

# CHẨN ĐOÁN RỤNG TÓC TỪNG MẢNG BẰNG DERMOSCOPY

Đỗ Thị Phương Thảo<sup>1</sup>, TS. Vũ Thái Hà<sup>2</sup>, ThS.BS. Nguyễn Ngọc Dự<sup>2</sup>

---

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh Dermoscopy của rụng tóc từng mảng.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 86 bệnh nhân rụng tóc từng mảng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2021.

**Kết quả:** Về thể lâm sàng, 95,3% là rụng tóc từng mảng thể từng đám, rụng tóc từng mảng thể rằn bò chiếm 3,5%, 1 bệnh nhân rụng tóc toàn thể, không có bệnh nhân rụng tóc toàn phần. Rụng tóc mức độ nhẹ chiếm 91,9%. Test kéo tóc dương tính 9/86 bệnh nhân. Các đặc điểm trên Dermoscopy cho thấy tỷ lệ gặp của chấm vàng, chấm đen, tóc gãy, tóc tơ ngắn chiếm trên 50%, tóc chấm than và tóc mọc lại cùng ghi nhận tỷ lệ 39,5%, tóc cuộn vòng chiếm 8,1%.

Kết quả khi đánh giá mối liên quan giữa thể lâm sàng và hình ảnh Dermoscopy ghi nhận tỷ lệ chấm vàng, chấm đen, tóc mọc lại trong thể từng đám là cao nhất chiếm 58,5%; 62,1%; 40,2%. Các đặc điểm khác là tóc gãy, tóc chấm than, tóc tơ ngắn, tóc cuộn vòng ghi nhận trong rụng tóc từng mảng thể rằn bò là cao nhất, tuy nhiên ngoại trừ thể từng đám, các thể khác trong nghiên cứu đều quá nhỏ nên kết quả nghiên cứu không đại diện cho quần thể.

Về mối liên quan giữa Dermoscopy với mức độ nặng của rụng tóc từng mảng (theo SALT), nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ chấm vàng, chấm đen, tóc gãy, tóc chấm than từ S1 tới S4a có tỷ lệ thuận với mức độ nặng ( $p > 0,05$ ).

Mức độ hoạt động bệnh được đánh giá bằng test kéo tóc tại thời điểm bệnh nhân đến khám. Sự xuất hiện của chấm đen ở mức độ hoạt động và không hoạt động của bệnh là có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,009$ . Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ xuất hiện chấm vàng, chấm đen, tóc gãy, tóc chấm than, tóc tơ ngắn của nhóm hoạt động cao hơn nhóm không hoạt động.

**Kết luận:** Dermoscopy là kỹ thuật an toàn và có ý nghĩa trong chẩn đoán rụng tóc từng mảng. Nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa đặc điểm Dermoscopy với thể lâm sàng và mức độ nặng, đặc biệt là rụng tóc từng mảng thể từng đám mức độ nhẹ. Sự xuất hiện của chấm đen là một dấu hiệu cho thấy bệnh đang trong giai đoạn hoạt động.

**Từ khóa:** Rụng tóc từng mảng; Dermoscopy.

---

1: Trường Đại học Y Hà Nội

2: Bệnh viện Da liễu Trung ương



## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc từng mảng là rụng tóc không sẹo tái diễn, biểu hiện là các mảng rụng tóc ranh giới rõ, hình tròn hoặc bầu dục ở da đầu hoặc các vùng lông khác của cơ thể. Về mặt y học, rụng tóc từng mảng lành tính, không nguy hiểm, nhưng bệnh có ảnh hưởng lớn tới cảm xúc, tâm lý của người bệnh và gia đình họ. Rụng tóc từng mảng có thể được chẩn đoán dựa vào hình ảnh lâm sàng điển hình. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nghi ngờ, việc chỉ định xét nghiệm có giá trị khẳng định chẩn đoán và giúp chẩn đoán phân biệt với rụng tóc do nguyên nhân khác. Một số xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị hiện nay như sinh thiết, đôi khi gây ra tâm lý không thoải mái cho bệnh nhân, đặc biệt là nhóm bệnh nhân nhi. Vấn đề này đã được khắc phục bằng chụp Dermoscopy, một quy trình chẩn đoán không xâm lấn, giúp phóng đại các đặc điểm bề mặt lâm sàng tinh tế của các tổn thương nang tóc, sợi tóc và da đầu mà khó đánh giá được bằng kính lúp thông thường. Chính vì vậy, chụp Dermoscopy hiện đang được nhiều chuyên gia coi là một phần thiết yếu trong quá trình tư vấn bệnh nhân bị rụng tóc.

