18. Ege Dermatoloji Günleri

07-11 Mayıs 2025

Liberty Hotels Lykia - Fethiye

Bilimsel Program ve Bildiri Özetleri Kitabı

www.egedermatoloji.org

Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye Dermatovenerolojі Derneği olarak her yıl düzenlediğimiz gibi bu yıl da "Dermatoloji'den Kozmetolojiye" bağlamında bilimsel içeriği zengin ve güncel, uygulamalı kursların ve tartışma oturumlarının ön planda olduğu ufku geniş bir kongre hedeflemekteyiz. Özenle seçilmiş tüm konuların bu alanda deneyimli meslektaşlarımız tarafından son yenilikler eşliğinde sunulması planlanmaktadır. Gelenekselleşen kongremiz katılımlarınızla gerçekleşip zenginleşecektir.

07-11 Mayıs 2025 tarihleri arasında Liberty Hotels Lykia Fethiye'de düzenlenecek olan **"18. EGE DERMATOLOJİ GÜNLERİ"** kongremize sizleri davet etmekten mutluluk duymaktayız.

Prof. Dr. Ali Tahsin GÜNEŞ
Türkiye Dermatovenerolojі Derneği Başkanı

KURULLAR

ANISAL BAŞKANLAR

Prof. Dr. Cemal GEZEN
Prof. Dr. Reşad Tahir KINACIGİL
Prof. Dr. Nihat BENLİOĞLU

ONURSAL BAŞKANLAR

Prof. Dr. Ali Tahsin GÜNEŞ
Prof. Dr. Sanan KERİMOV

KONGRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. Aylin TÜREL ERMERTCAN
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Fatma Arzu KILIÇ
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanı

KONGRE SEKRETERLERİ

Dr. Öğr. Ü. Tubanur ÇETİNARSLAN
Dr. Öğr. Ü. Pelin HIZLI

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Emel FETİL
Prof. Dr. Ekin ŞAVK
Prof. Dr. Turhan ŞAHİN
Doç. Dr. Selcen KUNDAK

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Ahmet METİN
Doç. Dr. Gülhan GÜREL
Doç. Dr. Selda IŞIK MERMUTLU
Doç. Dr. Suzan DEMİR PEKTAŞ
Prof. Dr. Ali KARAKUZU
Doç. Dr. Neslihan Demirel ÖĞÜT

KURULLAR

SOSYAL KURUL

Derm. Dr. Ertuğrul ERKİŞİER
Derm. Dr. Zerhan YALDIZ
Derm. Dr. Çiğdem UMAÇ OK
Derm. Dr. Nalan AVCI
Derm. Dr. Adil AKYOL
Derm. Dr. Füsun GÜVEN

DÜZENLEYİCİ KURULUŞLAR

Türkiye Dermatovenereloji Derneği

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD

Muğla Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD

Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD

07 Mayıs 2025, Çarşamba — SALON A

KOZMETOLOJİ KURSU

14:00-15:40 — **ÜST VE ALT YÜZ KOZMETİK UYGULAMALARA YAKLAŞIM-I**
Moderatörler: *Zafer KURUMLU, Pelin KOÇYİĞİT*

14:00-14:20	Yüz anatomisi ve tehlikeli alanlar (Üst-orta ve alt) **Filiz CANPOLAT**
14:20-14:40	Üst yüz botoks (alın, glabella, kaz ayağı, temporal kas) uygulamaları **Sedef DEMİRER**
14:40-15:00	Orta ve alt yüz botoks (tavşan çizgileri, burun ucu kaldırma, aşırı diş eti görünümü, sigara çizgileri, maseter botoks) uygulamaları **Pelin KOÇYİĞİT**
15:00-15:20	Botoks komplikasyonları ve yönetimi **Didem DİNÇER ROTA**
15:20-15:40	Tartışma

15:40-16:00 — **KAHVE ARASI**

16:00-18:00 — **ÜST VE ALT YÜZ KOZMETİK UYGULAMALARA YAKLAŞIM-II**
Moderatörler: *Zafer KURUMLU, Erol KOÇ*

16:00-16:20	Üst yüz dolgu uygulamaları (göz altı ve temporal fossa) **Filiz KUŞAK**
16:20-16:40	Burun dolgu uygulamaları (burun kemeri düzeltme-burun ucu kaldırma) **Başak KANDİ**
16:40-17:00	Kanülle ve enjektörle çene hattı (jaw line ve çene ucu belirginleştirme) **Kağan CİNGÖZ**
17:00-17:20	Dudak dolgu uygulamaları-Rus ve Fransız teknikleri **Şükran SARIGÜL GÜDÜK**
17:20-17:40	Dolguda akut komplikasyonların yönetimi **Erol KOÇ**
17:40-18:00	Tartışma

18:00-19:30 — **TEMEL BİYOİSTATİSTİK KURSU**
Sinan SARAÇLI

07 Mayıs 2025, Çarşamba — SALON B

DERMOSKOPİ KURSU

14:00-15:25 — **Moderatörler:** *Mustafa Turhan ŞAHİN, Gamze ERFAN*

14:00-14.20	Melanom **Gamze ERFAN**
14:20-14:40	Melanositik nevuslar **Özgür TİMURKAYNAK**
14:40-15:00	Benin nonmelanositik lezyonlar **M. Cüneyt SOYAL**
15:00-15:20	Malin nonmelanositik lezyonlar **Ece GÖKYAYLA**
15:20-15:25	Tartışma

15:25-15:40 — **KAHVE ARASI**

15:40-17:05 — **Moderatörler:** *Ercan ARCA, Murat ÖZTAŞ*

15:40-16:00	Fasiyal lezyonlar **Murat ÖZTAŞ**
16:00-16:20	Akral lezyonlar **Mustafa Turhan ŞAHİN**
16:20-16:40	Tırnak lezyonları **Şirin YAŞAR**
16:40-17:00	Trikoskopi **Tülin GÜLEÇ**
17:00-17:05	Tartışma

17:05-17:20 — **KAHVE ARASI**

17:20-18:45 — **Moderatörler:** *Tülin GÜLEÇ, İkbal Esen AYDINGÖZ*

17:20-17:40	Nadir deri tümörleri **Vefa Aslı ERDEMİR**
17:40-18:00	BCC ve keratinositik deri tümörleri **Ercan ARCA**
18:00-18:20	Mukozal lezyonlar **Özlem ÖZBAĞCIVAN**
18:20-18:40	Pembe tümörler **İkbal Esen AYDINGÖZ**
18:40-18:45	Tartışma

08 Mayıs 2025, Perşembe — SALON A

09:00-10:15 — **ÜRTİKERDE GÜNCEL**
Oturum Başkanları: *Aylin TÜREL ERMERTCAN, Andaç SALMAN*

09:00-09:15	Etyopatogenezde gelişmeler **Ragıp ERTAŞ**
09:15-09:30	Ürtikerde tanı ve sınıflama **Kemal ÖZYURT**
09:30-09:45	Uluslararası ürtiker tedavi kılavuzunda yenilikler **Andaç SALMAN**
09:45-10:00	Ürtikeryal vaskülit: Tanı ve tedavi algoritmasında yenilikler **Özlem SU KÜÇÜK**
10:00-10:15	Tartışma

10:15-10:45 — **KAHVE ARASI**

10:45-12:00 — **PSORİASİS**
Oturum Başkanları: *Arzu KILIÇ, Esra ADIŞEN*

10:45-11:00	Konvansiyonel tedaviler **Algün POLAT EKİNCİ**
11:00-11:15	Hastaya göre biyolojik seçimi **Esra ADIŞEN**
11:15-11:30	Psoriasiste gelecek tedaviler **Sevgi AKARSU**
11:30-11:45	Zor olguların yönetimi **Emel BÜLBÜL BAŞKAN**
11:45-12:00	Tartışma

12:00-13:30 — **ÖĞLE YEMEĞİ**

08 Mayıs 2025, Perşembe — SALON A

13:30-14:30 — **UYDU SEMPOZYUMU**
Dermatolojide İdeal Intravenöz İmmunoglobulin
Moderatör: *Aylin TÜREL ERMERTCAN*
Konuşmacı: *Kenan AYDOĞAN*

14:30-15:45 — **SAÇ HASTALIKLARI**
Oturum Başkanları: *Özlem DİCLE, Tülin GÜLEÇ*

14:30-14:45	Telogen effluviumda tedavi **Hilal KAYA ERDOĞAN**
14:45-15:00	Alopesi areatada tedavi **Nilgün ŞENTÜRK**
15:00-15:15	Skatrisyel alopesilerde yaklaşım **Özlem DİCLE**
15:15-15:30	Androgenetik alopeside tedavi **Tülin GÜLEÇ**
15:30-15:45	Tartışma

15:45-16:15 — **KAHVE ARASI**

16:15-17:00 — **UYDU SEMPOZYUMU**
Gouri PCL- Dünyanın ilk sıvı polikapralaktonu. Sıvı ip uygulamaları
Konuşmacı: *Mustafa BAYRAM*

18:00-19:00 — **AÇILIŞ TÖRENİ**

08 Mayıs 2025, Perşembe — SALON B

09:00-10:15 — **TIRNAK HASTALIKLARI**
Oturum Başkanları: *Afet AKDAĞ KÖSE, Pelin KOÇYİĞİT*

09:00-09:15	Olgularla tırnak tümörleri **Fatih GÖKTAY**
09:15-09:30	Olgularla sistemik hastalıklarda tırnak bulguları **Meltem USLU**
09:30-09:45	Olgularla tırnakta renk değişiklikleri **Müzeyyen GÖNÜL**
09:45-10:00	Olgularla tırnak cerrahisi **Şirin YAŞAR**
10:00-10:15	Tartışma

10:15-10:45 — **KAHVE ARASI**

10:45-12:00 — **KOZMETOLOJİ**
Oturum Başkanları: *Meltem ÖNDER, Ümit TÜRSEN*

10:45-11:00	Yüz ve boyun rejuvenasyonunda radyofrekans **Meltem ÖNDER**
11:00-11:15	Yüz ve boyun rejuvenasyonunda fokus ultrason **Zehra AŞİRAN SERDAR**
11:15-11:30	Yüz ve boyun rejuvenasyonunda kalsiyum hidroksiapatit uygulamaları **Şule GÜNGÖR**
11:30-11:45	El rejuvenasyonu **Başak KANDİ**
11:45-12:00	Tartışma

12:00-13:30 — **ÖĞLE YEMEĞİ**

08 Mayıs 2025, Perşembe — SALON B

14:30-15:45	**AKNE ve ROZASE** **Oturum Başkanları:** *Ertan YILMAZ, Ayten FERAHBAŞ*
14:30-14:45	Akne tedavisinde isotretinoin **Nilsel İLTER**
14:45-15:00	Akne ve skarlarında peeling **Sıla ŞEREMET**
15:00-15:15	Akne ve rozasede enjeksiyonlu tedavi yöntemleri **Ayşe SERAP KARADAĞ**
15:15-15:30	Rozase tedavisi **Burcu DEMİRDÖVER**
15:30-15:45	Tartışma
15:45-17:15	**TEDAVİDE ZORLANDIKLARIMIZ** **Oturum Başkanları:** *Gürsoy DOĞAN, Dilek GENÇOSMANOĞLU*
15:45-16:00	Liken planus **Özge Sevil KARSTARLI**
16:00-16:15	Morfea **Ferdi ÖZTÜRK**
16:15-16:30	Vitiligo **Dilek GENÇOSMANOĞLU**
16:30-16:45	Hidradenitis süpürativa **Didem DİDAR BALCI**
16:45-17:00	Prurigo nodülaris **Melek ASLAN KAYIRAN**
17:00-17:15	Tartışma
17:15-18:00	**LİTERATÜRÜ GÖZDEN GEÇİRELİM** **Oturum Başkanları:** *Sedat ÖZÇELİK, Zerrin ÖĞRETMEN*
17:15-17:30	Behçet hastalığında genetik ve epigenetik **Aysun ŞİKAR AKTÜRK**
17:30-17:45	Dermatolojide yapay zeka **Murat DURDU**
17:45-18:00	Tartışma

08 Mayıs 2025, Perşembe — SALON C

09:00-10:15 — **SERBEST BİLDİRİLER - 1**
Oturum Başkanları: *Selda IŞIK MERMUTLU, Münevver GÜVEN*

SS-01	Akne Vulgaris Hastalarında Steroid Hormonların LC-MS/MS Yöntemiyle Değerlendirilmesi	*Baha ZABEN*
SS-02	Akne Skar Tedavisinde Plateletten Zengin Plazma (PRP) Uygulamasında Farklı Seans Rejimlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi	*Jale Aylin AKDAŞLİ*
SS-03	Androgenetik Alopesi ve Telogen Effluviumlu Kadın Hastalarda İnflamatuvar Hematolojik Belirteçler ve Biyokimyasal Parametrelerin Karşılaştırılması	*Mehmet Semih ÇELİK*
SS-04	Dirençli Alopesi Areatası Bulunan 91 Çocuk Hastada Eşlik Eden Bulgular ve Hastalıkların Geriye Dönük Olarak İncelenmesi	*Ali TÜRKAY*
SS-05	Fraksiyonel Karbondioksit Lazer Uygulamasının Tırnak Psoriasisi Tedavisinde Kullanılan Topikal Takrolimusun Etkinliğinin Arttırılmasındaki Etkisi	*Ferhan Bulut DEMİR*

10:15-10:45 — **KAHVE ARASI**

10:45-12:00 — **SERBEST BİLDİRİLER - 2**
Oturum Başkanları: *Meltem USLU, Hülya CENK*

SS-06	Türkiye'deki 3. Basamak Referans Merkezinde 10 Yıllık Yama Testi Sonuçları: Alerjen Duyarlılığı ve Demografik Faktörlerin Değerlendirilmesi	*Irmak ÇAPRAK*
SS-07	Cilt Bulgularıyla Prezente Olan Önemli Bir Mortalite ve Morbidite Belirteci: Eruptif Ksantom	*Goncagül Kurtar KORKMAZ*
SS-08	İnfantil Hemanjiyom Tedavisinde Topikal %2 Karteolol'un Etkinliğinin Klinik ve Dermoskopik Değerlendirilmesi	*Esranur ÜNAL*
SS-09	Hidradenitis Süpürativa Hastalarının Serum İL-32 ve İL-36 Seviyelerinin Ölçülmesi	*İdris DEMİR*
SS-10	Nrf2 ve Selenopretin-P'nin Psoriasis Şiddeti, Tırnak ve Eklem Tutulumu ile Korelasyonu	*Mehmet Enes SEVGİLİ*

08 Mayıs 2025, Perşembe — SALON C

12:00-13:30 — **ÖĞLE YEMEĞİ**

14:30-15:45

SERBEST BİLDİRİLER - 3
Oturum Başkanları: *Neslihan DEMİREL ÖĞÜT, Seçil SOYLU*

SS-11	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniğine Başvuran Dermatitis Herpetiformis Hastalarının 15 Yıllık Gerçek Yaşam Veri Analizi	*Ece Okumuşlar TOZMAN*
SS-12	Psoriasisli Hastalarda Biyolojik Ajan Kullanımının Tırnak Kıvrımı Dermoskopik Bulgularına Etkisi: 3 Yıllık Gözlemsel Çalışma	*Öyküm ÖZALP*
SS-13	Atopik Dermatitli Hastalarda Dirençli Dermatit Alanlarında Alerjik Kontakt Duyarlanmanın Değerlendirilmesi	*Ali Osman METİNTAŞ*
SS-15	Mikozis Fungoides Hastalarında Gelişen Sekonder Malignitelerin Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma	*Ceren ÇİMEN*

