợ chẩn đoán và điều trị kịp thời, hạn chế tiến triển rụng tóc sẹo không hồi phục.

Từ khóa: Rụng tóc xơ hóa vùng trán; FFA; Rụng tóc; Da liễu nội khoa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc xơ hóa vùng trán (Frontal fibrosing alopecia - FFA) là một bệnh lý hiếm gặp đặc trưng bởi tình trạng xơ hóa vùng trán và thái dương do phá hủy các nang tóc viêm. Bệnh được Kossard mô tả lần đầu tiên vào năm 1994¹. Cơ chế bệnh sinh của FFA có điểm tương đồng với lichen phẳng nang lông, trong đó phình lông bị các tế bào miễn dịch tấn công, đặc trưng bởi sự xuất hiện của các tế bào lympho T CD8+. Viêm vùng phình lông gây phá hủy các tế bào mầm nang lông, ngăn cản quá trình tái tạo tóc². Trong FFA, tóc rụng dạng dải ở vùng trán, thái dương; da vùng rụng tóc hơi teo, không có lỗ

nang tóc mịn và sáng màu hơn da trán tiếp xúc lâu ngày với ánh nắng mặt trời. Tại Việt Nam, phân loại FFA chưa được thực hiện chi tiết và các báo cáo lâm sàng rất hiếm. Trong bài báo này, chúng tôi xin báo cáo một ca lâm sàng FFA với tổn thương điển hình tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 64 tuổi, tiền sử tăng huyết áp điều trị thường xuyên bằng amlodipine 5mg/ngày, đã mãn kinh và đến khám vì rụng tóc ở vùng trán và thái dương chẩm diễn tiến 6 tháng nay. Khởi phát, bệnh nhân xuất hiện một mảng rụng tóc kích thước 1x1cm ở trán, sau đó tiến triển lan rộng đến vùng thái dương và chẩm kèm rụng lông mày hai bên; vùng tóc còn lại bạc màu. Tại vùng tổn thương, bệnh nhân không ngứa, không đau rát.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

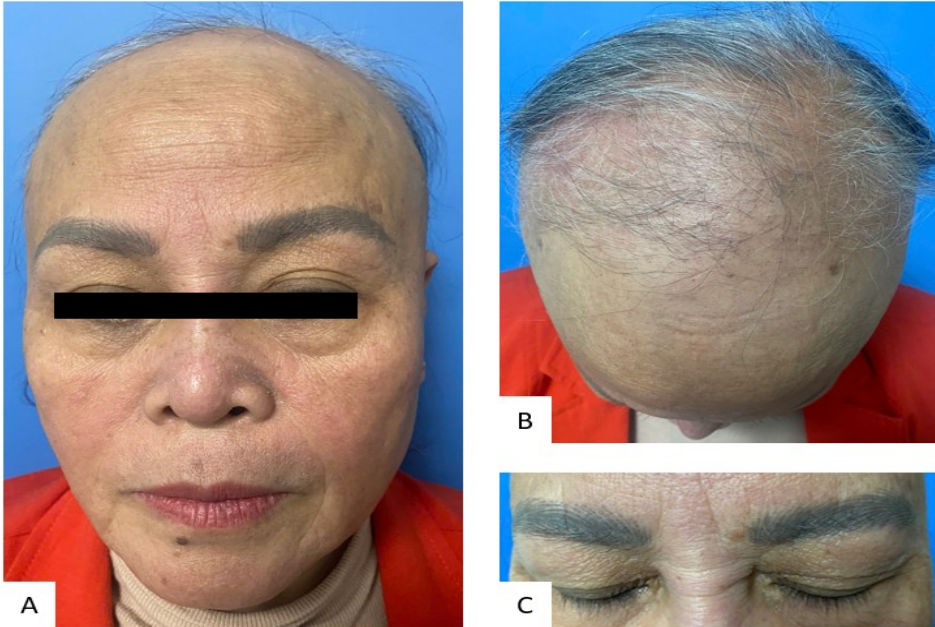
²Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: Email: nguyenthahavinh@hmu.edu.vn