Máy chụp Dermoscopy đã chính thức được đưa vào sử dụng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ vài năm gần đây, hiện tại Việt Nam chưa có công trình nào nghiên cứu về giá trị của Dermoscopy trong chẩn đoán rụng tóc từng mảng, do vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Chẩn đoán rụng tóc từng mảng bằng Dermoscopy".

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

86 bệnh nhân rụng tóc từng mảng khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2021.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán rụng tóc từng mảng trong thời gian nghiên cứu.
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- Bệnh nhân lần đầu khám và điều trị rụng tóc.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Trường hợp rụng tóc có sẹo và rụng tóc không sẹo do nguyên nhân khác như: Rụng tóc sau phẫu thuật, tụt nhỏ tóc, rụng tóc do giang mai...
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

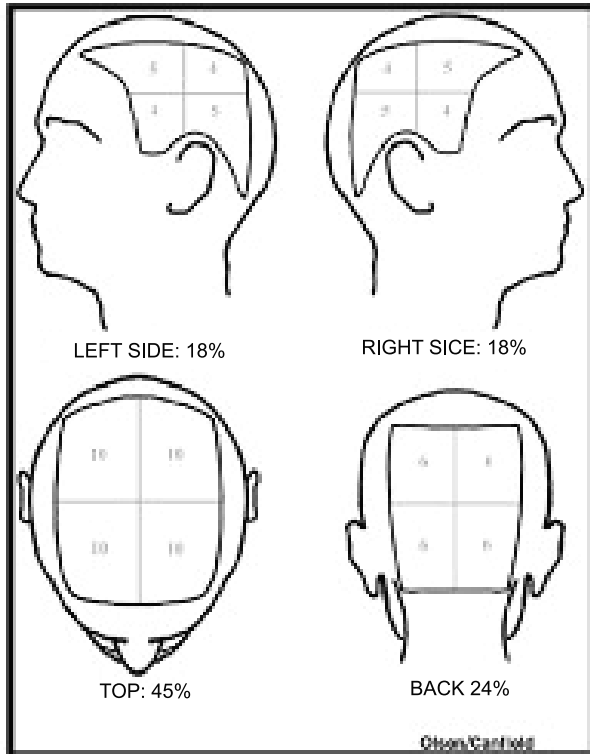
### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

### 2.2.2. Vật liệu nghiên cứu

- Bệnh án nghiên cứu, máy ảnh Canon 750D.
- Máy chụp Dermoscopy Fotofinder sản xuất tại Đức, độ phóng đại x10 - x70 tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

### 2.2.3. Tiêu chuẩn phân nhóm trên lâm sàng

- Phân loại thể lâm sàng: Rụng tóc từng mảng thể từng đám (Patchy Alopecia Areata: PaAA).
  - + Rụng tóc từng mảng thể rắn bò (Alopecia Ophiasis: AO): Rụng tóc thành dải dọc theo phần ngoại vi của da đầu vùng trán - thái dương - cằm.
  - + Rụng tóc toàn phần (Alopecia Totalis: AT): Rụng tóc toàn bộ da đầu.
  - + Rụng tóc toàn thể (Alopecia Universalis: AU): Rụng tóc, lông toàn thân.
- Đánh giá mức độ nặng của bệnh theo thang điểm SALT (Severity of Alopecia Tool) [11].