17:10-17:50

WORKSHOP
Gouri PCL Uygulması
Konuşmacı: *Mustafa BAYRAM*

ANKA WEST

09 Mayıs 2025, Cuma — SALON A

09:00-10:15 — **ATOPİK DERMATİT**
Oturum Başkanları: *Ekin ŞAVK, Oktay TAŞKAPAN*

09:00-09:15	Etyopatogenezde yenilikler **Oktay TAŞKAPAN**
09:15-09:30	Klinik alt tipleri **Evren ODYAKMAZ DEMİRSOY**
09:30-09:45	Topikal ve konvansiyonel tedaviler **Emine Tuğba ALATAŞ**
09:45-10:00	Zor olguların yönetimi **Sibel DOĞAN GÜNAYDIN**
10:00-10:15	Tartışma

10:15-10:45 — **KAHVE ARASI**

10:45-12:00 — **PEDİATRİK DERMATOLOJİ**
Oturum Başkanları: *Sevgi BAHADIR, Rebiay KIRAN*

10:45-11:00	Çocuklarda hipo ve hiperpigmente lezyonlara yaklaşım-olgularla anlatım **Tubanur ÇETİNARSLAN**
11:00-11:15	Mastositoza yaklaşım **Selcen KUNDAK**
11:15-11:30	Çocuklarda saç dökülmesi-olgularla anlatım **Rebiay KIRAN**
11:30-11:45	Çocuklarda genital HPV ve molluskuma yaklaşım **Zeynep TOPKARCI**
11:45-12:00	Tartışma

12:00-13:30 — **ÖĞLE YEMEĞİ**

09 Mayıs 2025, Cuma — SALON A

13:30-14:30

KONFERANS
Oturum Başkanı: *Ali TAHSİN GÜNEŞ*

Viral exanthems
Regina FÖLSTER-HOLST

14:30-15:00 — **KAHVE ARASI**

15:00-16:15

KOZMETOLOJİ
Oturum Başkanları: *Zafer KURUMLU, İlgen ERTAM SAĞDUYU*

15:00-15:15	Melazma tedavisi **Ayşe AKMAN**
15:15-15:30	Gençlik aşıları **Özlem KÖSE**
15:30-15:45	Dermatokozmetolojide eksozomlar **Emre KAYNAK**
15:45-16:00	Kök hücre uygulamaları **Ercan ÇALIŞKAN**
16:00-16:15	Tartışma

16:15-16:30 — **KAHVE ARASI**

16:30-17:45

KOZMETOLOJİ-LAZERLER
Oturum Başkanları: *Gönül ERGENEKON, Yasemin ORAM*

16:30-16:45	Işık bazlı sistemler ile aktif akne ve akne izlerinin yönetimi **Yasemin ORAM**
16:45-17:00	Işık bazlı sistemler ile pigmente lezyonların yönetimi **Abdullah YILDIZ**
17:00-17:15	Işık bazlı sistemler ile vasküler lezyonların yönetimi **Murat BORLU**
17:15-17:30	Işık bazlı sistemler ile gençleşme **Asude KARA POLAT**
17:30-17:45	Tartışma

09 Mayıs 2025, Cuma — SALON B

09:00-10:15 — **OLGULARLA KOZMETOLOJİDE PÜF NOKTALAR**
Oturum Başkanları: *Recep DURSUN, Mehmet YILDIRIM*

09:00-09:20	Olgularla ip uygulamaları **Recep DURSUN**
09:20-09:40	Olgularla dolgu komplikasyonları yönetimi **Engin KOCABAŞ**
09:40-10:00	Olgularla BBL **Didem DİNÇER ROTA**
10:00-10:15	Tartışma

10:15-10:45 — **KAHVE ARASI**

10:45-12:00 — **MUKOZA HASTALIKLARI**
Oturum Başkanları: *Erkan ALPSOY, Deniz SEÇKİN*

10:45-11:00	Oral ülsere yaklaşım **Ezgi AKTAŞ**
11:00-11:15	Genital ülsere yaklaşım **Emine TAMER**
11:15-11:30	Olgularla oral mukoza renk değişiklikleri **Leyla BAYKAL SELÇUK**
11:30-11:45	Behçet hastalığında tanı ve tedavi **Erkan ALPSOY**
11:45-12:00	Tartışma

12:00-13:30 — **ÖĞLE YEMEĞİ**

09 Mayıs 2025, Cuma — SALON B

15:00-16:15 — **BÜLLÖZ HASTALIKLAR**
Oturum Başkanları: *Soner UZUN, Savaş YAYLI*

15:00-15:15	Büllöz pemfigoide yaklaşım **Mehmet Salih GÜREL**
15:15-15:30	Pemfigusa yaklaşım **Soner UZUN**
15:30-15:45	Olgularla diğer otoimmun büllü hastalıklar **Savaş YAYLI**
15:45-16:00	Büllöz ilaç reaksiyonları **Ayda ACAR**
16:00-16:15	Tartışma

16:15-16:30 — **KAHVE ARASI**

16:30-17:45 — **VENEREAL HASTALIKLAR**
Oturum Başkanları: *Bilal DOĞAN, Kenan AYDOĞAN*

16:30-16:45	Sifiliz-büyük taklitçi **Seray KÜLCÜ ÇAKMAK**
16:45-17:00	HPV aşıları **Kenan AYDOĞAN**
17:00-17:15	Hangi deri bulgularında HIV akla gelmeli? **Nilgün SAYMAN**
17:15-17:30	Gonore-şankroid-klamidya **Işıl Deniz OĞUZ**
17:30-17:45	Tartışma

09 Mayıs 2025, Cuma — SALON C

09:00-10:15 — **SERBEST BİLDİRİLER - 4**
Oturum Başkanları: *Hilal KAYA ERDOĞAN, Tubanur ÇETİNARSLAN*

SS-16	Yaşlı Psoriasis Hastalarında Hastalığın Şiddeti, Komorbiditeleri ve Tedaviye Yanıt Oranlarının İncelenmesi	*Birsen Naz KARADAYI*
SS-17	Biyolojik İlaçlar ile Tedavi Edilen Psoriasis Hastalarında PASI100 Yanıtına Etki Eden Faktörler	*Gizem PEHLİVAN*
SS-18	Biyolojik Tedavi Altındaki Psoriasis Hastalarında Süper Yanıt Verenler Hastaların Özelliklerinin Belirlenmesi	*Musa Can GÜZELBABA*
SS-19	Şiddetli Atopik Dermatit Hastalarında Dupilumab Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma	*Arzu FERHATOSMANOĞLU*
SS-20	Akne Vulgaris Hastalarında Tedaviye Uyumun Sosyodemografik, Klinik ve Davranışsal Belirleyicileri: Çok Merkezli Bir Çalışma	*Arzu FERHATOSMANOĞLU*

10:15-10:45 — **KAHVE ARASI**

10:45-12:00 — **SERBEST BİLDİRİLER - 5**
Oturum Başkanları: *Ayda ACAR, Pelin HIZLI*

SS-21	Metastatik Melanomlu Olguda Gelişen Diffüz Melanozis Kutis ve Melanüri Işığında Literatürdeki Tüm Olguların Sistematik Derlemesi	*İbrahim AKÇAY*
SS-22	Prurigo Pigmentosa: Klinik ve Histopatolojik Özellikleriyle Altı Hastadan Oluşan Bir Olgu Serisi	*Hüseyin BEZİR*
SS-23	Dicle Üniversitesi Dermatoloji Bölümüne Başvuran Psöriazis Tanılı Hastalarda Tırnak Tutulumunun Değerlendirilmesi	*Murat KILIÇ*
SS-24	Kutanöz Bulgularıyla Kaposi Sarkomu: 2 Olgu	*Beste PAKIRDAŞI*

09 Mayıs 2025, Cuma — SALON C

12:00-13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

15:00-16:15 **SERBEST BİLDİRİLER - 6**
Oturum Başkanları: *Sema KOÇ YILDIRIM, Gülhan GÜREL*

SS-26	Geri Çekilmiştir	
SS-28	Psöriazis Hastalarında Metotreksat Tedavisiyle Nötrofil-Lenfosit Oranı ve Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksindeki Değişiklikler	*Nihal SARI*
SS-29	Erişkin Akne Vulgaris Hastalarında Serum IL-36 Alfa Düzeyleri ve Hastalık Üzerindeki Etkileri: Bir Vaka-Kontrol Çalışması	*Ayşegül YALÇINKAYA İYİDAL*

10 Mayıs 2025, Cumartesi — SALON A

09:00-10:15 — **DERİ LENFOMALARI**
Oturum Başkanları: *Mehmet Ali GÜRER, Hatice ERDİ ŞANLI*

09:00-09:15	Olgularla MF/Sezary sendromu kliniği **Hatice ERDİ ŞANLI**
09:15-09:30	MF/Sezary sendromunu taklit eden klinik tablolar **Dilek BAYRAMGÜRLER**
09:30-09:45	Erken evre mikozis fungoides tedavisi **İlkin ZİNDANCI**
09:45-10:00	MF/Sezary sendromunda patolojik görünümler ve taklitçiler **Banu LEBE**
10:00-10:15	Tartışma

10:15-10:45 — **KAHVE ARASI**

10:45-12:00 — **MELANOM**
Oturum Başkanları: *Mustafa Turhan ŞAHİN, Kamer GÜNDÜZ*

10:45-11:00	Özel bölgelerde melanom **Gamze ERFAN**
11:00-11:15	Melanomda dermoskopik ipuçları **Ece GÖKYAYLA**
11:15-11:30	Melanomda evreleme **Levent ÇINAR**
11:30-11:45	Melanom hastasını nasıl takip etmeliyim? **Bengü GERÇEKER TÜRK**
11:45-12:00	Tartışma

12:00-13:30 — **ÖĞLE YEMEĞİ**

10 Mayıs 2025, Cumartesi — SALON A

13:30-14:30

KONFERANS
Oturum Başkanı: *Emel FETİL*

Atopic dermatitis
Regina FÖLSTER-HOLST

14:30-15:00 — **KAHVE ARASI**

15:00-16:15

DERMATOLOJİDE YENİ TEDAVİLER
Oturum Başkanları: *Günseli ÖZTÜRK, Mualla POLAT*

15:00-15:15	İnterlökin 4 ve interlökin 13 inhibitörleri takip **Sema KOÇ YILDIRIM**
15:15-15:30	JAK inhibitörleri ve takip **Pelin HIZLI**
15:30-15:45	Biyolojik ajanlar ve takip **Neslihan DEMİREL ÖĞÜT**
15:45-16:00	IVIG tedavisinin dermatolojide kullanımı **Ceylan AVCI**
16:00-16:15	Tartışma

16:15-16:30 — **KAHVE ARASI**

16:30-17:45

MELANOM DIŞI DERİ KANSERLERİ
Oturum Başkanları: *Seher BOSTANCI, Işıl İNANIR*

16:30-16:45	Bazal hücreli karsinom **Deniz AKSU ARICA**
16:45-17:00	Premalign lezyonlar **Hülya CENK**
17:00-17:15	Skuamöz hücreli karsinom **Serkan YAZİCİ**
17:15-17:30	Olgularla deri eki tümörleri **Selda IŞIK MERMUTLU**
17:30-17:45	Tartışma

10 Mayıs 2025, Cumartesi — SALON B

09:00-10:15 — **DERMATOALLERJİ**
Oturum Başkanları: *Hayriye SARICAOĞLU, Ayşe BOYVAT*

09:00-09:15	Deri yama testi yapılışı ve yorumlanması **Münevver GÜVEN**
09:15-09:30	Deri prick test yapılışı ve yorumlanması **Rafet KOCA**
09:30-09:45	Atopi yama testi **Zeynep KESKİNKAYA**
09:45-10:00	Olgularla kontakt dermatitler **Ayşe BOYVAT**
10:00-10:15	Tartışma

10:15-10:45 — **KAHVE ARASI**

10:45-12:00 — **DERMATOCERRAHİ**
Oturum Başkanları: *Seher BOSTANCI, Ali KARAKUZU*

10:45-11:00	Eksizyon teknikleri **Seher BOSTANCI**
11:00-11:15	Sütür teknikleri **Necmettin AKDENİZ**
11:15-11:30	Kriyoterapide ipuçları **Ozan ERDEM**
11:30-11:45	Flepler ve greftler **Alper ALYANAK**
11:45-12:00	Tartışma

12:00-13:30 — **ÖĞLE YEMEĞİ**

10 Mayıs 2025, Cumartesi — SALON B

15:00-16:15 — **ENFEKSİYON VE ENFESTASYONLAR**
Oturum Başkanları: *İdil ÜNAL, Derya AYTİMUR*

15:00-15:15	Dirençli skabies ve tedavisi **Aslan YÜREKLİ**
15:15-15:30	Olgularla leishmaniazis **Soner UZUN**
15:30-15:45	Dirençli dermatofit enfeksiyonlarına yaklaşım **Mehmet YILDIRIM**
15:45-16:00	Demodikoziste tanı ve tedavi **Sema AYTEKİN**
16:00-16:15	Tartışma

16:15-16:30 — **KAHVE ARASI**

16:30-17:45 — **SIK GÖRÜLEN GENODERMATOZLAR**
Oturum Başkanları: *Serap UTAŞ, Ayşe Deniz YÜCELTEN*

16:30-16:45	Olgularla-malignite ilişkili genodermatozlar **Murat DURDU**
16:45-17:00	Olgularla-vasküler bozukluklarla seyreden genodermatozlar **Ayşe Deniz YÜCELTEN**
17:00-17:15	Epidermolizis büllozada yeni ne var? **Ayşe ÖKTEM**
17:15-17:30	Genodermatozlarda biyolojikler **Deniz AKKAYA**
17:30-17:45	Tartışma

11 Mayıs 2025, Pazar — SALON A

08:30-09:00 — **Akılcı İlaç**
Abdullah KAYA

09:00-10:15 — **ACİLLER**
Oturum Başkanları: *Ülker GÜL, Göknur KALKAN*

09:00-09:15 SJS/TEN
Gülhan GÜREL

09:15-09:30 Anafilaksi
Gülcan SAYLAM KURTİPEK

09:30-09:45 Eritrodermi
Esra PANCAR YÜKSEL

09:45-10:00 DRESS
Göknur KALKAN

10:00-10:15 Tartışma

10:15-10:45 — **KAHVE ARASI**

10:45-12:00 — **DERMATOPATOLOJİ**
Oturum Başkanları: *Banu LEBE, Peyker TEMİZ*

10:45-11:00 Olgularla Tzanck yayma
İlkay CAN

11:00-11:15 Olgularla interfaz dermatitleri
Peyker TEMİZ

11:15-11:30 Olgularla granülomatöz hastalıklar
Gülay TURAN

11:30-11:45 Alopesilerde tanıda biyopsi ve histopatolojik incelemenin değeri
Ayşegül İYİDAL