DOI: 10.56320/tcdlhn.52.361

Tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, qua thăm khám và đánh giá toàn diện, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có tổn thương rụng tóc dạng dải băng phân bố vùng trán, thái dương, chẩm; bề mặt da vùng rụng tóc có biểu hiện teo nhẹ, nhẵn mịn, đỏ nhẹ và mất hoàn toàn các lỗ mở nang lông, đặc biệt quan sát thấy một số sợi tóc đơn độc ở đường chân tóc ban đầu. Thăm khám hệ thống, bệnh nhân

không ghi nhận các tổn thương da, niêm mạc ngoài vùng da đầu, cũng như không có các biểu hiện toàn thân khác như sốt, sụt cân hay đau khớp. Khai thác tiền sử cho thấy bệnh nhân sử dụng hóa chất nhuộm tóc mới trước khi rụng tóc 1 tháng, không có tiền sử chấn thương, không viêm nhiễm trước đó tại vùng tổn thương.



Hình 2.1. Ảnh lâm sàng bệnh nhân trước điều trị

(A), (B) Vùng tổn thương rụng tóc

(C) Vùng tổn thương rụng lông mày trên nền lông mày đã xăm

(Nguồn: Phòng khám rụng tóc thể mảng và bệnh lý tóc - Bệnh viện Da liễu Trung ương)



Hình 2.2. Tổn thương rụng tóc ở hai bên thái dương

(Nguồn: Phòng khám rụng tóc thể mảng và bệnh lý tóc - Bệnh viện Da liễu Trung ương)

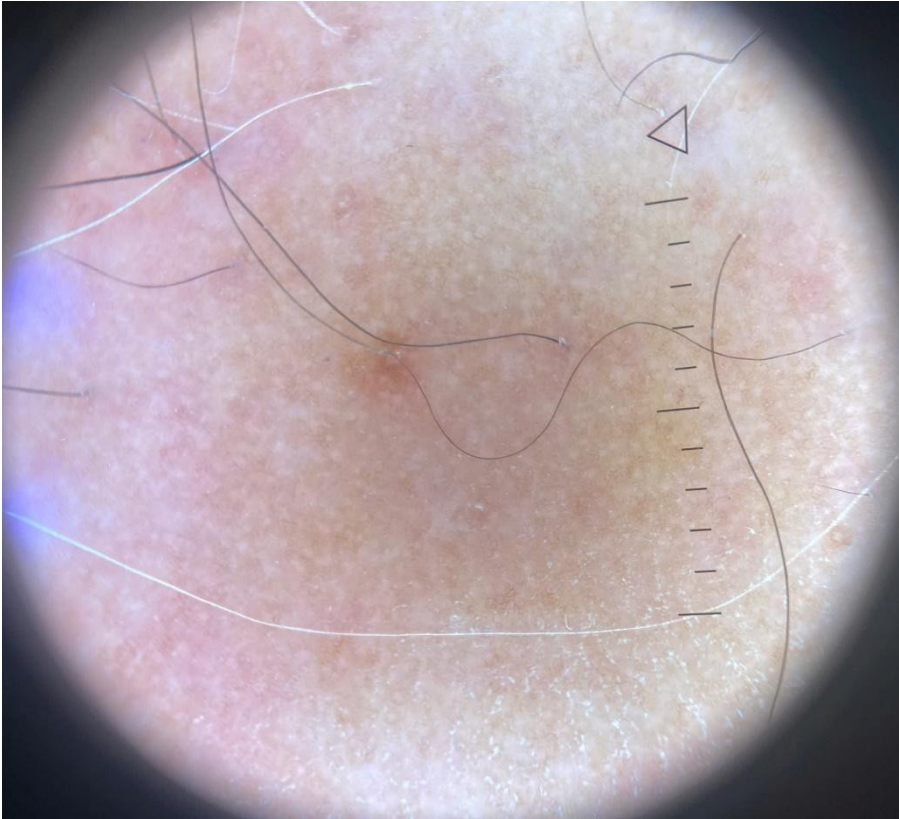


Hình 2.3. Hình ảnh sợi tóc đơn độc tại đường chân tóc ban đầu

(Nguồn: Phòng khám rụng tóc thể mảng và bệnh lý tóc - Bệnh viện Da liễu Trung ương)

Trên dermoscopy, chúng tôi quan sát thấy ban đỏ quanh nang lông, dày sừng nang lông. Số

lượng lỗ mở nang lông ở đường chân tóc giảm. Một số sợi tóc mất sắc tố.