Hình ảnh diện tích 4 vùng trên da đầu theo SALT, diện tích vùng rụng tóc trên lâm sàng được tính bằng tổng diện tích rụng tóc trên 4 vùng: Bên trái đầu 18%, bên phải đầu 18%, đỉnh đầu 40%, phía sau gáy 24%. Mức độ nặng của bệnh chia thành các nhóm như sau:

S: Diện tích rụng tóc

S0 = Không rụng tóc

S1 (nhẹ) = Mất ≤ 25% rụng tóc

S2 (trung bình) = Mất 26% - 50% rụng tóc  
 S3 (nặng) = Mất 51% - 75% rụng tóc  
 S4 (Rất nặng) = Mất 76% - 99% rụng tóc và chia ra 2 mức:  
 a = 76% - 95% rụng tóc  
 b = 96% - 99% rụng tóc  
 S5 (Mất toàn bộ) = rụng tóc 100%  
 -Đánh giá giai đoạn hoạt động bằng “test kéo tóc”.

**2.4. Xử lý số liệu**

Số liệu được nhập, mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Giá trị của p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Mẫu nghiên cứu có 86 bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên trên lâm sàng, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân và tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.

Trong đó 95,3% rụng tóc từng mảng thể PaAA, 3,5% thể AO, 1,2% thể AU, không có bệnh nhân thể AT. Test kéo tóc dương tính ở 9/86 bệnh nhân.

**3.1. Mối liên quan giữa thể lâm sàng và hình ảnh Dermoscopy**

**Bảng 1. Tỷ lệ các đặc điểm Dermoscopy trong từng thể rụng tóc từng mảng**

Thể lâm sàng	YD (%)	BD (%)	BH (%)	TH (%)	SVH (%)	Tóc mọc lại (%)	Tóc cuộn vòng (%)
PaAA (82)	48 (58,5)	51 (62,1)	45 (54,9)	32 (39)	47 (57,3)	33 (40,2)	6 (7,3)
AO (3)	1 (33,3)	0	2 (66,7)	2 (66,7)	3(100)	1 (33,3)	1 (33,3)
AT (1)	1 (100)	0	0	0	0	0	0
AU (0)	0	0	0	0	0	0	0

YD: Chấm vàng, BD: Chấm đen, BH: Tóc gãy, TH: Tóc chấm than, SVH: Tóc tơ ngắn.



**Nhận xét:**

- Chấm vàng, chấm đen, tóc gãy, tóc chấm than, tóc tơ ngắn trong rụng tóc từng mảng thể từng đám phổ biến nhất.

- Trong bốn bệnh nhân, bao gồm ba bệnh nhân rụng tóc từng mảng thể rắn bò ghi nhận tỷ lệ tóc gãy, tóc chấm than, tóc mọc lại rất cao, và một bệnh nhân rụng tóc toàn thể chỉ ghi nhận sự xuất hiện của chấm vàng. Tuy nhiên, đối với các thể rụng tóc khác ngoài thể từng đám, trong nghiên cứu này số lượng quá ít do đó không kết luận được rõ ràng mối liên quan với nhau.

**3.2. Mối liên quan giữa hình ảnh Dermoscopy với mức độ nặng phân loại theo SALT của nhóm bệnh nhân rụng tóc từng mảng**

**Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm Dermoscopy với mức độ nặng**

Mức độ nặng	YD (%)	BD (%)	BH (%)	TH (%)	SVH (%)	Tóc mọc lại (%)	Tóc cuộn vòng (%)
S1 Nhẹ £	44 (57,7)	46 (58,2)	43 (54,4)	32 (40,5)	48 (60,8)	33 (41,8)	7 (8,9)
S2 Trung bình 26 - 50%	1(50)	2 (100)	2 (100)	0	0	0	0
S3 Nặng 51 - 75%	3 (100)	3 (100)	2 (66,7)	2 (66,7)	2 (66,7)	1 (33,3)	0
S4a Rất nặng 76 - 95%	2 (100)	0	0	0	0	0	0
S4b Rất nặng 96 - 99%	0	0	0	0	0	0	0
S5 Rụng toàn bộ tóc 100%	0	0	0	0	0	0	0
Tổng cộng	50 (58,1)	51 (59,3)	47 (54,7)	34 (39,5)	50 (58,1)	34 (39,5)	7 (8,1)
P	0,278	0,094	0,236	0,312	0,118	0,419	0,879

YD: Chấm vàng, BD: Chấm đen, BH: Tóc gãy, TH: Tóc chấm than, SVH: Tóc tơ ngắn.