11:45-12:00 Tartışma

12:00-12:30 — **KAPANIŞ**

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

SS-01	Akne Vulgaris Hastalarında Steroid Hormonların LC-MS/MS Yöntemiyle Değerlendirilmesi	*Baha ZABEN*
SS-02	Akne Skar Tedavisinde Plateletten Zengin Plazma (PRP) Uygulamasında Farklı Seans Rejimlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi	*Jale Aylin AKDAŞLİ*
SS-03	Androgenetik Alopesi ve Telogen Effluviumlu Kadın Hastalarda İnflamatuvar Hematolojik Belirteçler ve Biyokimyasal Parametrelerin Karşılaştırılması	*Mehmet Semih ÇELİK*
SS-04	Dirençli Alopesi Areatası Bulunan 91 Çocuk Hastada Eşlik Eden Bulgular ve Hastalıkların Geriye Dönük Olarak İncelenmesi	*Ali TÜRKAY*
SS-05	Fraksiyonel Karbondioksit Lazer Uygulamasının Tırnak Psoriasisi Tedavisinde Kullanılan Topikal Takrolimusun Etkinliğinin Arttırılmasındaki Etkisi	*Ferhan Bulut DEMİR*
SS-06	Türkiye'deki 3. Basamak Referans Merkezinde 10 Yıllık Yama Testi Sonuçları: Alerjen Duyarlılığı ve Demografik Faktörlerin Değerlendirilmesi	*Irmak ÇAPRAK*
SS-07	Cilt Bulgularıyla Prezente Olan Önemli Bir Mortalite ve Morbidite Belirteci: Eruptif Ksantom	*Goncagül Kurtar KORKMAZ*
SS-08	İnfantil Hemanjiyom Tedavisinde Topikal %2 Karteolol'un Etkinliğinin Klinik ve Dermoskopik Değerlendirilmesi	*Esranur ÜNAL*
SS-09	Hidradenitis Süpürativa Hastalarının Serum İL-32 ve İL-36 Seviyelerinin Ölçülmesi	*İdris DEMİR*
SS-10	Nrf2 ve Selenopretin-P'nin Psoriasis Şiddeti, Tırnak ve Eklem Tutulumu ile Korelasyonu	*Mehmet Enes SEVGİLİ*
SS-11	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniğine Başvuran Dermatitis Herpetiformis Hastalarının 15 Yıllık Gerçek Yaşam Veri Analizi	*Ece Okumuşlar TOZMAN*
SS-12	Psoriasisli Hastalarda Biyolojik Ajan Kullanımının Tırnak Kıvrımı Dermoskopik Bulgularına Etkisi: 3 Yıllık Gözlemsel Çalışma	*Öyküm ÖZALP*
SS-13	Atopik Dermatitli Hastalarda Dirençli Dermatit Alanlarında Alerjik Kontakt Duyarlanmanın Değerlendirilmesi	*Ali Osman METİNTAŞ*
SS-15	Mikozis Fungoides Hastalarında Gelişen Sekonder Malignitelerin Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma	*Ceren ÇİMEN*

SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

SS-16	Yaşlı Psoriasis Hastalarında Hastalığın Şiddeti, Komorbiditeleri ve Tedaviye Yanıt Oranlarının İncelenmesi	*Birsen Naz KARADAYI*
SS-17	Biyolojik İlaçlar ile Tedavi Edilen Psoriasis Hastalarında PASI100 Yanıtına Etki Eden Faktörler	*Gizem PEHLİVAN*
SS-18	Biyolojik Tedavi Altındaki Psoriasis Hastalarında Süper Yanıt Verenler Hastaların Özelliklerinin Belirlenmesi	*Musa Can GÜZELBABA*
SS-19	Şiddetli Atopik Dermatit Hastalarında Dupilumab Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma	*Arzu FERHATOSMANOĞLU*
SS-20	Akne Vulgaris Hastalarında Tedaviye Uyumun Sosyodemografik, Klinik ve Davranışsal Belirleyicileri: Çok Merkezli Bir Çalışma	*Arzu FERHATOSMANOĞLU*
SS-21	Metastatik Melanomlu Olguda Gelişen Diffüz Melanozis Kutis ve Melanüri Işığında Literatürdeki Tüm Olguların Sistematik Derlemesi	*İbrahim AKÇAY*
SS-22	Prurigo Pigmentosa: Klinik ve Histopatolojik Özellikleriyle Altı Hastadan Oluşan Bir Olgu Serisi	*Hüseyin BEZİR*
SS-23	Dicle Üniversitesi Dermatoloji Bölümüne Başvuran Psöriazis Tanılı Hastalarda Tırnak Tutulumunun Değerlendirilmesi	*Murat KILIÇ*
SS-24	Kutanöz Bulgularıyla Kaposi Sarkomu: 2 Olgu	*Beste PAKIRDAŞI*
SS-26	Geri Çekilmiştir	
SS-28	Psöriazis Hastalarında Metotreksat Tedavisiyle Nötrofil-Lenfosit Oranı ve Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksindeki Değişiklikler	*Nihal SARI*
SS-29	Erişkin Akne Vulgaris Hastalarında Serum IL-36 Alfa Düzeyleri ve Hastalık Üzerindeki Etkileri: Bir Vaka-Kontrol Çalışması	*Ayşegül YALÇINKAYA İYİDAL*

SS-01

Akne Vulgaris Hastalarında Steroid Hormonların LC-MS/MS Yöntemiyle Değerlendirilmesi

Baha Zaben[1], Ayşe Deniz Yücelten[1], Tülay Güran[2], Goncagül Haklar[3]

[1]Marmara Üniversitesi, Deri ve Zührevi hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Akne vulgaris, pilosebase üniteyi tutan kronik inflamatuar bir deri hastalığıdır.Akne vulgaris etyopatogenezinde seks hormonlarının rolü çok tartışmalıdır.Androjenler sebase bez hipertrofisi ve sebum salınımındaki artış ile akne vulgarise eğilim oluşturmaktadır. Diğer seks steroid hormonların ise akne gelişimi ve şiddeti üzerindeki etkileri tam olarak aydınlatılamamıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya orta ve şiddetli akne vulgaris tanılı 14-20 yaş aralığında 39 kadın hasta alındı. Kontrol grubu olarak kronik hastalığı ve hormonal bozukluğu olmayan, farklı çalışmalarda steroid hormon tetkikleri değerlendirilmiş olan, 39 sağlıklı bireyin verileri kullanıldı. Hastaların özgeçmişleri ve sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Adrenal steroid hormon düzeyleri LC-MS/MS (Sıvı Kromatografi-Kütle Spektrometresi) yöntemiyle değerlendirildi. Kanlar menstürel siklusun 2-4. günleri arasında sabah alındı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 16.84 ±1.39 iken, kontrol grubun yaş ortalaması 15.85±1,5 idi ($p>0,05$). Akne vulgaris hastalarının DHEA, Androstenedion, Testosteron, Dihidrotestosteron, Androsteron, Pregnenolon, 17-OH-Pregnenolon, 11- Deoksikortizol, Progesteron ve Deoksikortikosteron düzeyleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$). Hastaların Aldosteron, 21-Deoksikortizol ve Kortikosteron düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü ($p<0,05$). (Tablo-1) Şiddetli aknesi olan hastalarda serbest testosteron, DHEA ve DHEAS değerleri orta şiddetli akne hastalarına kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunurken ($p<0,05$), FSH ve Aldosteron değerleri anlamlı olarak düşük ($p<0,05$) bulundu. Çalışmaya dahil edilen hastaların androjen hormon düzeyleri ile GAŞS(Global Akne Şiddet Skorlaması) arasında koreleasyon saptanmadı. Ancak aldosteron, GAŞS ile negatif ve orta güçte anlamlı korelasyon göstermektedir ($p=0,004$) (Şekil 1)

TARTIŞMA VE SONUÇ: Literatürde akne vulgaris hastalarında androjen hormon düzeylerini araştıran birçok çalışma mevcuttur. Yapılan farklı çalışmalarda akne vulgaris hastalarında en az bir androjen hormonunun yüksek olma oranı % 52-81 bulunmuştur. Çalışmamızda, akne hastalarında androjen hormon düzeylerinin kontrollere kıyasla yüksek saptanması literatür verileriyle benzerlik göstermektedir. Androjen düzeylerindeki yükseklik; CYP17A enziminde aktivite artışı ve CYP11B1 enziminde hipoaktivasyona bağlanabilir.

Akne vulgaris ve progesteron ilişkisini araştıran çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Yapılan birkaç çalışmada şiddetli aknede progesteronun yüksek olduğu ve bu yüksekliğin progesteron öncülü kolesterol fazlalığına bağlı olabileceği belirtilirken, bazı çalışmalarda ise progesteronun düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda akne hastalarında progesteron seviyelerinin kontrollere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bu yüksekliğin CYP11B1 enzim aktivitesindeki düşüklükle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Literatürde 11-Deoksikortizol düzeylerini araştıran yalnızca bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada 11-Deoksikortizol düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. 11-Deoksikortizol düzeyindeki artış, 11-beta hidroksilaz (CYP11B1) enzimindeki disfonksiyona bağlanmıştır. 11-beta hidroksilaz enzim aktivitesindeki azalmanın, steroid hormon yolağını androjen yönüne kaydırarak androjen hormonlarda artışa yol açabileceği belirtilmektedir.Çalışmamızdaki 11-Deoksikortizol sonuçları literatür verilerini destekler niteliktedir.

Çalışmamızda Pregnenolon, 17-OH-Pregnenolon, Deoksikortikosteron düzeyleri akne hastalarında kontrollere kıyasla yüksek; Aldosteron, 21-Deoksikortizol ve Kortikosteron değerlerinin düşük saptanması CYP11B1'nin azalmış aktivitesine bağlanabilir. Literatürde akne vulgaris hastalarında Pregnenolon,17-OH-Pregnenolon, Aldosteron, 21-Deoksikortizol, Kortikosteron, Deoksikortikosteron düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır.

Yapılan çalışmalarda, CYP17A gen polimorfizminin hem akne vulgaris patogenezinde hem de akne şiddetinde rol oynayabileceği gösterilmiştir. Güncel bir metaanalizde CYP17A geninin akne vulgaris sıklığında ve şiddetinde rol oynadığı bildirilmiştir. CYP17A enzimindeki artmış aktivite; androjen sentezini artırarak akne vulgaris ve PCOS gibi hastalıklara yol açmaktadır.

Ayrıca CYPB11B1 genindeki fonksiyon kaybı mutasyonlarının; 11-beta hidroksilaz enzim aktivitesinin azaltarak akne vulgaris patogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada, akne vulgaris gelişiminde CYP11B1 gen polimorfizminin rol oynayabileceği gösterilmiştir.

Sonuç olarak; akne vulgaris hastalarının adrenal hormon düzeylerindeki değişiklikler CYP17A enzimindeki aktivasyon artışı ve CYP11B1 enziminin azalmış aktivitesine bağlanabilir. (Şekil 2)

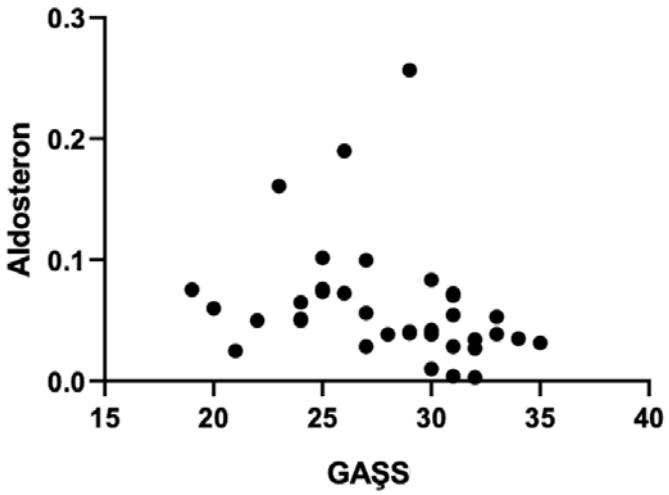
Anahtar Kelimeler: Akne Vulgaris, Steroid Hormon, LCMS/MS

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunda bazal adrenal ve seks hormon düzeyleri

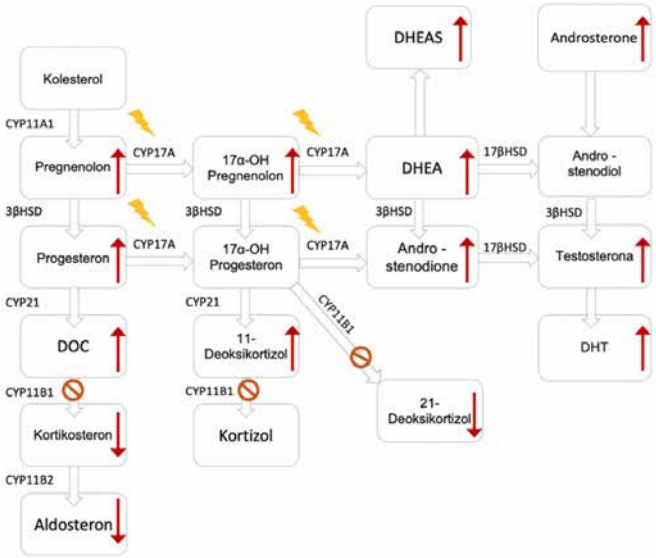
Parametre	Kontrol grup	Hasta grubu	P değeri
17-OH-Progesteron (ng/ml)	0,43 ± 0,21	0,34 ± 0,17	0,0533 t
DHEA (ng/ml)	3,03 ± 2,05	9,75 ± 5,36	<0,0001 M
DHEAS (ng/ml)	1153 ± 684,3	1240 ± 642,3	0,5637 M
Androstenedion (ng/ml)	1,15 ± 0,54	2,47 ± 1,05	<0,0001 t
Aldosteron (ng/ml)	0,057 ± 0,013	0,048 ± 0,024	<0,0044 M
Testosteron (ng/ml)	0,28 ± 0,13	0,43 ± 0,14	<0,0001 M
Dihydrotestosteron (ng/ml)	0,029 ± 0,023	0,076 ± 0,050	<0,0001 M
17-OH-Pregnenolon (ng/ml)	0,61 ± 0,58	2,05 ± 1,44	<0,0001 M
Androsteron (ng/ml)	0,26 ± 0,35	0,49 ± 0,33	0,0009 M
Kortizol (ng/ml)	112,4 ± 56,61	123,6 ± 57,04	0,3052 M
Kortikosteron (ng/ml)	4,96 ± 2,03	3,56 ± 2,95	0,0013 M
11-Deoksikortizol (ng/ml)	0,22 ± 0,15	0,54 ± 0,34	<0,0001 M
Progesteron (ng/ml)	0,091 ± 0,060	0,20 ± 0,11	<0,0001 M
21- Deoksikortizol (ng/ml)	0,066 ± 0,058	0,022 ± 0,012	0,0004 M
Pregnenolon (ng/ml)	0,042 ± 0,061	0,36 ± 0,24	<0,0001 M
Deoksikortikosteron (ng/ml)	0,025 ± 0,013	0,059 ± 0,039	<0,0001 M

t: Eşleştirilmemiş (unpaired) t-test; M: Mann Whitney-U test.