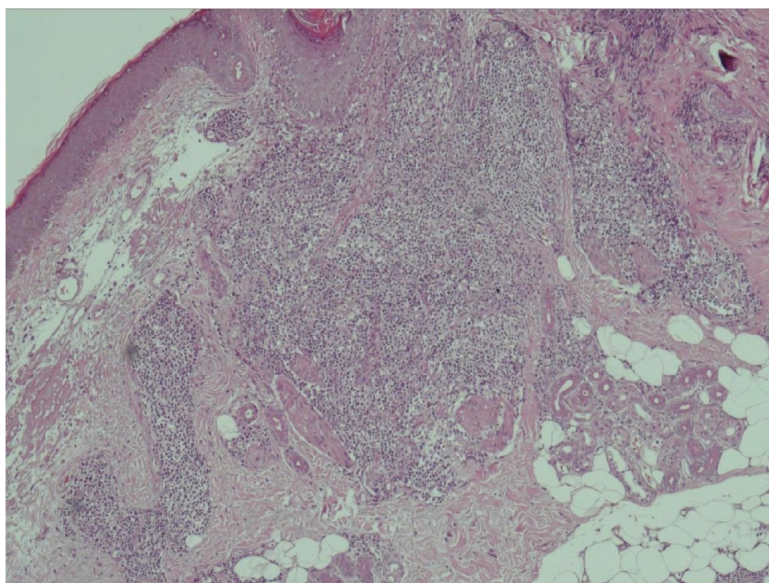


Hình 2.4. Dermoscopy nang tóc vùng trán của bệnh nhân

(Nguồn: Phòng khám rụng tóc thể mảng và bệnh lý tóc - Bệnh viện Da liễu Trung ương)

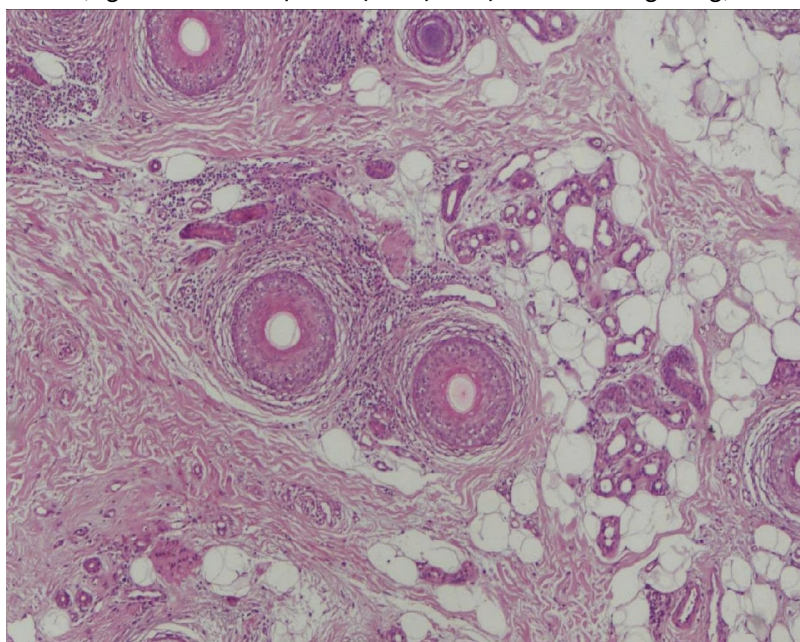
Bệnh nhân được chỉ định sinh thiết tại tổn thương rụng tóc vùng trán với lát cắt dọc và lát cắt ngang. Hình ảnh mô bệnh học trên lát cắt dọc cho thấy thượng bì có hiện tượng teo nhẹ kèm hiện tượng thoái hóa lông lớp đáy và dày màng đáy. Tại trung bì, quan sát thấy hiện tượng xâm nhập viêm

hỗn hợp bao gồm nhiều lympho bào, tương bào, mô bào quanh mạch và quanh nang tóc, thoái hóa lông lớp đáy ở nang tóc. Trên lát cắt ngang quan sát thấy thâm nhiễm viêm dạng lichen khu trú quanh nang lông và vị trí eo nang, không có xâm nhập viêm ở quanh tuyến eccrine.