**Nhận xét:**

- Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với ( $p > 0,05$ ) giữa các đặc điểm Dermoscopy với mức độ nặng của bệnh.

- Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ chấm vàng, chấm đen, tóc gãy, tóc chấm than từ S1 tới S4a có tỷ lệ thuận với mức độ nặng, tuy nhiên kết quả này chưa đủ để đại diện cho quần thể nghiên cứu.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm Dermoscopy với giai đoạn hoạt động**

Giai đoạn hoạt động	YD (%)	BD (%)	BH (%)	TH (%)	SVH (%)	Tóc mọc lại (%)	Tóc cuộn vòng (%)
Có hoạt động (9) (Test kéo tóc dương tính)	6 (66,7)	9 (100)	7 (77,8)	4 (44,4)	7 (77,8)	2 (22,2)	1 (11,1)
Không hoạt động (77) (Test kéo tóc âm tính)	44 (57,1)	42 (54,5)	40 (51,9)	30 (39)	43 (55,8)	32 (41,6)	6 (7,8)
Tổng cộng (86)	50 (58,1)	51 (59,3)	47 (54,7)	34 (39,5)	50 (58,1)	34 (39,5)	7 (8,1)
P*	0,729	0,009	0,141	0,750	0,297	0,262	0,730

YD: Chấm vàng, BD: Chấm đen, BH: Tóc gãy, TH: Tóc chấm than, SVH: Tóc tơ ngắn.

#### **Nhận xét:**

- Tất cả các đặc điểm Dermoscopy đưa vào nghiên cứu đều lần lượt ghi nhận trên cả hai nhóm bệnh nhân có hoạt động (test kéo tóc dương tính) và không hoạt động (test kéo tóc âm tính).

- Chấm đen là dấu hiệu có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% và  $p = 0,009$  ( $p < 0,05$ ) (kiểm định fisher-exact test).

## **4. BÀN LUẬN**

### **4.1. Mối liên quan giữa thể lâm sàng và kết quả Dermoscopy**

Chấm vàng, chấm đen, tóc gãy, tóc chấm than, tóc tơ ngắn ghi nhận trong thể PaAA phổ biến nhất, chiếm lần lượt 58,5%, 62,1%, 54,9%, 39%, 57,3%. Trong nghiên cứu của Inui [2] trên người châu Á tỷ lệ này ghi nhận là 59,7%, 45%, 42%, 37,1%, 80%. Tỷ lệ tóc chấm đen, chấm than, tóc gãy qua nhiều nghiên cứu thường được coi là dấu hiệu chẩn đoán của rụng tóc từng mảng [3 4], tuy nhiên trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi không cao như mong đợi. Những ghi nhận tích cực từ dấu hiệu tóc mọc lại trong nghiên cứu này và các nghiên cứu khác của Inui [2], Rosset và cộng sự [5] càng là bằng chứng cho thấy cơ chế tổn thương không gây phá hủy nang tóc của bệnh rụng tóc từng mảng.

Trong bốn bệnh nhân, bao gồm ba bệnh nhân rụng tóc thể rắn bò và một bệnh nhân rụng tóc toàn thể, không cho thấy rõ ràng mối liên quan đặc trưng nào. Đối với các thể rụng tóc khác ngoài thể từng đám, trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng quá ít do đó không đánh giá được rõ ràng mối liên quan với thể lâm sàng.