Şekil 1. Global Akne Şiddet Skoru ile Aldosteron Düzeyleri Arasındaki Korelasyon



Şekil 2. CYP11B1 enzim inhibisyonunu ve CYP17A enzim aktivasyonunun steroid sentez yolağına etkisi.



Kırmızı ok: p<0.05, Mavi ok: p>0.05

SS-02

Akne skar tedavisinde Plateletten Zengin Plazma (PRP) uygulamasında farklı seans rejimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi

Jale Aylin Akdaşli[1], Fatma Arzu Kılıç[1], Serkan Yazıcı[2], Sinan Saraçlı[3]
[1]Balıkesir Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Balıkesir
[2]Uludağ Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Bursa
[3]Balıkesir Üniversitesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim, Balıkesir

GİRİŞ: Akne vulgaris, kalıcı deformasyonlara yol açarak deride farklı morfolojik özelliklerde skarların oluşmasına neden olabilmektedir. Akne skarlarının tedavisinde Plateletten zengin plazma (PRP) tedavisi, tek başına ve adjuvan terapi olarak sıklıkla kullanılmaktadır. PRP, yoğunlaştırılmış plazma içinde yüksek miktarda otolog platelet bulunan bir preparattır ve çeşitli büyüme faktörleri içerir. Bu faktörler, atrofik akne skarlarının tedavisinde kolajen birikimini uyararak iyileşmeyi desteklemektedir. Bu çalışmanın amacı, PRP tedavisinin akne skarlarının tedavisindeki etkinliğini ve güvenliğini, farklı seans rejimlerini karşılaştırarak değerlendirmektir.

METOD: Çalışma, Ocak 2024 ile Aralık 2024 tarihleri arasında Balıkesir Üniversitesi Dermatoloji Kliniği Kozmetoloji Ünitesi'nde akne skarı nedeniyle PRP tedavisi uygulanan 50 hastanın dosyaları üzerinden retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Hastalar, iki grup halinde değerlendirilmiştir. Grup 1'de yer alan 25 hasta, 4 hafta aralıklarla 3 seans PRP tedavisi alırken, Grup 2'de yer alan 25 hasta ise 2 hafta aralıklarla 6 seans PRP tedavisi almıştır. Hastalar tedavi süresince yalnızca PRP uygulaması almıştır. Hastaların demografik özellikleri, baskın skar tipi, yan etkiler gibi klinik özelllikler, tedavi öncesi ve sonrası fotoğrafları ile tedavi parametreleri hasta dosyalarından elde edilmiştir. Tedavi sürecinin değerlendirilmesinde, hastaların tedavi öncesi ve sonrası fotoğrafları karşılaştırılarak sonuçlar elde edilmiştir. Ayrıca, tedavi tamamlandıktan 4 hafta sonra yapılan kontrol muayenesinde, her hasta tarafından beşli derecelendirme sistemi ile değişiklik düzeyi belirlenmiştir. Klinik yanıt ve hasta değerlendirmesi Likert ölçeği kullanılarak ölçülmüştür (Likert, 1932).

BULGULAR: Hastaların %54'ü kadın, %46'sı erkek olup, yaş ortalaması 27,86 ± 7,16 yıl idi. Hastalarda en yaygın skar tipi Boxcar skarları(%62) olarak bulunmuştur. Grup I'deki hastaların %72'si tedavi randevularına uyum sağlarken, Grup II'deki hastaların %52'si tedavi randevularına uyum göstermiştir. Cinsiyet, deri tipi, skar tipi ve uyum durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05)(Tablo 1).Çoklu Karşılaştırmalı Analiz(MCA) sonuçlarına göre, Icepick skar tipine sahip hastalar genellikle aile öyküsü pozitif, sigara ve alkol kullanan ve tedaviye hafif düzeyde yanıt veren hastalardır. Rolling skar tipine sahip hastalar ise genellikle aile öyküsü negatif, sigara ve alkol kullanmayan ve tedaviye orta düzeyde yanıt veren hastalardır. Boxcar skar tipi olan hastalar ise genellikle aile öyküsü negatif, sigara ve alkol kullanan ve tedaviye iyi düzeyde yanıt veren hastalardır(Tablo 2).Uygulanan seans sayısı bakımından bağımsız örneklemler t testi ile yapılan karşılaştırılmada, klinik yanıt ortalamaları ve hasta memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ve iki grupta da tedaviye yanıt düzeyleri ve hasta memnuniyet durumları orta seviye olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Hastaların yalnızca %22'sinde yan etki gözlenmiş olup, gözlenen yan etkiler arasında akne alevlenmesi ve ekimoz bulunmaktadır. MCA sonuçlarına göre, 3seans uygulanan hastalar genellikle yan etki görmeyen, randevularına uyumlu hastalar iken, 6seans uygulanan hastalar ise genellikle yan etki görmeyen, ancak randevularına uyum sağlayamayan hastalardır.

SONUÇ: PRP tedavisi, akne skarlarında orta düzeyde iyileşme sağlayan ve yan etkisi düşük olan etkili bir tedavi seçeneğidir. Hem 3 seans hem de 6 seans uygulama gruplarında benzer iyileşme ve yan etki sonuçları elde edilmiştir. Ancak, 6 seans tedavi uygulanan hastalar, tedavi randevularına 3 seans uygulayanlara göre daha düşük uyum göstermiştir. Bu nedenle, 4 hafta aralıklarla 3 seans tedavi uygulaması, hasta uyumu ve etkinlik açısından daha uygun bir seçenek olarak değerlendirilmektedir.

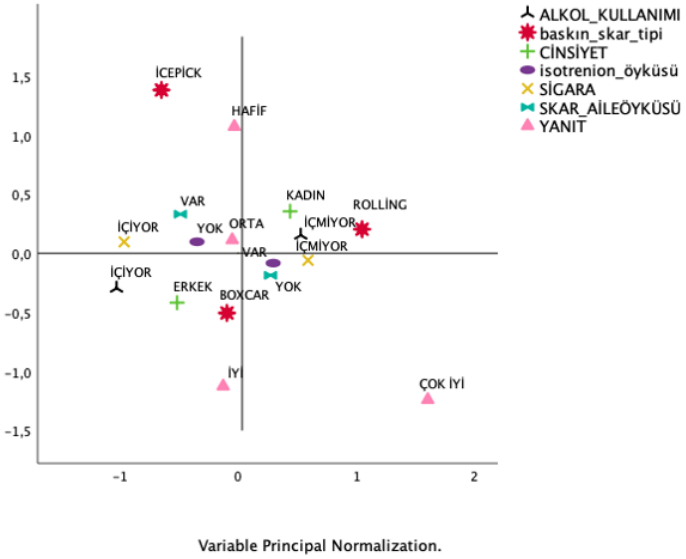
Anahtar Kelimeler: Plateletten Zengin Plazma, akne skarı, akne

Tablo 1

		3 Seans Uygulananlar	6 Seans Uygulananlar	Toplam	p
Cinsiyet (n, %)	Kadın	15 (%55.6)	12 (%44.4)	27 (%54)	0,395
	Erkek	10 (%43.5)	13 (%56.5)	23 (%46)	
Deri Tipi (n, %)	1	3 (%12)	3 (%12)	6 (%12)	0,601
	2	12 (%48)	8 (%32)	20 (%40)	
	3	7 (%28)	8 (%32)	15 (%30)	
	4	3 (%12)	6 (%24)	9 (%18)	
Skar Tipi (n, %)	Boxcar	17(%54,8)	14 (%45,2)	31 (%62)	0,670
	İcepick	4 (%16)	6 (%24)	10 (%20)	
	Rolling	4 (%16)	5 (%20)	9 (%18)	
YAŞ (dağılım) AO±SD		(16-37) 25,68±5,60	(18-45) 30±7,96	(16-45) 27,86±7,16	
Tedaviye Uyum	Uyumlu	18 (%72)	13 (%52)	31(%62)	0.145
	Uyumsuz	7 (%28)	12 (%48)	19(%38)	

Seanslara Göre Demografik ve Klinik Veriler

Tablo 2



Skar Tiplerine Göre Çoklu Karşılaştırmalı Analiz

Tablo 3

	UYGULANAN SEANS SAYISI	Ortalama Skor	p
KLİNİK YANIT	3 SEANS	1,98	0,814
	6 SEANS	2,04	
HASTA MEMNUNİYET DURUMU	3 SEANS	1,88	0,111
	6 SEANS	2,32	

Seans Sayısına Göre Klinik Yanıt ve Hasta Memnuniyet Durumu

SS-03

Androgenetik Alopesi ve Telogen Effluviumlu Kadın Hastalarda İnflamatuvar Hematolojik Belirteçler ve Biyokimyasal Parametrelerin Karşılaştırılması

Mehmet Semih Çelik
SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Androgenetik alopesi (AA) ve telogen effluvium (TE), kadınlarda skar bırakmayan en yaygın saç dökülme nedenleridir. Ferritin, B12, folat ve tiroid hormon eksikliklerinin bu hastalıkların etyolojisinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Ancak, inflamatuvar belirteçler ile TE ve AA arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, nötrofil/lenfosit oranı (NLR), platelet/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR), ortalama trombosit hacmi (MPV) ve sistemik inflamasyon indeksi (SII) gibi inflamatuvar belirteçler ile ferritin, B12, folat, TSH, T3 ve T4 düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildi.

YÖNTEM: Çalışma retrospektif olarak gerçekleştirildi. Toplamda 100 TE ve 100 AA hastası çalışmaya dahil edildi. Sistemik inflamatuvar hastalığı, otoimmün bozukluğu veya akut enfeksiyonu bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR: MLR ve ferritin düzeyleri TE grubunda anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p = 0.008$, $p = 0.004$). Folat düzeyi ise TE grubunda anlamlı olarak daha yüksekti ($p = 0.018$). NLR, PLR, MLR ve SII değerleri arasında pozitif korelasyon olduğu gözlemlendi ($p < 0.001$), bu da inflamatuvar belirteçlerin rolünü desteklemektedir.

SONUÇ: TE ve AA grupları arasında inflamatuvar belirteçlerin benzer olması, bu parametrelerin iki hastalığın ayrımında kullanılamayacağını göstermektedir. Bununla birlikte, her iki hastalıkta da ferritin ve folat seviyelerinin düşük olması saç dökülmesine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Androgenetik alopesi,inflamatuvar belirteç,telogen effluvium

Tablo 1

PARAMETRE	AGA (Ort.±SD)	TE (Ort.±SD)	p Değeri
Yaş	32.2 ± 12.7	29.6 ± 12.2	0.061
NLR	2.09 ± 0.756	1.93 ± 0.667	0.121
PLR	130 ± 41.2	128 ± 32.3	0.825
MLR	0.207 ± 0.067	0.190 ± 0.078	0.008
MPV	10.4 ± 1.0	10.4 ± 0.917	0.618
SII	636 ± 283	582 ± 215	0.333
Ferritin	46.5 ± 41.0	33.5 ± 34.7	0.004
Folat	356 ± 127	361 ± 140	0.855
B12	6.69 ± 2.35	7.81 ± 3.39	0.018
TSH	2.01 ± 1.46	1.88 ± 1.09	0.955
T4	1.25 ± 0.246	1.24 ± 0.178	0.929
T3	3.26 ± 0.482	3.36 ± 0.433	0.075

Androgenetik Alopesi ve Telogen Effluvium Hastalarında İnflmatuvar Hematolojik ve Biyokimyasal Parametrelerin Karşılaştırılması

Tablo 2

Değişken	SII ile Spearman Korelasyon (r)	p değeri
NLR	0.530	< 0.001
PLR	0.655	< 0.001
MLR	0.374	< 0.001

NLR,PLR,MLR 'nin SII ile pozitif korelasyonu

SS-04

Dirençli Alopesi Areatası Bulunan 91 Çocuk Hastada Eşlik Eden Bulgular ve Hastalıkların Geriye Dönük Olarak İncelenmesi

Ali Türkay[1], Server Serdaroğlu[2]
[1]Alanya Alaaiddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Antalya
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı,İstanbul

AMAÇ: Literatürde alopesi areatalı (AA) hastalarda kötü prognostik faktörler birçok seride tanımlanmış olup, bunlardan biri de puberte öncesi hastalığın başlamış olmasıdır. Biz de çocuklarda dirençli AA ile klinik özellikler, eşlik eden hastalıklar ve demografik değişkenler arasındaki ilişkileri belirleyip literatür ile korelasyonunu ortaya koymak ve ülkemizdeki epidemiyolojik verilere ve literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

YÖNTEM: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniğine başvuran ve takibe alınmış olan dirençli AA tanısı bulunan 2-14 yaş arasında 91 çocuk hasta retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Dirençli AA kriterlerini karşılayan 46'sı erkek, 45'i kız hasta çalışmaya alındı. Yaş ortalaması 9,70 ± 3,34 yıldı. 46 AA (%50,5), 18 (%19,8) AA totalis ve 27 (29,7) AA universalisli hasta vardı. Şiddetli AA erkek cinsiyette daha fazla görülmekle birlikte istatistiksel anlamlılık yoktu. Aile hikayesi olanlarda AA sık görülürken, aile hikayesi olamayanlarda totalis ve universalis tipi daha sık görüldü (p<0,05). 63 hastada (%69,2) tırnak tutulumu mevcuttu ve en sık pitting (n:47) görüldü. En sık tiroid bozuklukları (n:16, %17,6) olmak üzere, 25 hastaya (%27,5) eşlik eden en az bir ek hastalık tespit ettik. Alerjik hastalıklardan hastaların %38,5'inde (n:35) en sık atopik dermatit (n:23/35, %65,7) olmak üzere eşlik eden en az bir allerjik hastalık (atopik dermatit, allerjik rinit veya astım) olduğu görüldü. Serum IgE yüksekliği bulunan hastalardaki IgE yüksekliğinin hastalık süresi ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0,05). Hastalık süresi 5 yıldan fazla olan AA hastalarında eşlik eden diğer hastalıklar daha sık ve istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,01). Tiroid hastalığı bulunanlar ile 5 yıldan uzun süren hastalık arasında anlamlı ilişki bulunurken (p<0,01), hastalık şiddeti ile ilişkisizdi. Tiroid otoantikoru pozitifliği ile 5 yıldan uzun süren AA arasında güçlü bir korelasyon tespit edildi (p<0,01).