Hình 2.5. Hình ảnh xâm nhập viêm của bạch cầu lympho dạng lichen trên mô bệnh học lát cắt dọc của bệnh nhân

(Nguồn: Khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Da liễu Trung ương)



Hình 2.6. Hình ảnh xâm nhập viêm của bạch cầu lympho dạng lichen trên mô bệnh học lát cắt ngang của bệnh nhân

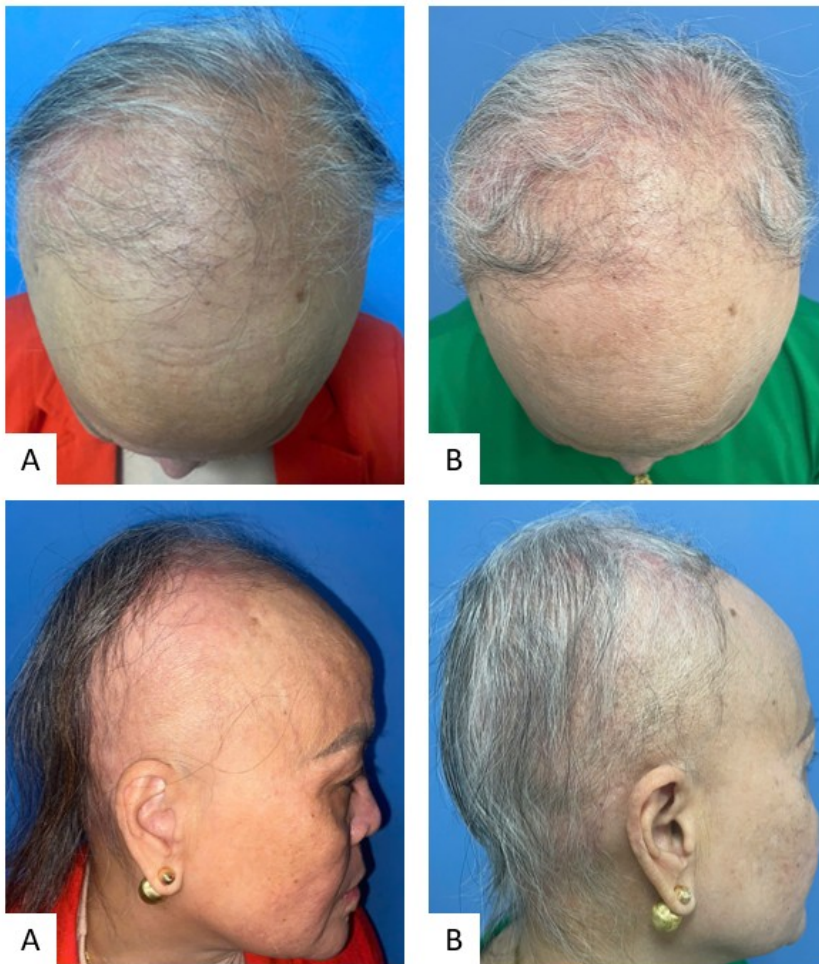
(Nguồn: Khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Da liễu Trung ương)

Sau khi đối chiếu đặc điểm mô bệnh học, hình ảnh trên dermoscopy với hình thái tổn thương lâm sàng, chúng tôi đặt ra hai chẩn đoán cần phân biệt ở bệnh nhân này là rụng tóc xơ hóa vùng trán (FFA)

và rụng tóc sọc trong lupus ban đỏ dạng đĩa. Mặc dù mô bệnh học của rụng tóc sọc trong lupus ban đỏ cũng có thể xuất hiện hình ảnh xâm nhập viêm lympho bào ở phần trên của nang lông, vùng

thượng bì, mạch máu quanh nang lông và tuyến eccrine, cơ dựng lông kèm thoái hóa lông nang đáy. Hơn nữa hình ảnh mô bệnh học này không thể hiện sự xơ hóa đồng tâm rõ ràng, một trong những đặc điểm đặc hiệu của FFA trên mô bệnh học. Do đó việc chẩn đoán phân biệt giữa FFA và rụng tóc sẹo trong lupus là cần thiết. Chúng tôi đã chỉ định thêm xét nghiệm ANA Hep-2 và 23 profile cho kết quả âm tính, kết quả phù hợp hơn với FFA. Dựa trên những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng này, chúng tôi đưa ra chẩn đoán xác định FFA ở bệnh nhân này