### **4.2. Mối liên quan giữa mức độ nặng và kết quả Dermoscopy**

Mức độ nặng của rụng tóc từng mảng được đánh giá bằng thang điểm SALT và khuyến cáo của Tổ chức quốc tế rụng tóc từng mảng (National Alopecia Areata Foundation - NAAF) [6], được phân loại từ S0 tới S5 theo tổng diện tích vùng rụng tóc trên da đầu. Mức độ nặng của rụng tóc được coi là một yếu tố tiên lượng diễn biến bệnh và đáp ứng điều trị quan trọng, điều này đã được khẳng định trong nghiên cứu của Antonella Tosti và cộng sự [7] theo dõi 191 bệnh nhân trong vòng 7 năm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mẫu nghiên cứu có sự phân bố không đồng đều giữa các nhóm mức độ nặng trên lâm sàng, cụ thể S1 chiếm 79/86 bệnh nhân nghiên cứu, các nhóm còn lại số lượng bệnh nhân ngẫu nhiên bắt gặp đều nhỏ hơn 5, do đó chúng tôi đã sử dụng kiểm định Fisher Exact test để đánh giá mối liên quan giữa mức độ nặng và kết quả Dermoscopy.

Kết quả, không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với ( $p > 0,05$ ) giữa các đặc điểm



YD, BD, BH, TH, SVH, URH, tóc cuộn vòng với mức độ nặng của bệnh. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ % của đặc điểm YD, BD, BH, TH từ S1 tới S4a có tỷ lệ thuận với mức độ nặng, tuy nhiên kết quả này chưa đủ để đại diện cho quần thể nghiên cứu. Tỷ lệ tóc mọc lại so sánh giữa hai nhóm S1 và S3 có tỷ lệ nghịch. Tóc cuộn vòng trong nghiên cứu ghi nhận 7/79 bệnh nhân S1 chiếm 7%, không ghi nhận thấy đặc điểm này ở các mức độ khác. Trong các nghiên cứu khác, không có mối liên quan nào được tìm thấy giữa các đặc điểm của Dermoscopy với mức độ nặng của bệnh [8, 9, 10, 11]. Điều này có thể do thực tế là trong mỗi phân loại của thang điểm SALT sẽ bao gồm cả rụng tóc từng mảng giai đoạn hoạt động và RTTM giai đoạn không hoạt động [11].

### 4.3. Mối liên quan giữa mức độ hoạt động và kết quả Dermoscopy

Mức độ hoạt động bệnh được đánh giá bằng test kéo tóc tại thời điểm bệnh nhân đến khám tại bệnh viện. Kết quả, sự xuất hiện của chấm đen (BD) giữa mức độ hoạt động và không hoạt động của bệnh là có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,009$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi BD xuất hiện 100% ở nhóm bệnh nhân có test kéo tóc dương tính, trong khi tỷ lệ này ở nhóm bệnh có test kéo tóc âm tính là 54,5%.

Các đặc điểm khác là YD, BH, TH, SVH, URH, Tóc cuộn vòng đều có  $p > 0,05$ , do đó không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ xuất hiện YD, BD, BH, TH, SVH của nhóm hoạt động cao hơn nhóm không hoạt động, điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Inui [2].

## 5. KẾT LUẬN

Chụp Dermoscopy là một kỹ thuật không xâm lấn để đánh giá mức độ, kiểu rụng tóc từng mảng. Các dấu hiệu chấm vàng, chấm đen, tóc gãy, tóc chấm than, tóc tơ ngắn là dấu hiệu thường gặp nhất trong rụng tóc từng mảng. Chấm đen là dấu

hiệu cho thấy rụng tóc từng mảng đang trong giai đoạn hoạt động. Nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa đặc điểm Dermoscopy với thể lâm sàng và mức độ nặng, đặc biệt là rụng tóc từng mảng thể từng đám mức độ nhẹ. Vì vậy, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và phân bố mẫu đồng đều.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH, et al. Alopecia Areata investigational assessment guidelines—Part II. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2004;51(3):440-447. doi:10.1016/j.jaad.2003.09.032.
2. Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, Itami S. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases. *International Journal of Dermatology*. 2008;47(7):688-693. doi:10.1111/j.1365-4632.2008.03692.x
3. Kasumagic-Halilovic E. Trichoscopy of Alopecia Areata: Analysis of 215 Cases. *Asian Journal of Research in Dermatological Science*. April 2021:21-25.
4. Waśkiel A, Rakowska A, Sikora M, Olszewska M, Rudnicka L. Trichoscopy of alopecia areata: An update. *J Dermatol*. 2018;45(6):692-700. doi:10.1111/1346-8138.14283.
5. Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2006;55(5):799-806. doi:10.1016/j.jaad.2006.04.058.
6. Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH, et al. Alopecia Areata investigational assessment guidelines—Part II. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2004;51(3):440-447. doi:10.1016/j.jaad.2003.09.032.
7. Tosti A, Asz-Sigall D, Pirmez R, eds. *Hair and Scalp Treatments: A Practical Guide*.