SONUÇ: Ülkemizde ve dünyada çocukluk yaş grubunda AA'lı hastalarda klinik ve demografik özelliklerini değerlendiren çalışmalar mevcut olmakla birlikte, bizim çalışmamız çocukluk çağındaki özellikle dirençli olgularda klinik, demografik özellikler, eşlik eden durumlar ve laboratuvar bulgularını geriye dönük olarak değerlendirmesi bakımından literatürdeki az sayıdaki çalışmadan biridir. Litertürdeki bulgularla uyumlu olarak biz de çocuklarda cinsiyet ile hastalık şiddeti arasında fark bulamadık. Hasta grubumuzda AA totalis ve AA universalis daha sık olduğu görüldü. SALT skoruna göre hastalık şiddetine baktığımızda hastaların %36,3'inde

hafif (S1, S2), %63,7'sinde şiddetli (S3, S4, S5) tutulum tespit ettik. Aile hikayesi olmayanlarda şiddetli hastalık, olanlarda ise hafif AA'nın istatistiksel olarak da daha sık olduğunu gördük. Aynı şekilde aile hikayesi bulunmayan hastalarda AT ve AU daha sıktı. Bu bulgular aile hikayesi AA sıklığını arttırırken, yaygınlık ve şiddet üzerinde pozitif bir eğilim mi yaratmaktadır sorusunu akla getirmektedir. AA' a eşlik eden otoimmün, genetik ve sistemik hastalıklardan hastalarımızda; alerjik hastalıkları, vitiligo, diyabetis mellitus, trizomi 21, tiroid hastalıkları, ailevi akdeniz ateşi, immün trombositopenik purpura ve çölyak hastalığı hikayesi tespit ettik.

Anahtar Kelimeler: alopesi areata, çocukluk çağı, dirençli

SS-05

Fraksiyonel karbondioksit lazer uygulamasının tırnak psoriasisi tedavisinde kullanılan topikal takrolimusun etkinliğinin arttırılmasındaki etkisi

Ferhan Bulut Demir, Muhammed Emre Oğraş, Tülin Ergun, Dilek Seçkin
Marmara Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Tırnak psoriasisi tedavisi zor bir hastalıktır. Tırnağın anatomik ve fiziksel özellikleri, tırnak psoriasisi için kullanılan topikal bir ajanın, tırnak plağında, yatağında veya matriksinde etkili ilaç konsantrasyonlarına ulaşmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, tedavi etkinliğini arttırmak için alternatif yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır.

AMAÇ: Fraksiyonel karbondioksit lazerin (FKL), tırnak psoriasisi tedavisinde kullanılan topikal takrolimusun etkinliğinin arttırılmasındaki etkisini değerlendirmek.

YÖNTEM: Prospektif, hasta içi karşılaştırmalı yapılan bu çalışmada, el tırnaklarında psoriasisi olan 17 hastanın rastgele belirlenen tırnaklarına dört hafta arayla üç seans FKL ve günde iki kez takrolimus %0.1 merhem uygulanırken, kontrol grubundaki tırnaklara ise sadece günde iki kez takrolimus %0.1 merhem tedavisi verildi. Tedavi süreci toplam 12 hafta sürdü ve etkinlik mNAPSI (modifiye Tırnak Psoriasis Şiddet İndeksi), HeGD (Hekimin Global Değerlendirmesi) ve HaGD (Hastanın Global Değerlendirmesi) skorları kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: En sık görülen tırnak bulguları onikoliz (%80.8), pitting (%64.2) ve subungual hiperkeratoz (%54.2) olarak tespit edildi. Topikal takrolimus ve topikal takrolimus + FKL kombine tedavisi uygulanan tırnaklar arasında bazal mNAPSI matriks, yatak ve toplam skorları açısından anlamlı bir fark gözlenmedi (sırasıyla p=0.375; p= 0.665; p= 0.147). Tedavi sonuçları değerlendirildiğinde, 12. haftada bazale göre mNAPSI toplam skorundaki ortalama azalma oranı, FKL/topikal takrolimus kombinasyonu ile %40.1, tek başına topikal takrolimus ile ise %15.3 olarak saptandı (p<0.001). Ancak tırnak matriks mNAPSI skorunda azalma açısından 4., 8. ve 12.haftada takrolimus merhem ve FKL/takrolimus merhem tedavisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (p=0.246). Tırnak yatağı mNAPSI skorundaki azalma ise, 4.hafta ve 8.haftada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değil iken (sırasıyla p=0.191, p=0.244); 12. haftada FKL/takrolimus kombinasyonu ile anlamlı düzeyde daha fazla azalma bulundu (p=0.010). Her iki grupta da tedavi iyi tolere edildi ve yan etki nedeniyle tedaviyi bırakan hasta olmadı.

SONUÇ: Bu çalışmada, FKL'nin takrolimus %0.1 merhem ile kombinasyonunun tırnak psoriasisi tedavisinde etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğu ve etkinliğinin tek başına takrolimus %0.1 merheme göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Özellikle tırnak yatağı üzerindeki olumlu etkileri göz önüne alındığında, bu kombine tedavinin tırnak psoriasisi yönetiminde değerli bir alternatif olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fraksiyonel karbondioksit, lazer, psoriasis, takrolimus, tırnak

Resim 1.

8 aydır asitretin kullanmasına rağmen dirençli tırnak lezyonları olan hastanın tedavi öncesi ve sonrası tırnaklarının görüntüsü. (Ok: FKL/takrolimus uygulanan tırnak, yıldız: sadece topikal takrolimus verilen tırnak)

Resim 2

Psoriasis için tedavisiz izlenmekte olan hastanın tedavi öncesi ve sonrası tırnaklarının görüntüsü. (Ok: FKL+ topikal takrolimus kombinasyonu uygulanan tırnak, yıldız: sadece topikal takrolimus verilen tırnak)

SS-06

Türkiye'deki 3. basamak referans merkezinde 10 yıllık yama testi sonuçları: alerjen duyarlılığı ve demografik faktörlerin değerlendirilmesi

Ayris Öztürk, Irmak Çaprak, Nilay Duman, Ayda Acar, Işıl Karaarslan, İlgen Ertam Sağduyu, İdil Ünal, Can Ceylan
Ege Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Alerjik kontakt dermatit, tekrarlayan alerjen temasıyla gelişen gecikmiş tip (Tip IV) hipersensitivite reaksiyonu olup, dünyada sık karşılaşılan dermatolojik hastalıklardandır. Yama testi, alerjenlerin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır.Türkiye'de çalışmalar çoğunlukla tek merkezli olup, bölgesel farklılıkları kapsayan geniş veri setleri sınırlıdır.Bu çalışma, Ege Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana bilim Dalı'nda 2015-2024 yıllarındaki yama testi sonuçlarını değerlendirerek, Türkiye'de alerjen duyarlılığı prevalansını, reaksiyon derecelerini ve demografik değişkenlerle ilişkisini belirlemeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM: Çalışmaya, 3-92 yaş aralığında, verileri eksiksiz 1408 hasta alınmıştır.Verileri eksik ve yaşı uymayanlar dışlanmıştır.Yama testi, topikal kortikosteroid, sistemik antihistaminik, sistemik immünosüpresif tedavi almayan hastalara uygulanmıştır.Sonuçlar, Uluslararası Kontakt Dermatit Araştırma Grubu (ICDRG) kriterlerine göre değerlendirilmiş, en az 1+ reaksiyon gözlenenler pozitif kabul edilmiştir. İstatistiksel analizde SPSS v.29.0 kullanılmıştır($p<0,05$).Yaş, cinsiyet ve meslek ile alerjen pozitifliği arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışma dahilindeki 1408 hastanın %60,2'si kadın(n=847), %39,8'i erkekti(n=561). Katılımcıların medyan yaşı 38 olup, en sık rastlanan meslekler ev hanımları, işçiler, öğrenciler ve sağlık çalışanlarıydı. Hastaların %96,2'sine alerjik kontakt dermatit tanısı konulmuş, en sık tutulum, eller (%40,3), baş-boyun (%22,2) ve ayaklarda (%17,8) belirlenmiştir. Genel olarak, hastaların %45,1'i (n=635) en az bir alerjene pozitiflik göstermiştir.Pozitiflik, kadınlarda(%47,5), erkeklerde(%41,5) görülmüştür($p=0.029$).Hastaların ortalama yaşı 37,65'tir(median:36, SD:14.324, min:4, maks:83).En yüksek pozitiflik %15,7 ile nikel sülfatta görülmüş, bunu altın sodyum tiyosülfat(%8,2)vetiyomersal(%7,2)takipetmiştir.Kobaltklorür (%5,2), karba karışımı (%4,2), potasyum dikromat(%3,1) ve formaldehit reçinesi (%3,1) pozitiflik göstermiştir.En düşük pozitiflik %0,3 ile Neomisin sülfatta görülmüştür. Pozitiflik derecelerine göre, hafif (+1) ve orta şiddette (+2) reaksiyonlar daha yaygın olup, güçlü pozitiflik (+3) genellikle daha düşüktü. Nikel sülfata duyarlı hastaların çoğu +1 (%7,2) ve +2 (%6,5) pozitifken, +3 pozitiflik %2 görülmüştür.Bazı alerjenlerde ise güçlü pozitiflik daha belirgin olup, p-fenilendiamin pozitif vakaların %16'sında +3 reaksiyon saptanmıştır. Formaldehit reçinesi, yün alkolleri ve fragrance mix gibi alerjenlerde +3 pozitiflik gözlenmemiştir. Cinsiyet analizde, nikel sülfat ve tiyomersal pozitifliğinin kadınlarda, potasyum dikromat, epoksi reçine ve karba karışımı

pozitifliğinin ise erkeklerde anlamlı olarak yüksek görülmüştür(p<0.05).Yaşlara göre alerjen pozitifliklerinde çocuk (0–18 yaş), orta yaş (19–50 yaş) ve ileri yaş (51–92 yaş) grupları arasında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir.Nikel sülfat ve p-fenilendiamine duyarlılık orta yaş grubunda daha yaygınken, timerosal, kobalt klorür ve parthenolide duyarlılığı yaşla artmış ve en yüksek oranlara ileri yaşta ulaşmıştır(p<0.05). Mesleki analizde, potasyum dikromat duyarlılığı en yüksek işçiler ve esnaflarda bulunmuştur(p=0.018).Kuaförlerde p-fenilendiamine(p=0.003) ve formaldehit (p=0.016) için risk artmıştır.Sağlık çalışanlarında timerosal duyarlılığı daha yüksektir(p=0.039). Büro çalışanlarında fragnance mix (p=0.042) ve nikel sülfat (p=0.006) duyarlılığı, sporcularda fragrance mix (p=0.018) ve metildibromo glutaronitril (p=0.017) duyarlılığı artmıştır.Emeklilerde pozitiflik oranı daha düşüktür(p=0.015).

SONUÇ: Çalışma, Türkiye'de alerjik kontak dermatitteki yaygın alerjenleri belirleyerek, bu alerjenlerin yaş, cinsiyet ve mesleki faktörlerle ilişkilerini göstermektedir.Nikel sülfat en sık alerjen olarak, kadınlarda daha yaygındır.Bulgularımız, mesleki ve çevresel maruziyetin önemini vurgulamaktadır..Ayrıca yama testinin tanı koymadaki önemini desteklemekte ve Türkiye'deki alerjen duyarlılığına dair kapsamlı veriler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yama testi, dermatit, alerjik kontakt dermatit

SS-07

Cilt Bulgularıyla Prezente Olan Önemli Bir Mortalite ve Morbidite Belirteci: Eruptif Ksantom

Goncagül Kurtar Korkmaz[1], Beyza Türe Avcı[1], Selcen Kundak[1], Sümeyye Ekmekci[2]
[1]İzmir Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Eruptif ksantom; dermiste lipit birikimiyle karakterize, genellikle ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde, gövdede, kalçada yerleşim gösteren *eritemli-sarı renkli papüllerle* karakterize bir dermatozdur. Hipertrigliseridemiyle güçlü ilişkisi bilinmekle birlikte kontrolsüz diyabet, metabolik sendrom, koroner arter hastalığı ile de ilişkilidir. Bu nedenle, "benign" olarak adlandırılmasına rağmen doğru tanı konulması ve gerekli konsültasyonların yapılması hayati önem taşımaktadır. Doğru tanı aldığı takdirde henüz ortaya çıkmamış *koroner arter hastalığı, kontrolsüz diyabet vb.* durumların ortaya çıkarılması sağlanacak, bu durumlara bağlı komplikasyonların ve akut pankreatit, miyokard infarktüsü, diyabetik ketoasidoz gibi mortalitesi yüksek akut patolojilerin önüne geçilecektir.

OLGU: 31 yaşında erkek hasta sol kol ekstansör yüzde, sol lomber bölgede ve sırt sol yarımında daha yoğun olmak üzere el bileklerine de yerleşen eritemli, sarı renkli kaşıntılı papüller nedeniyle başvurdu.

Lezyonların ne zaman başlandığı tam olarak bilinmiyordu. Muayenesinde hastanın trunkal obezitesi oldukça dikkat çekiciydi. Sağ kolda olan doğumsal brakial pleksus felci dışında bilinen ek hastalığı ve sürekli ilaç kullanımı yoktu. Sigara ve alkol kullanmıyordu. Özgeçmişinde annede tip 2 diyabetes mellitus mevcuttu.

Yapılan kan tetkiklerinde açlık kan glukozu 203, HbA1c%'si 11.4; kolesterol 471 HDL 12 ve trigliserid 1289 olarak saptandı.

Eruptif Ksantom ön tanısıyla bir adet insizyonel biyopsi materyali alındı. Alınan materyalin histopatolojik incelenmesinde: dermise yerleşen köpüksü beyaz sitoplazmalı hücrelerden oluşan ksantomatöz lezyon görüldü: Eruptif Ksantom tanısı histopatolojik olarak doğrulandı.

Tanının doğrulanmasının ardından ve mevcut tetkiklerle birlikte hasta iç hastalıklarına konsülte edildi. Hastanın iç hastalıkları servisine yatışı yapıldı: insülin, oral antidiyabetik ve antilipidemik tedavi başlandı.

SONUÇ: Eruptif ksantomda görülen küçük pembe-sarı renkli papüller kaşıntılı olabilir veya tamamen asemptomatik kalabilir. Hastada kaşıntı şikayeti veya kozmetik şikayet dışında herhangi bir soruna yol açmayabilir. Bu nedenle hastaların başvuru süresi gecikebilir. Ekstremite ekstansörlerinde, gövdede, kalçada yoğun olmak üzere vücudunda multiple ksantomlarla başvuran hastalarda mutlaka akılda bulundurulması gereken bir tanıdır. Çünkü eruptif ksantom çoğu zaman

hiperlipidemi, kontrolsüz diyabet, metabolik sendrom gibi sessiz katiller ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Hiperlipidemi, Metabolik Sendrom, Mortalite

Resim-1

Sol lomber bölgede görülen eritemli-sarı renkli papüller

Resim-2

Sol dirsek ekstansör yüzde eritemli-sarı renkli papüller

SS-08

İnfantil hemanjiyom tedavisinde topikal %2 karteolol›un etkinliğinin klinik ve dermoskopik değerlendirilmesi

Esranur Ünal[1], Muhammed Burak Yücel[2], Saadet Nurşah Gedikli[2], Yılmaz Ulaş[2], Fatma Türkan Mutlu[3], Bengü Nisa Akay[4]
[1]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Kayseri Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Hematoloji Onkoloji Anabilim Dalı
[4]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: İnfantil hemanjiyomlar, bebeklerde en sık görülen benign vasküler tümörlerdir ve vakaların %10-15'inde komplikasyonlar nedeniyle tedavi gerekmektedir. Sistemik propranolol ilk basamak tedavi seçeneği olmakla birlikte, sistemik yan etki potansiyeli, topikal tedavilere olan ilgiyi artırmaktadır. Bu çalışmada infantil hemanjiyom tedavisinde, topikal %2'lik karteololün dermoskopik ve klinik etkinliği değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Çalışmaya toplam 15 infantil hemanjiyom hastası dahil edildi ve hastalara 3 ay boyunca, günde iki kez topikal %2'lik karteolol damla uygulandı. Klinik ve dermoskopik görüntüler tedavi öncesinde, 1. ayda ve 3. ayda kaydedildi. Eritem, klodlar, sarmal damarlar ve nokta damarlar gibi dermoskopik özellikler değerlendirildi. Tedavi yanıtı, Vizuel Analog Skala skoru kullanılarak ölçüldü.