Bệnh nhân được điều trị bằng hydroxychloroquine 200mg/ngày, doxycyclin 100mg/ngày kết hợp clobetasol propionate 0,05% bôi vùng rụng tóc ở đầu, tacrolimus 0,03% bôi vùng rụng lông mày. Sau 3 tháng điều trị, tình trạng rụng tóc đã phần nào được cải thiện tuy nhiên da đầu vẫn còn viêm đỏ; chúng tôi đã quyết định tăng liều hydroxychloroquine 400mg/ngày, doxycyclin 200mg/ngày phối hợp với thuốc bôi đã có. Sau 5 tháng điều trị, tình trạng rụng tóc đã được kiểm soát tuy nhiên vùng rụng tóc đã xơ hóa thì không hồi phục.



Hình 2.7. So sánh hình ảnh lâm sàng của bệnh nhân trước và sau điều trị

(A) Hình ảnh lâm sàng trước điều trị

(B) Hình ảnh lâm sàng sau điều trị 5 tháng

(Nguồn: Phòng khám rụng tóc thể mảng và bệnh lý tóc - Bệnh viện Da liễu Trung ương)

3. BÀN LUẬN

Rụng tóc xơ hóa trán được Kossard mô tả vào năm 1994 là tình trạng rụng tóc sọc tiến triển ở phụ nữ sau mãn kinh, ảnh hưởng đến đường chân tóc trán và thái dương đỉnh, và ban đầu được gọi là rụng tóc xơ hóa trán sau mãn kinh¹. FFA được Kossard gọi vào năm 1997 là một thể không phổ biến của lichen phẳng nang lông³. Tuy nhiên, điều này vẫn còn gây tranh cãi, một số tác giả khác cho rằng FFA là một thể riêng biệt với lichen phẳng nang lông⁴. Cơ chế bệnh sinh của FFA liên quan đến phản ứng viêm dai dẳng và mất đặc quyền miễn dịch của nang lông, dẫn đến sự phá hủy tế bào mầm ở vùng phình lông. Cuối cùng, mô xơ thay thế biểu mô bình thường và lấp đầy toàn bộ nang lông⁵. Số lượng ca FFA được ghi nhận tăng trong những năm gần đây gợi ý vai trò của các yếu tố môi trường như tác nhân khởi phát ở những cá thể có nền tảng tự miễn sẵn có đồng thời do cải thiện về quản lý bệnh nhân và các phương pháp chẩn đoán hỗ trợ. Các yếu tố nghi ngờ bao gồm kem chống nắng, mỹ phẩm chăm sóc da mặt, hương liệu, chất bảo quản (đặc biệt nhóm isothiazolinone), benzophenone và thuốc nhuộm tóc. Một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ viêm da tiếp xúc dị ứng cao hơn ở bệnh nhân FFA, theo Sechi và cộng sự (2024), tình trạng viêm da tiếp xúc đồng thời có thể đóng vai trò như yếu tố kích hoạt khởi phát hoặc tái phát bệnh thông qua phản ứng quá mẫn type IV trung gian tế bào T gây viêm mạn tính quanh nang lông, dẫn đến sụp đổ đặc quyền miễn dịch tại vùng phình nang lông, tăng biểu hiện MHC và hoạt hóa tế bào T CD8+, từ đó phá hủy tế bào gốc nang lông và thúc đẩy quá trình xơ hóa không hồi phục⁶. Nhiều trường hợp FFA đã được báo cáo sau phẫu thuật cấy tóc hoặc căng da mặt được cho là liên quan đến hiện tượng Koebner hoặc sự mất đặc quyền miễn dịch của nang lông cho thấy vai trò của yếu tố chấn thương cơ học trong việc làm bộc lộ hoặc thúc đẩy quá trình bệnh⁷.