Cham: Springer International Publishing; 2020. doi:10.1007/978-3-030-21555-2.

8. Mane M, Nath AK, Thappa DM. UTILITY OF DERMOSCOPY IN ALOPECIA AREATA. *Indian J Dermatol.* 2011;56(4):407-411. doi:10.4103/0019-5154.84768.

9. Peter CVD, George L, Pulimood SA. Trichoscopic features of various types of alopecia areata in India: application of a hand-held dermoscope: Trichoscopy features in alopecia areata. *Australasian Journal of Dermatology.* 2013;54(3):198-200. doi:10.1111/j.1440-0960.2012.00942.x

10. Bapu NG, Chandrashekar L, Munisamy M, Thappa DM, Mohanan S. Dermoscopic Findings of Alopecia Areata in Dark Skinned Individuals: An Analysis of 116 Cases. *Int J Trichology.* 2014;6(4):156-159. doi:10.4103/0974-7753.142853.

11. Guttikonda AS, Aruna C, Ramamurthy DVSB, Sridevi K, Alagappan SKL. Evaluation of Clinical Significance of Dermoscopy in Alopecia Areata. *Indian J Dermatol.* 2016;61(6):628-633. doi:10.4103/0019-5154.193668.

---

## SUMMARY

### THE DIAGNOSIS OF ALOPECIA AREATA BY DERMOSCOPY

**Objectives:** The aim of the study is to determine the relationship between the clinical and the dermoscopic findings of alopecia areata.

**Subjects and methods:** It is a cross-sectional and observational study of each dermoscopy feature in Alopecia Areata. The study was conducted from August 2020 to August 2021 in 86 patients in the National hospital of Dermatology and Venereology.

**Results:** In had 86 cases, 95.3% had Patchy Alopecia Areata, 3.5% had Alopecia Ophiasis, one patient Alopecia Universalis, no one had Alopecia Totalis. Regarding the extent of hair loss, 91.9% had S1. Hair pull test was positive in 9/86 patients. The characteristic follicular features of Alopecia Areata on Dermoscopy included yellow dots, black dots, broken hair, short vellus hair accounted for more than 50%. Meanwhile tapering and upright re-growing hair and circle hair accounted for 39.5%, 8.1%, respectively analysis of the relationship between the clinical and the dermoscopic findings of Alopecia Areata showed that yellow dots, black dots, upright re-growing were most commonly present in Patchy Alopecia Areata (58.5%; 62.1%; 40.2%). Other characteristics such as broken hair, tapering hair, short vellus hair and circle hair were most common in Alopecia Ophiasis. However, except for Patchy Alopecia Areata, sample sizes of other subtypes were too small, so the research results were not representative of the population.

The correlation between the severity (SALT) and the dermoscopic findings of Alopecia Areata, was not statistically significant ( $p > 0.05$ ) in this study.

The disease activity was defined by hair pull test. The relationship between the incidence of black dot and the disease activity was statistically significant with  $p = 0.009$ .

**Conclusions:** Dermoscopy is a safe and useful technique in the diagnosis of Alopecia Areata. The correlation between the clinical, the severity (SALT) and the dermoscopic findings of Alopecia Areata, was not statistically significant ( $p > 0.05$ ) in this study. The appearance of black dots is a sign that the disease is in an active stage.

**Keywords:** *Alopecia Areata; Dermoscopy.*