BULGULAR: Başlangıçta en sık gözlenen dermoskopik bulgu sarmal damarlardı ve bunu serpantin ile nokta damarlar takip etti. 1. ve 3. aylarda eritem ve sarmal damar skorlarında ($p<0.05$) ve 3. ayda klod skorunda ($p<0.05$) azalma gözlendi. Deri rengindeki yapısız alanda, lezyon gerilemesini gösterecek şekilde anlamlı bir artış saptandı ($p<0.05$). Vizuel Analog Skala skorları, 3 aylık dönemde anlamlı bir düşüş gösterdi ve başlangıçtaki nokta damar skorları ile tedavi yanıtı arasında pozitif bir korelasyon vardı (r:0.656, p:0.008).

SONUÇ: Topikal %2 karteolol infantil hemanjiom için etkili ve güvenli bir tedavi yöntemidir. Dermoskopik izlem, eritem, klodlar ve vasküler paternlerde önemli değişiklikler göstererek tedavi yanıtı hakkında değerli bilgiler sağlar. Başlangıçta nokta damarların varlığı, tedavi yanıtının öngördürücüsü olabilir. Bu bulguları doğrulamak için daha uzun takip süreli ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: dermoskopi, infantil hemanjiom, topikal β-blokör

SS-09

Hidradenitis süpürativa hastalarının serum İL-32 ve İL-36 seviyelerinin ölçülmesi

İdris Demir, Serhat İnalöz
Gaziantep üniversitesi tıp fakültesi dermatoloji anabilim dalı /Gaziantep

GİRİŞ-AMAÇ: Hidradenitis süpürativa hastalığı kronik, inflamatuar hücre cevabı ve sitokin aktivasyonu ile karakterize, rekürren bir deri hastalığıdır. Patogenezi henüz iyi anlaşılmamıştır. Çoğu çalışmada interlökin ve sitokinlerin potansiyel rolü üzerinde durulmuştur. Bu çalışma ile amacımız hidradenitis süpürativa hastalarının özellikle daha önce az çalışılan serum IL-32 ve IL-36 seviyelerinin ölçülüp normal populasyonla karşılaştırıp hastalık patogenezinde rolünü ortaya koymak, bilimsel çalışmalara katkı sağlamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Ağustos 2020-Temmuz 2021 tarihleri arasında başvuran ve hidradenitis süpürativa hastalığına sahip, daha önce biyolojik ajan kullanmayan, 18-65 yaş aralığında, gebe olmayan, emzirmeyen 30 hasta ve Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Ağustos 2020-Temmuz 2021 tarihleri arasında başvuran herhangi bir kronik hastalığı olmayan, gebe olmayan, emzirmeyen 18-65 yaş arası 20 sağlıklı gönüllü dâhil edildi. Hasta ve gönüllülerden alınacak 10 mililitrelik kandan serum ayrıştırdıktan sonra ELISA yöntemi ile IL-32 ve IL-36 seviyeleri ölçülüp karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hasta grubunda (I. grup) IL-36 ortalaması 150,42 ± 46,68 iken kontrol grubunda (II. grup) 81,38 ± 57,85 olarak saptanmıştır. Hasta grubu ile kontrol grubu arasında IL-36 seviyeleri arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). IL-32 seviyeleri ise I. grupta ortalama 11,37 ± 9,38 saptanırken II. grupta 5,8 ± 2,91 olarak saptanmıştır. I. grupla II. grup arasında IL-32 seviyeleri açısından istatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,004$).

SONUÇ: Sonuç olarak ELISA yöntemiyle ölçülen serum IL-32 ve IL-36 seviyeleri hidradenitis süpürativa hastalarında normal populasyona göre daha yüksek bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis Süpürativa, IL-32, IL-36

SS-10

Nrf2 ve Selenopretin-P'nin Psoriasis Şiddeti, Tırnak ve Eklem Tutulumu ile Korelasyonu

Mehmet Enes Sevgili[1], Pelin Hızlı[1], Tuğçin Mutlu[2], Arzu Kılıç[1]
[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Balıkesir
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Balıkesir

AMAÇ: Psoriasis sınırları belirgin eritemli, skuamlı plaklarla karakterize kronik, inflamatuar bir hastalıktır. Psoriasiste şiddetli inflamasyon, anormal keratinosit diferansiyasyonu ve epidermal hiperproliferasyon içeren kompleks immünolojik reaksiyonlar rol oynar. Psoriasisin patogenezinde interlökin 23 aracılı yardımcı T lenfosit 17 aktivasyonu önemli bir inflamatuar mekanizma olarak kabul edilir. Oksidatif stres, reaktif oksijen materyallerinin birikimi de bu patogeneze katkıda bulunur. Antioksidan özelliği olan Selenoprotein-P, karaciğerde üretilen ve selenyumun dokulara taşınmasını sağlayan bir glikoproteindir. Nükleer Faktör Eritroid 2 İlişkili Faktör 2 (NRF2) ise oksidatif streslere karşı hücresel savunmayı düzenleyen bir transkripsiyon faktörüdür. Bu çalışmanın amacı bu antioksidan proteinlerden olan Selenoprotein-P ve NRF2 düzeylerinin psoriasis hastalarında hastalık şiddeti, tırnak ve eklem tutulumu ile ilişkisini incelemektir.

YÖNTEM: Çalışmaya 18-65 yaş arasında herhangi bir enfeksiyöz, malign, inflamatuar hastalığı olmayan psoriasis tanısı almış 50 hasta ile, yaş ve cinsiyet açısından benzer 50 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Psoriasis hastalarına aile öyküsü ve hastalık süresi soruldu. Ek olarak psoriatik artrit tanısı almış hastalar kaydedildi. Hastalar, Psoriasis Alan Şiddet İndeksi ve Tırnak Psoriasisi Şiddet İndeksi kullanılarak değerlendirildi. Serum Selenoprotein-P ve NRF2 düzeyleri ölçülüp, bu parametreler hasta ve kontrol grubu arasında karşılaştırıldı. Serum Selenoprotein-P ve NRF2 düzeylerinin, hasta grubunda tırnak ve eklem tutulumu ile ilişkisi ve hastalık şiddetine göre korelasyonu incelendi.

BULGULAR: Hasta grubunun serum NRF2 düzeyi, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0,026$). Serum NRF2 düzeyi ile Psoriasis Alan Şiddet İndeksi arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir korelasyon gözlendi ($p=0,044$, $rho=-0,287$). Eklem tutulumu, tırnak tutulumu, hastalık süresi ve Tırnak Psoriasisi Şiddet İndeksi ile serum NRF2 düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi (($p=0,587$), ($p=0,197$), ($p=0,110$, $rho=-0,229$), ($p=0,120$, rho:-0,223)). Serum Selenoprotein-P düzeylerinde hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,788$). Eklem tutulumu, tırnak tutulumu ve Psoriasis Alan Şiddet İndeksi ile serum Selenoprotein-P düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (($p=0,506$), ($p=0,121$), ($p=0,062$, rho:-0,266)). Tırnak Psoriasis Şiddet İndeksi ile serum Selenoprotein-P düzeyi arasında negatif yönde zayıf korelasyon gözlendi ($p=0,014$, $rho=-0,345$).

SONUÇ: Sonuç olarak çalışmamızda psoriasis hastalarında serum NRF2 düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna kıyasla

anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilirken serum Selenoprotein-P düzeyi ile kontrol grubu arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Ayrıca serum NRF2 düzeylerinin Psoriasis Alan Şiddet İndeksi ile negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. NRF2'nin antioksidan ve antiinflamatuar özellikleri göz önüne alındığında bu proteinin eksikliğinin psoriasis gelişiminde ve şiddetinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamız NRF2'nin psoriasis hastalarında potansiyel bir biyobelirteç olabileceği yönünde ilk adımlardan birini atmaktadır. Ancak, çalışmamızdaki hasta sayısının sınırlı olması ve literatürde psoriasis hastalarında serum NRF2 düzeyi ile ilgili çalışma bulunmaması nedeniyle daha geniş çaplı ve uzun dönemli çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu tür çalışmalar, antioksidan proteinlerden olan Selenoprotein-P ve NRF2'nin psoriasis patogenezindeki rolünü aydınlatacak ve hastalığın tanısında ve tedavisinde yeni stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: inflamasyon, NRF2, oksidasyon, psoriasis, Selenoprotein-P

Hasta ve kontrol gruplarında serum NRF2 düzeyi (ng/mL)

	Medyan	Min	Maks
Hasta	10,2	6,6	53,5
Kontrol	12,4	8	58,6

(p=0,026)

Hasta ve kontrol gruplarında serum Selenoprotein-P düzeyi (mg/L)

	Medyan	Min	Maks
Hasta	4,5	1,8	20
Kontrol	4,3	1,5	18,6

(p=0,788)

SS-11

Ege üniversitesi tıp fakültesi dermatoloji kliniğine başvuran dermatitis herpetiformis hastalarının 15 yıllık gerçek yaşam veri analizi

Ayda Acar[1], Ece Okumuşlar Tozman[1], Nilay Duman[1], Işıl Karaarslan[1], İlgen Ertam Sağduyu[1], Taner Akalın[2], Elvan Işık[3], İdil Ünal[1]
[1]Ege Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Dermatitis herpetiformis (DH), gluten duyarlılığının bir belirtisi olan nadir görülen, otoimmün, kutanöz, büllü bir hastalıktır. Ekstansör yüzeylerde kaşıntılı papülovezikül-ler veya üzerinde ekskoriasyon olan papüllerle seyreder. Ana tedaviyi glutensiz diyet ve dapson oluşturmaktadır. Nadir görülen bir hastalık olması sebebiyle Dermatitis Herpetiformis Türkiye verilerine ulaşmayı amaçladığımız bu çalışmada kliniğimiz büllü hastalıklar izlem polikliniğinde takip ettiğimiz hastalarımızın verileri gözden geçirildi. Bu çalışma bu verilerle mevcut literatür verilerini karşılaştırmayı ve Dermatitis Herpetiformis hastalığının Türkiye gerçek yaşam verilerine ulaşmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM: Retrospektif çalışmaya 1 Ocak 2007-1 Ocak 2025 tarihleri arası izlem polikliniğinde Dermatitis Herpetiformis tanısıyla düzenli takiplerine gelen 27 hasta dahil edilmiştir. Hastalar rutin olarak hastalığın gidişatına ve mevcut başlanan ilacın izlem kriterlerine göre 2-3 ayda bir takip edilmektedir. Hastaların yaş, cinsiyet, ek hastalık, tanı yaşı, alınan deri biyopsilerinin histopatolojik ve direkt-immunofloresan sonucu(DIF), anti-gliadin, anti-endomisyum ve anti-transglutaminaz antikor seviyeleri, enteropati varlığı, dapson kullanım süreleri ve bu tedavilere yanıtları gibi veriler kullanılarak istatistiksel analizler SPSS v.29.0 programlarında yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışma dahilindeki 27 hastanın 17'si erkek (%63), 10'u (%37) kadındı. Hastaların ortalama yaşı 51,82±16,27 (21-82), hastalığın tanı yaşı ortalama 42,48 ± 16,52 (9-76)'di. 19 hastada (%76) hastalık dapson kullanımı ile kontrol altına alındı. Dapson kullanan hastaların 5'i (%26,3) gün aşırı 50 mg, 9'u (%47,4) 50mg/gün, 3'ü (%15,8) 100 mg/gün, geri kalan birer hasta (%5,3) 150 mg/gün ve 200 mg/gün dapson kullanmaktaydı. Hastaların sadece 4'ünde (%17,4) sistemik steroid kullanım öyküsü mevcuttu. Takip edilen hastaların 19unda (%76) aktif lezyon yoktu. Hastaların 14'ünde (%66.7) ek hastalık mevcuttu. Ek hastalığı olanların 3'ünde (%14.3) Çölyak,4'ünde (%19) diyabetes mellitus eşlik etmekteydi. Hastaların 19'unda (%95) histopatoloji hastalıkla uyumluydu, DIF pozitifliği hastaların 18'inde (%85.7) gözlendi. Hastaların 18'inde (%78.3) anti-gliadin antikor, 9'unda (%60) anti endomisyum, 15'inde (%68.2) doku transglutamaz antikor pozitifliği gösterdi. Endoskopi yapılan hastaların 8'inde (%50) enteropati mevcuttu. Enteropatisi olan hastaların ortalama tanı yaşı 36.25±21,43, olmayanların 48±18,90'dı. Enteropatisi olan hastalarda doku

transglutamazı yüksekti.(p<0.002). Histopatolojisi DH ile uyumlu olan hastaların 11'inde (%91,7) dapsona yanıt alındı ve DH ile uyumlu histopatolojisi olan hastaların 6'sında (%54,5) enteropati mevcuttu.

SONUÇ: Bu çalışma, nadir bir hastalık olan Dermatitis Herpetiformis için Türkiye verilerini inceleyerek, yaş, cinsiyet, tanı yaşı, ek hastalık varlığı, antikor pozitiflikleri, enteropati varlığı gibi verileri ve ilişkilerini ortaya koymaktadır. Hastalığın ortalama tanı yaşı, erkek cinsiyet baskınlığı literatürle benzerdir. Enteropatisi olan hastalarda doku transglutamazı yüksek olması anlamlı bulunmuştur. Bulgularımız, bu nadir hastalığa tanı konduğunda enteropati varlığının sorgulanması gerekliliğini vurgulamaktadır. Dapsona dramatik yanıt hastalarımızın çoğunda mevcut olması literatürle benzerdir. Sonuçlarımız Türkiye'deki dermatitis herpetiformis hastalığına dair daha kapsamlı bir anlayışa katkıda bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çölyak, Dapson, Dermatitis Herpetiformis, Enteropati

SS-12

Psoriasisli Hastalarda Biyolojik Ajan Kullanımının Tırnak Kıvrımı Dermoskopik Bulgularına Etkisi: 3 Yıllık Gözlemsel Çalışma

Öyküm Özalp, Ceyda Tetik Aydoğdu, Suzan Demir Pektaş, Emine Tuğba Alataş
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Muğla

AMAÇ: Psoriasis deride eritemli-skuamlı plaklarla karakterize kutanöz inflamatuvar bir dermatozdur. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde bu kutanöz inflamasyon sistemik bir inflamasyona yol açarak çeşitli komorbiditelere neden olmaktadır. Kronik inflamasyon sonucu gelişen metabolik sendrom, hipertansiyon gibi komorbiditelerin oluşumunda mikrovasküler değişikliklerin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Kapilleroskopi tırnak kıvrımının görüntülenerek mikrovasküler değişikliklerin izlenebildiği non-invaziv bir görüntüleme yöntemidir. Kapilleroskopun bulunmadığı durumlarda dermoskopinin de kapiller bölgede benzer başarı ile uygulanabileceği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızın amacı, psoriasisli hastalarda biyolojik ajan tedavisinin tırnak kıvrımı dermoskopik bulguları üzerindeki etkilerini incelemektir. Özellikle kapiller ektazi, anormal morfoloji, mikrohemoraji ve neovaskülarizasyon gibi mikrovasküler değişikliklerin biyolojik tedavi süresince nasıl değiştiğini değerlendirerek, tırnak kıvrımı dermoskopisinin psoriasis tedavisindeki rolünü araştırmayı hedefliyoruz.