Bệnh nhân của chúng tôi là nữ, 64 tuổi, đã mãn kinh, biểu hiện rụng tóc dạng dải vùng trán -

thái dương - chấm tiến triển trong 6 tháng, kèm rụng lông mày hai bên. Khám lâm sàng ghi nhận vùng da rụng tóc teo nhẹ, nhẵn bóng, giảm sắc tố và mất hoàn toàn các lỗ mở nang tóc; ngoài ra còn quan sát thấy các sợi tóc đơn độc dọc theo đường chân tóc cũ. Trichoscopy ghi nhận ban đỏ quanh nang tóc và dày sừng nang lông tại rìa tổn thương. Các đặc điểm trên phù hợp với biểu hiện lâm sàng điển hình của FFA, một thể rụng tóc sọc thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh. Bệnh đặc trưng bởi sự lùi dần đường chân tóc vùng trán và thái dương theo hình dải, đôi khi lan đến vùng cằm. Trong giai đoạn tiến triển của bệnh, vùng da rụng tóc thường teo nhẹ, giảm sắc tố so với vùng da lành xung quanh và mất hoàn toàn lỗ mở nang tóc, một số sợi tóc đơn độc ("lonely hairs") có thể còn tồn tại dọc đường chân tóc cũ và được xem là dấu hiệu gợi ý FFA. Ban đỏ hoặc sẩn quanh nang tóc xuất hiện ở rìa vùng rụng tóc trong giai đoạn hoạt động của bệnh⁸. Mức độ nặng của FFA có thể được đánh giá dựa trên khoảng cách lùi của đường chân tóc: độ I (<1 cm), độ II (1–2,99 cm), độ III (3–4,99 cm), độ IV (5–6,99 cm) và độ V (>7 cm, còn gọi là "clown alopecia"). Theo phân loại này, bệnh nhân của chúng tôi thuộc mức độ IV.

Ban đỏ quanh nang lông, dày sừng nang lông và hiện tượng mất các lỗ nang lông ở đường chân tóc là những triệu chứng đặc hiệu chính trên trichoscopy ở bệnh nhân FFA⁹. Các chấm đen, tóc gãy, tóc xoắn và mạch máu hình cành cây cũng có thể quan sát được ở giai đoạn tiến triển của bệnh. FFA có thể chẩn đoán xác định chỉ dựa trên trichoscopy và đặc điểm lâm sàng điển hình, tuy nhiên sinh thiết vùng rụng tóc, nhuộm hematoxylin-eosin làm tiêu bản có thể được chỉ định để củng cố chẩn đoán. Trên tiêu bản mô bệnh học, FFA đặc trưng bởi thâm nhiễm lympho bào dạng lichen xung quanh vùng trên nang lông, xơ hóa đồng tâm quanh nang lông. Có một số nghiên cứu đã xác định được mối tương quan mạnh mẽ giữa mức độ nặng của bệnh và mức độ thâm nhiễm lympho bào¹⁰. Trên hình ảnh mô bệnh học của

bệnh nhân này, chúng tôi ghi nhận hiện tượng thâm nhiễm lympho bào dạng lichen quanh nang lông, tuy nhiên không quan sát được xơ hóa đồng tâm quanh nang lông rõ ràng.

Chẩn đoán phân biệt chính cần đặt ra là thể ophiasis trong rụng tóc từng mảng, biểu hiện rụng tóc thành dải theo rìa chân tóc, tương đồng với FFA. Ngoài ra, rụng tóc từng mảng có thể gây rụng lông mày giống như trong FFA. Tuy nhiên, trên dermoscopy (trichoscopy), FFA đặc trưng bởi ban đỏ quanh nang lông và dày sừng quanh nang lông, phản ánh tình trạng viêm quanh nang và xơ hóa sớm⁹. Ngược lại, rụng tóc từng mảng không có các dấu hiệu viêm quanh nang này mà thay vào đó xuất hiện các đặc điểm điển hình trên dermoscopy như chấm vàng, chấm đen, tóc hình dấu chấm than, tóc gãy và các sợi tóc mọc lại¹¹. Ngoài ra, cần chẩn đoán phân biệt với các thể rụng tóc sẹo khác như lupus ban đỏ dạng đĩa, vốn có hình ảnh mất lỗ nang lông và giãn mạch trên dermoscopy¹².

Cho đến nay, vẫn chưa có một phương pháp cụ thể nào là tối ưu để điều trị FFA, do đó cần phối hợp phương pháp điều trị toàn thân và tại chỗ theo đồng thuận mới nhất vào năm 2026 của các bác sĩ Da liễu thuộc AEDV. Lựa chọn đầu tay là phối hợp thuốc ức chế 5- α -reductase đường uống với corticosteroid bôi tại chỗ nhóm rất mạnh hoặc tiêm corticosteroid tại chỗ nếu bệnh nhân biểu hiện mức độ viêm mạnh mẽ. Thuốc ức chế calcineurin bôi tại chỗ (tacrolimus hoặc pimecrolimus) được khuyến cáo là liệu pháp điều trị đầu tiên cho vùng rụng lông mày. Trên những bệnh nhân biểu hiện tình trạng phản ứng viêm nặng nề và dai dẳng, hydroxychloroquine với liều khởi đầu 4,5 mg/kg/ngày có thể được sử dụng nhằm mục đích ngăn chặn phản ứng viêm và xơ hóa nang tóc¹³. Ngoài ra, doxycyclin với liều 100mg/ngày cũng có thể làm cải thiện tình trạng bệnh trên 57% bệnh nhân đặc biệt trên những bệnh nhân đồng mắc trứng cá đỏ và lichen phẳng nhiễm sắc tố¹⁴. Do trên lâm sàng và mô bệnh học, bệnh nhân của chúng tôi biểu hiện tình trạng viêm mạnh mẽ và rụng tóc ở

mức độ nặng, chúng tôi đã lựa chọn phối hợp điều trị đường toàn thân bằng hydroxychloroquine 200mg/ngày, doxycyclin 100mg/ngày và điều trị tại chỗ clobetasol propionate 0,05% bôi vùng rụng tóc ở đầu, tacrolimus 0,03% bôi vùng rụng lông mày. Kết quả điều trị sau 5 tháng cho thấy phương pháp phối hợp điều trị của chúng tôi có hiệu quả đáng kể trên việc ngăn chặn và ổn định tình trạng viêm và rụng tóc, tuy nhiên vùng rụng tóc đã xơ hóa là không thể hồi phục do bản chất sẹo hóa gây mất các nang tóc của bệnh.

4. KẾT LUẬN

Rụng tóc xơ hóa vùng trán (FFA) là một bệnh lý hiếm gặp đặc trưng bởi tình trạng xơ hóa vùng trán và thái dương do phá hủy các nang tóc viêm, thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh nhưng ngày càng được ghi nhận ở nhiều nhóm đối tượng khác nhau. Chúng tôi đã báo cáo một trường hợp FFA với tổn thương điển hình là vùng rụng tóc thành dải băng vùng trán - thái dương - cằm kèm lông mày; khởi phát ở một phụ nữ sau mãn kinh được chẩn đoán dựa trên sự phối hợp giữa đặc điểm lâm sàng, trichoscopy với hình ảnh ban đỏ quanh nang lông, dày sừng nang lông và hiện tượng mất các lỗ nang lông ở đường chân tóc kèm theo mô bệnh học tại tổn thương và kết quả xét nghiệm miễn dịch không ghi nhận bất thường đáng kể. Qua trường hợp này, chúng tôi nhấn mạnh rằng FFA là một nguyên nhân rụng tóc sẹo cần được quan tâm nhiều hơn trong thực hành lâm sàng da liễu. Việc tiếp cận chẩn đoán cần dựa trên phân loại rụng tóc một cách hệ thống, kết hợp đánh giá lâm sàng, trichoscopy và mô bệnh học nhằm chẩn đoán sớm, từ đó giúp lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp và hạn chế tiến triển rụng tóc sẹo không hồi phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. Scarring alopecia in a pattern distribution. *Arch Dermatol*. 1994;130(6):770-774.
2. Iorizzo M, Tosti A. Frontal Fibrosing Alopecia: An Update on Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment.