YÖNTEM: Çalışmamızda psoriasisli hastalar; biyolojik ajan tedavisine başlayacak olanlar ve topikal tedavi alanlar olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Hastaların tırnak kıvrımı kapiller incelemesi bilgisayarlı dermoskop yardımı ile kayıt altına alınmıştır. 3 yılın sonunda biyolojik tedavi alan hastaların tırnak kıvrımı bölgeleri dermoskopla yeniden incelenerek değişiklikler kaydedilmiştir. 3 yıllık süre boyunca biyolojik tedavinin 6 ayın üzerinde ara verildiği ve takiplerinde ulaşılamayan, lokal tırnak patolojileri gelişen hastalar çalışmadan çıkarılmıştır.

BULGULAR: Biyolojik ajan tedavileri alan hastalar arasında başlangıçta kapiller ektazi, anormal morfolojide kapiller varlığı ve neovaskülarizayon olan 3 hastada, üç yılın sonunda bu kapiller bulguların gerilediği; ancak kapiller dansitede azalma olduğu görüldü. Bunun dışında kapilleroskopik diğer bulgular açısından anlamlı fark saptanmadı.

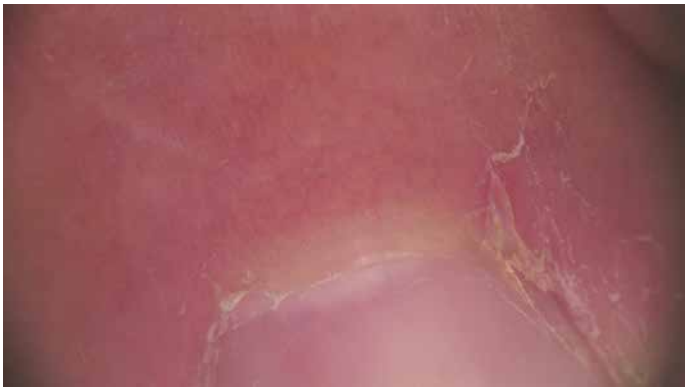
SONUÇ: Çalışmamızın sonucunda biyolojik ajan tedavisi alan hastalarda kapiller ektazi bulgusu daha önce sistemik tedavi almayan psoriasisli hastalara göre anlamlı oranda yüksekti(p<0,05). İki grup arasında avasküler alan varlığı, mikrohemoraji varlığı, anormal morfolojide kapiller varlığı, kapiller dansitede azalma ve neovaskülarizasyon açısından anlamlı fark izlenmedi.

Çalışmamız aterosklerotik bağımsız risk faktörü olarak kabul edilen psoriazisin major kardiyovasküler olay varlığı açısından biyolojik ajan kullanımının etkisini değerlendiren sınırlı sayıdaki çalışmalardan biridir. Ayrıca daha geniş katılımlı,

kullanılan biyolojik tedavilerin sınıflandırıldığı çalışmalarda tırnak kıvrımı dermoskopik bulgularının psoriasisin endotel disfonksiyonuna etkisini takip için kullanımını değerlendirmeyi önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: biyolojik ajan, kapilleroskopi, psoriasis, tırnak kıvrımı

Figure-1



kapiller ektazi, anormal morfolojide damarlar ve neovaskülarizasyon

Figure-2

kapiller dansitede azalma

SS-13

Atopik dermatitli hastalarda dirençli dermatit alanlarında alerjik kontakt duyarlanmanın değerlendirilmesi

Ali Osman Metintaş[1], Leyla Baykal Selçuk[2]
[1]Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ağrı
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Trabzon

AMAÇ: Bu çalışmada atopik dermatitli (AD) hastalarda dirençli seyreden durumlarda eşlik edebilecek temas alerjisinin saptanması amaçlandı. Dermatoloji pratiğinde gün geçtikçe daha sık karşılaştığımız ve hastalara ek yük oluşturan bu durumu yama testiyle beraber tespit etmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğinde Eylül 2022-Şubat 2024 tarihleri arasında prospektif olarak alerjik kontakt dermatit (AKD) şüphesiyle yama testi uygulanan AD tanılı toplam 62 hasta ile gerçekleştirilmiştir. AD'li hastaların demografik özellikleri, SCORAD şiddeti, atopik komorbiditeleri, yama testi sonuçları olgu formuna kaydedilmiştir. Hastalara Avrupa standart serisi uygulanmış ve test sonuçları Avrupa Kontakt Dermatit Derneği(ESCD)'nin belirlediği kriterlere göre 48. Saat ve 96. Saatte tek hekim tarafından değerlendirilmiştir. + ve üstü reaksiyonlar pozitif kabul edilirken, irritan reaksiyonlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Aynı zaman aralığında yama testi uygulanan ve AD tanısı olmayan 306 hasta ile karşılaştırılması yapılmıştır.

BULGULAR: AD tanılı yaşları 9-83 arasında değişen toplam 62 hastaya (19'u (%30.6) erkek, 43'ü (%69.4) kadın, yaş ortalaması 31.19 (±17.97) yıl) yama testi uygulanmıştır. SCORAD'a göre 51(%82.3) hasta hafif, 11(%17.7) hasta orta şiddettedir. AD'li hastaların 39'unda (%62.9) ek alerjik hastalıklar saptanmıştır. Yama testinde AD'li 39(%62.9) hastada en az bir alerjen ile pozitif reaksiyon izlenirken; cinsiyetlere göre alt grup bakıldığında 43 kadın hastanın 26'sında (%60.5), 19 erkek hastanın 13'ünde (%68.4) en az bir alerjen ile pozitif reaksiyon saptanmıştır. Cinsiyetin, hastalık şiddetinin ve ek alerjik tablo varlığının yama testinde pozitif reaksiyon gelişmesine bir etkisi olmadığı görülmüştür (sırasıyla p=0.550, p=1.000, p=0.404). En sık pozitif saptanan beş alerjen; nikel sülfat(n=19/62, %30.6), potasyum dikromat(n=7/62, %11.3), koku karışımı I(n=5/62, %8.1), klormetilizotiazolinon/metilizotiazolinon(n=5/62, %8.1), tekstil boyası(n=4/62, %6.5)'dır. Kontrol grubunda 306 hastaya (122'si (%39.9) erkek, 184'ü (%60.1) kadın, yaş ortalaması 33.47 (±15.58) yıl) yama testi uygulanmış; 123 (%40.2) hastada en az bir alerjen ile pozitif reaksiyon izlenmiştir. AD'li hastalarda (%62.9) kontrol grubuna (%40.2) göre yama testinde anlamlı şekilde daha fazla pozitiflik saptanmıştır (p=0.001). Kontrol grubu ile AD'li hasta grubunda en sık pozitif saptanan dört alerjeni -nikel sülfat, potasyum dikromat, koku karışımı I, tekstil boyası- karşılaştırdığımızda; hepsinde AD'li hasta grubunda daha yüksek pozitiflik oranı izlenmesine rağmen istatistiksel olarak sadece nikel sülfattaki fark an-

lamlı bulunmuştur (p=0.016). 306 hastalık kontrol grubunun 201'ine, 62 hastalık AD'li grubun 19'una el egzeması endikasyonuyla yama testi uygulanmıştır. Bu endikasyonda kontrol grubunda 82(%40.8), AD'li grupta 16(%84.2) hastada en az bir alerjen ile pozitiflik saptanmış ve ikisi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(p<0.001). El egzeması endikasyonunda kontrol grubunda en sık pozitif saptanan iki alerjen nikel sülfat (n=36/201, %17.9) ve potasyum dikromat (n=10/201, %5) olurken; AD'li grupta da aynı iki alerjen en sık olarak saptanmıştır (nikel sülfat (n=9/19, %47.4), potasyum dikromat (n=4/19, %21.1)). İki grup arasında farka bakıldığında hem nikel sülfat hem de potasyum dikromat; AD'li hasta grubunda istatistiksel olarak daha yüksek pozitiflik oranı ile izlenmiştir (sırasıyla p=0.005; p=0.023)

SONUÇ: Çalışmamız, AD'te kontakt alerjinin önemli bir komorbidite olabileceğini ve yama testi ile değerlendirilmesinin gerekli olduğunu göstermektedir. Elde ettiğimiz sonuçlar hastalarda genel popülasyona kıyasla daha yüksek kontakt duyarlanma oranlarının mevcut olabileceğini desteklemektedir. Hastalarda kontakt alerjenlere karşı duyarlılığın değerlendirilmesi, hastalık yönetiminde önemli bir adım olabilir. Özellikle dirençli ve tekrarlayan dermatit vakalarında yama testi uygulanması, tetikleyici faktörlerin belirlenmesine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, deri yama testi, kontakt duyarlanma

SS-15

Mikozis Fungoides hastalarında gelişen sekonder malignitelerin değerlendirilmesi: Tek merkezli retrospektif çalışma

Ceren Çimen, Arzu Kılıç, Pelin Hızlı, İlkay Can
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji Ana Bilim Dalı

AMAÇ: Mikozis fungoides (MF) yavaş progresyon gösteren en sık görülen primer kutanöz T hücreli lenfomadır. MF hastalarının uzun dönem takipleri ile ilgili yayınlar göreceli olarak azdır. Bu çalışmanın amacı, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde MF tanısı almış hastaların klinik özelliklerini, tedavilerini ve takip sırasında gelişen ek hastalıklarını retrospektif olarak değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: Ocak 2014-Şubat 2025 tarihleri arasında kliniğimize başvuran MF tanısı alan hastaların demografik özellikleri, aldıkları tedavileri ve takipleri sırasında gelişen maligniteleri retrospektif olarak değerlendirildi ve kaydedildi. Hastaların demografik özellikleri, hastalık süresi, klinik evreleri (TNBM sınıflandırması), aldıkları tedaviler ve ek hastalıkları ve takip sürecinde gelişen maligniteler kayıt edildi.

SONUÇLAR: 18'i kadın,16'sı erkek toplam 34 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaşları 20 ile 92 arasında değişiyordu. Ortalama yaş 60,2 olarak bulundu. Semptom başlangıcından tanıya kadar geçen ortalama süre 36,35 ay olarak bulundu. Hastaların ilk başvuru anındaki MF evreleri değerlendirildiğinde olguların %17,64'ünde evre IA, %64,7'sinde evre IB, %14,70'inde evre IIA ve %2,94'ünde IIIB saptandı. Erken evre MF tedavisinde en sık kullanılan tedaviler içinde topikal kortikosteroidler (%91,17), fototerapi (%76,47), asitretin (%47) ve topikal beksaroten (%41,7) yer almaktaydı. Bunun dışında tedaviler içinde sırasıyla interferon-alfa, oral beksaroten, topikal kalsinörin inhibitörleri, interferon beta, radyoterapi ve metotreksat yer alıyordu. Hastaların ilk başvuru anında %38,23'ünde hipertansiyon, %29,41'inde diyabet mellitus ve %20,58 inde tiroid patolojileri mevcuttu. Hastaların ortalama takip süresi 52,38 ay idi. Takip sırasında %23,52 hastanın evresi stabil kaldı. Ek olarak %67,64 hastada regresyon, %8,82 hastanın evrelerinde progresyon gözlendi. Takip süresi boyunca hastaların %14.70'inde sekonder malignite gelişti. Sekonder malignite tanısı sırasında ortalama yaş 75,6 yıldı. İkinci malignite tanısı konulan hastaların %80'inde erken evre MF vardı. Takip sırasında dört hastada tiroid nodülü, iki hastada kolon karsinomu, bir hastada tiroid papiller karsinom ve lentigo maligna, bir hastada meme karsinomu, ve bir hastada multipl myelom izlendi. 10 yıllık takip sürecinde iki hastanın ölüm olayı kaydedilmiştir.

SONUÇ: Erken evrede tanı konulan MF hastalarında prognoz iyi olup ortalama yaşam süresi sağlıklı bireylerle benzerdir. Ancak, ileri evre MF'li hastaların yaşam süresi kısalabilir. Hastanın yaşı, genel durumu, ve hastalığın evresi göz önünde bulundurularak farklı tedavi yöntemleri tercih edilmektedir. MF hastaları kutanöz ve ektrakutanöz maligniteler ve tiroid

patolojileri açısından dikkatle takip edilmelidir. MF hastalarında gözlenen immünolojik disfonksiyonun malignite gelişimi için ek bir risk oluşturabileceği söylenebilir. Bu riskin nedeni belirsizdir ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. MF hastalarında malignite taraması için sistem sorgularının detaylandırılması, yaşa ve cinsiyete özgü malignite taramalarının yapılması düşünülebilir. Verilerimiz, MF'nin nispeten agresif olmayan bir kutanöz lenfoma olduğu teorisini desteklemektedir. Ancak, MF hastalarının yaşam süresini, gelişebilecek maligniteleri ve yaşam kalitesini doğrudan etkilediği için erken tanı hastalığın progresif seyretmesinin önlenmesi ve mortalite oranının düşürülmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Mikozis Fungoides, Deri kanseri, Kutanöz T-hücreli lenfoma, Malignite

SS-16

Yaşlı Psoriasis Hastalarında Hastalığın Şiddeti, Komorbiditeleri ve Tedaviye Yanıt Oranlarının İncelenmesi

Birsen Naz Karadayı, İsmail Esendir, Ayda Acar, İlgen Ertam Sağduyu
Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Psoriasis, kronik, inflamatuar bir hastalıktır. Psoriasise obezite, diyabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, üveit, depresyon gibi çeşitli hastalıklar eşlik edebilmektedir. Yaşlı psoriasis hastalarında diyabet, renal yetmezlik, hiperlipidemi, hepatosteatoz gibi komorbiditelerin sık görülmesi ve çoklu ilaç kullanımları nedeniyle psoriasis tedavisinin yönetimi önem arz etmektedir. Bu çalışmada 1990-Şubat 2025 tarihleri arasında Ege Üniversitesi psoriasis polikliniğinde tedavi ve takip edilen 65 yaş ve üzeri psoriasis hastalarının psorias şiddeti, klinik özellikleri,eşlik eden komorbiditeleri ve tedavi seçimini incelenmesi planlandı.