- Am J Clin Dermatol.* 2019;20(3):379-390. doi:10.1007/s40257-019-00424-y
3. Kossard S, Lee MS, Wilkinson B. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: a frontal variant of lichen planopilaris. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36(1):59-66. doi:10.1016/s0190-9622(97)70326-8
 4. Vañó-Galván S, Molina-Ruiz AM, Serrano-Falcón C, et al. Frontal fibrosing alopecia: a multicenter review of 355 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(4):670-678. doi:10.1016/j.jaad.2013.12.003
 5. Miao YJ, Jing J, Du XF, Mao MQ, Yang XS, Lv ZF. Frontal fibrosing alopecia: A review of disease pathogenesis. *Front Med.* 2022;9. doi:10.3389/fmed.2022.911944
 6. Sechi A, Marzano AV, Belloni-Fortina A, Zambello A. Concomitant Allergic Contact Dermatitis and Frontal Fibrosing Alopecia: A Potential Trigger for Relapse or Onset? *Skin Appendage Disord.* 2024;11(2):198-201. doi:10.1159/000541604
 7. Chiang YZ, Tosti A, Chaudhry IH, et al. Lichen planopilaris following hair transplantation and face-lift surgery. *Br J Dermatol.* 2012;166(3):666-370. doi:10.1111/j.1365-2133.2011.10692.x
 8. Syed HA, Idoudi S. Frontal Fibrosing Alopecia. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2025. Accessed December 1, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519001/>
 9. Porriño-Bustamante ML, Fernández-Pugnaire MA, Arias-Santiago S. Frontal Fibrosing Alopecia: A Review. *J Clin Med.* 2021;10(9):1805. doi:10.3390/jcm10091805
 10. Martínez-Velasco MA, Vázquez-Herrera NE, Misciali C, et al. Frontal Fibrosing Alopecia Severity Index: A Trichoscopic Visual Scale That Correlates Thickness of Peripilar Casts with Severity of Inflammatory Changes at Pathology. *Skin Appendage Disord.* 2018;4(4):277-280. doi:10.1159/000487158
 11. Inui S, Nakajima T, Itami S. Significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases. *Int J Dermatol.* 2008;47(7):688-693.
 12. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in general dermatology: practical tips for the clinician. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2016;6(4):471-507.
 13. Mulinari-Brenner FA, Guilherme MR, Peretti MC, Werner B. Frontal fibrosing alopecia and lichen planus pigmentosus: diagnosis and therapeutic challenge. *An Bras Dermatol.* 2017;92(5 Suppl 1):79-81. doi:10.1590/abd1806-4841.20175833
 14. Loubaris Z, Moumna R, Mountassir AA, Obtel M, Benzekri L, Meziane M. Frontal Fibrosing Alopecia and Cyclines in Skin of Color Patients: A Retrospective Study of 50 Patients. Accessed May 1, 2026. <https://dx.doi.org/10.1159/000548844>

SUMMARY

Case report

FRONTAL FIBROSING ALOPECIA: A CASE REPORT

Nguyen Thi Thanh Hoa¹, Du Quynh Chi¹, Le Thi Xuan², Nguyen Mau Trang², Nguyen Thi Ha Vinh^{1,2,*}

ABSTRACT

Frontal fibrosing alopecia (FFA) is a rare primary cicatricial alopecia, most commonly observed in postmenopausal women, characterized by fibrosis of hair follicles in the frontal and temporal regions. The pathogenesis involves lymphocytic inflammation targeting the bulge area of the hair follicle, leading to irreversible follicular destruction. Clinically, FFA typically presents with a progressive band-like recession of the frontal-temporal hairline, often accompanied by eyebrow loss, body hair loss, or occipital involvement. Trichoscopy findings include perifollicular erythema, follicular hyperkeratosis, and absence of follicular openings. Current treatment remains challenging, often requiring a combination of systemic and topical therapies to control inflammation and slow disease progression. In this report, we present the case of a 64-year-old postmenopausal woman with a history of hypertension treated with amlodipine 5 mg/day, who presented with diffuse hair loss in the frontal-temporal-occipital regions and eyebrow loss. Based on clinical features, trichoscopy, histopathology, and immunological tests, the patient was diagnosed with FFA. Treatment included hydroxychloroquine 200 mg/day, doxycycline 100 mg/day, clobetasol propionate 0.05% applied to the scalp, and tacrolimus 0.03% applied to the eyebrows. After five months of follow-up with dose adjustments, hair loss progression was successfully halted; however, cicatricial alopecia remained irreversible. This case highlights the importance of early recognition of both typical and atypical clinical signs of FFA to support timely diagnosis and treatment, thereby limiting irreversible scarring alopecia.

Keywords: *Frontal Fibrosing Alopecia (FFA), Alopecia, Medical Dermatology.*

¹Hanoi Medical University

²National Hospital of Dermatology and Venereology

* Correspondence: Email: nguyenhavinh@hmu.edu.vn