YÖNTEM: Retrospektif olarak planlanan çalışmamıza 65 yaş üzeri psoriasis hastaları dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, psoriasis tipi, komorbiditeleri, kullanılan tedaviler, tedaviye bağlı gelişen yan etkiler, başlangıç PAŞİ skoru ve tedavi sonrası PAŞİ skoru kaydedildi. Tedavi ile elde edilen PAŞİ değişimleri konvansiyonel tedaviler ve biyolojik tedaviler açısından karşılaştırıldı. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 25.0 paket programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya, dosya verileri tam olan 48 hasta dahil edildi. Hastaların %52'si (n=25) erkek %48'i (n=23) kadındı. Ortalama yaş 70± 1 yıldı (min-maks: 65-92 yaş aralığı). Hastaların %70,8'inde (n=34) komorbit hastalık mevcut olup en sık eşlik eden hastalık %22,9 (n=11) oranıyla tip 2 diyabetti. Hastalarda en sık kronik plak tip psoriasis gözlendi. Kronik plak tip psoriasisli hastaların oranı %85,4 (n=41) 'idi. Takipleri sırasında hastaların %8,3'ünde (n=4) eritrodermi gözlendi. En az görülen psoriasis tipleri ise %4,1 (n=2) hastada gözlenen eklem psoriasisi ve guttat psoriasisti. Topikal ajanlar tüm hastalarda birinci basamak tedavi olarak kullanılmış olup, topikal tedavi ile remisyon sağlanamayan hastalara konvansiyonel tedaviler başlanmıştır. En sık kullanılan konvansiyonel tedavi %79,1'i (n=38) metotreksat olup en az kullanılan %8,3 (n=4) siklosporin tedavisi olmuştur. Takipleri sırasında 11 hasta (%22,9) ustekinumab tedavisi almıştı. Ustekinumab en sık kullanılan biyolojik tedaviydi. Diğer kullanılan biyolojik tedaviler ise adalimumab, sertolizumab, etanersept, infliksimab, sekukinumab, guselkumab ve risankizumabtı.Çalışmamızda tedavi öncesi ve tedavi sonrası PAŞİ'lerinin değişimleri incelendiğinde istatistiksel olarak biyolojik tedavi ajanları ile tedavinin yanıtlarının daha iyi olduğu gözlenmiştir. ($p<0,001$) Hastaların %31,25'inde (n=15) tedaviyle hepatotoksisite gözlenmiş olup 3 haftada tedavi değişimi gerekterecek derecedeydi. Yan etkiler en sık metotreksat tedavisiyle rapor edildi. Metotreksat tedavisi ile gözlenen yan etkiler hepatotoksisite(n=8), aşırı duyarlılık reaksiyonu(n=2), kemik iliği süpresyonu (n=3), fotosensitivite

(n=1), ve mide kanamasıydı (n=1).

SONUÇ: Çalışmamızda yaşlı hastalarda psoriasisin klinik tipleri, komorbiditeleri, tedavi ile klinik yanıt ve yan etkiler incelenmiştir. Yaşlı psoriasis hastalarında tedavi yönetiminde komorbiditelere ve polifarmasiye dikkat edilmelidir.Yaşlı popülasyonda topikal ilaçlar birinci basamak tedavide önem arz etmekle birlikte dirençli psoriasis hastalarında düşük doz metotreksat ve biyolojik ajan tedavilerinin de etkin ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: psoriasis, biyolojik ajan, konvansiyonel tedavi, yan etki, PAŞİ skoru

SS-17

Biyolojik ilaçlar ile tedavi edilen psoriasis hastalarında PASI100 yanıtına etki eden faktörler

Gizem Pehlivan
SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Biyolojik ilaçlar, psoriasis patogenezinde rol alan sitokinleri spesifik olarak inhibe ederek etki eden tedaviler olup, yüksek etkinlikleri ile psoriasis yönetiminde devrim yaratmışlardır. Bu tedaviler ile hastaların önemli bir kısmında lezyonlarda tam ya da tama yakın silinme mümkün olmuştur. Tam ya da tama yakın silinme elde edilmesi, mevcut biyolojik tedavide kalım, yaşam kalitesinde artış ve azalmış indirekt maliyet ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada tam silinmenin sağlandığı ve sağlanamadığı hasta grupları kıyaslanarak, tedavi başarısına etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Üçüncü basamak referans bir merkezde plak psoriasis tanısıyla takipli, en az 52 hafta süreyle biyolojik ilaçlar ile tedavi edilmekte olan, her iki cinsiyetten ardışık 100 erişkin hasta dahil edildi. Tedavi takviminde son 24 hafta içerisinde aksama bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Retrospektif olarak tasarlanan çalışmada veriler polikinik arşiv dosyalarından ve hastane kayıt sisteminden elde edildi. Kaydedilen demografik ve klinik veriler: yaş, cinsiyet, vücut kitle endeksi, komorbiditeler, psoriasis başlangıç yaşı, hastalık süresi, özel bölge tutulumu varlığı (saçlı deri, tırnak, palmoplantar ve genital), psoriatik artrit varlığı, geçmişte deneyimlenen biyolojik ajan sayısı, güncel biyolojik ajan kullanım süresi ve PASI (Psoriasis Alan Şiddet İndeksi) skorları (başlangıç, 12-16. hafta ve son kontrolde) idi. Psoriasis lezyonlarında tam silinmenin (PASI100 yanıtı) sağlandığı ve sağlanamadığı hasta grupları klinik-demografik özellikler ve tedavi sürecinde hesaplanan PASI skorları açısından birbiriyle kıyaslandı. Kategorik değişkenlerinde kıyaslanmasında Fisher's exact testi ya da $\chi 2$ testi kullanılırken, devamlı değişkenlerin kıyaslanmasında Student'ın t-testi ya da Mann-Whitney U testi kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların %63'ü erkek cinsiyete sahipti, ortalama yaş 49.9 ± 14.3 (aralık: 20-80) ve ortalama hastalık süresi 21.8 ± 12.8 sene (aralık: 2-70) idi. Hastaların %85'inde en az bir özel alan tutulumu vardı, saçlı deri (%72) ve tırnak (%71) en sık tutulan özel alanları oluşturmaktaydı (Tablo 1). Psoriatik artrit hastaların %30'una eşlik etmekteydi. PASI100 yanıtının sağlandığı ve sağlanamadığı hastalar cinsiyet, yaş, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, biyolojik deneyimli hasta oranı, geçmişte deneyimlenmiş biyolojik ilaç sayısı, psoriatik artrit varlığı ve komorbiditeler açısından kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2). PASI100 yanıtının elde edildiği grupta ortalama vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksi (sırasıyla 75.7 ± 12.1 ve 26.9 ± 4.0) diğer gruba kıyasla (sırasıyla 84.6 ± 17.3 ve 29.7 ± 6.0) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük bulundu (p=0.005 ve p=0.017). Güncel biyolojik ilaç ile tedavi süresi gruplar arasında fark göstermemekteydi. Tedavi

öncesi ve 12-16. hafta PASI skoru, PASI100 yanıtı sağlanan grupta (sırasıyla 12.9 ± 3.8 ve 0.6 ± 1.1) diğer gruba kıyasla (sırasıyla 17.5 ± 9.7 ve 1.9 ± 1.6) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük bulundu (sırasıyla p=0.023 ve p<0.001).

SONUÇ: Biyolojik ilaçlar ile en az 52 hafta süreyle tedavi edilen hastalarda, psoriasis lezyonlarında tam silinme sağlanan grupta vücut kitle indeksi, mutlak vücut ağırlığı, tedavi öncesi ve tedavi sırasında 12-16. haftada hesaplanan PASI skorları, tam silinme sağlanamayan gruba kıyasla daha düşük bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: psoriasis, biyolojik ilaç, PASI100, tam silinme

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Total grup (n = 100)
Cinsiyet, n (%): erkek/kadın	63 (63) / 37 (37)
Yaş, ortalama±ss	49.9 ± 14.3
Hastalık başlangıç yaşı, ortalama±ss	28.8 ± 14.9
Hastalık süresi, yıl, ortalama±ss	21.8 ± 12.8
Vücut ağırlığı, kg, ortalama±ss	80.7 ± 15.8
Vücut kitle indeksi, ortalama±ss	28.5 ± 5.4
Biyolojik deneyimli, n (%)	42 (42)
Başlangıç PASI skoru, ortalama±ss	15.5 ± 8.0
Psoriatik artrit, n (%)	30 (30)
En az bir özel alan tutulumu, n (%)	85 (85)
Özel alan tutulumları	**n (%)**
Tırnak	71 (71)
Saçlı deri	72 (72)
Genital	36 (36)
Palmoplantar	14 (14)
Eşlik eden en az bir komorbidite varlığı, n (%)	58 (58)
Komorbiditeler	**n (%)**
Hipertansiyon	24 (24)
Dislipidemi	33 (33)
Obezite	32 (32)
Koroner arter hastalığı	8 (8)
Hepatosteatoz (grade II-III)	11 (11)
Diyabet	17 (17)
Serebrovasküler olay	4 (4)
Güncel biyolojik ilaç	**n (%)**
Guselkumab	35 (35)
Risankizumab	33 (33)
Sekukinumab	5 (5)
İksekizumab	21 (21)
Ustekinumab	3 (3)
Adalimumab	2 (2)
İnfliximab	1 (1)

ss: standart sapma, PASI: Psoriasis Alan Şiddet İndeksi

Hastaların demografik ve klinik özelliklerinin özetlenmesi amaçlanmıştır.

Tablo 2. PASI100 yanıtının sağlanabildiği ve sağlanamadığı hastaların klinik-demografik özellikleri ve tedavi ile ilişkili parametrelerinin kıyaslanması

		PASI100 yanıtı var (n = 44)	**PASI100 yanıtı yok (n = 56)**	*p*	
Cinsiyet	**K n (%)**	18 (40.9)	19 (33.9)	0.473	X^2
	E n (%)	26 (59.1)	37 (66.1)		
Yaş	**ortalama±ss**	48.5 ± 14.6	51.0 ± 14.1	0.385	*T*
Hastalık başlangıç yaşı	**ortalama±ss**	28.0 ± 13.7	29.4 ± 15.9	0.816	*M*
Hastalık süresi, yıl	**ortalama±ss**	21.0 ± 12.8	22.4 ± 12.9	0.532	*M*
Vücut ağırlığı, kg	**ortalama±ss**	75.7 ± 12.1	84.6 ± 17.3	**0.005**	*T*
Vücut kitle indeksi	**ortalama±ss**	26.9 ± 4.0	29.7 ± 6.0	**0.017**	*M*
Biyolojik deneyimli	**n (%)**	16 (36.4)	26 (46.4)	0.311	X^2
Geçmiş biyolojik ilaç sayısı	**ortalama±ss**	0.5 ± 0.7	0.8 ± 1.2	0.204	*M*
Psoriatik artrit	**n (%)**	16 (36.4)	14 (25.0)	0.218	X^2
En az bir özel alan tutulumu	**n (%)**	36 (81.8)	49 (87.5)	0.430	X^2
Saçlı deri tutulumu	**n (%)**	29 (65.9)	43 (76.8)	0.229	X^2
Tırnak tutulumu	**n (%)**	31 (70.5)	40 (71.4)	0.915	X^2
Genital tutulum	**n (%)**	18 (40.9)	18 (32.1)	0.365	X^2
Palmoplantar tutulum	**n (%)**	3 (6.8)	11 (19.6)	0.067	X^2
En az bir komorbidite varlığı	**n (%)**	26 (59.1)	32 (57.1)	0.845	X^2
Obezite	**n (%)**	10 (22.7)	22 (39.3)	0.078	X^2
Diyabet	**n (%)**	5 (11.4)	12 (21.4)	0.184	X^2
Hipertansiyon	**n (%)**	11 (25.0)	13 (23.2)	0.836	X^2
Dislipidemi	**n (%)**	14 (31.8)	19 (33.9)	0.824	X^2
Hepatosteatoz	**n (%)**	4 (9.1)	7 (12.5)	0.589	X^2
Koroner arter hastalığı	**n (%)**	4 (9.1)	4 (7.1)	0.722	X^2
Serebrovasküler olay	**n (%)**	0 (0.0)	4 (7.1)	0.070	X^2
Tedavi süresi	**ortalama±ss**	27.7 ± 13.8	29.4 ± 16.9	0.509	*M*
Başlangıç PASI	**ortalama±ss**	12.9 ± 3.8	17.5 ± 9.7	**0.023**	*M*
12-16. hafta PASI	**ortalama±ss**	0.6 ± 1.1	1.9 ± 1.6	**<0.001**	*M*
Güncel PASI	**ortalama±ss**	0.0 ± 0.0	2.4 ± 1.3	**<0.001**	*T*

ss: standart sapma, PASI: Psoriasis Alan Şiddet İndeksi, X^2: Ki-kare testi, *T*: Bağımsız örneklemler T testi, *M*: Mann-Whitney U testi

PASI100 yanıtının sağlanabildiği ve sağlanamadığı hastaların klinik-demografik özellikleri ve tedavi ile ilişkili parametrelerinin kıyaslanması

SS-18

Biyolojik Tedavi Altındaki Psoriasis Hastalarında Süper Yanıt Verenler Hastaların Özelliklerinin Belirlenmesi

Yıldız Gürsel Ürün, Musa Can Güzelbaba, Mustafa Ürün
Trakya Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

AMAÇ: İnterlökin (IL)-23/Th17 ekseni psöriazis hastalığının patofizyolojisinde önemli bir role sahiptir. Bu yolakların keşfi ile, yeni tedavilerin geliştirilmesi sağlanmıştır. Biyolojik ajan tedavilerinin yaygınlaşması ve çeşitlenmesi ile hayatımıza yeni terimler girmeye başlamıştır. Bunlardan biri de "süper yanıt (SY)"tır. Tedavi ile hızlı bir cilt temizlenmesi gösteren hastalar SY verenler olarak adlandırılır. Çalışmamızda SY olmayan (SYO) hastalar ile SY hastaları arasındaki sosyodemografik ve klinik özellikleri, daha önce aldıkları tedavileri ve lipit profillerini karşılaştırmayı amaçladık. Böylelikle SY'ye ulaşan hastaların özelliklerini belirlemeye çalıştık.

YÖNTEM: Ocak 2020 ile Aralık 2024 tarihleri arasında, en az 28 hafta boyuncu IL-17 ya da IL-23 inhibitörü kullanmış hastalar çalışmamıza dahil edildi. SY terimi "16.hafta içinde PASİ 100 yanıtına ulaşan ve 28. haftaya kadar da bunu yanıtı devam ettirebilen hasta grubu" olarak kabul edildi. Hastaların SYO ve SY durumlarını belirlemek için tedavi öncesi başlangıç Psöriazis Alan ve Şiddet indeksi (PAŞİ) skoru, 16. ve 28. haftalardaki PAŞİ skorları incelendi.

BULGULAR: Çalışmamıza toplam 200 hasta dahil edildi. 200 hastanın %48'i (n=96) SY hasta grubundaydı. Her iki grupta cinsiyet, yaş, hastalık süresi, psoriatik artrit (PsA) varlığı, sigara ve alkol kullanımı, vücut kitle indeksi (VKİ) açısından anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 1). Hastalarımızın %52'si IL-17 inhibitörü kullanırken, %48'i IL-23 inhibitörü kullanıyordu. Hastalarımızın %26.5'i en az bir kez daha önce biyolojik ajan tedavisi almıştı. Yani %73.5 oranında biyolojik naif hasta mevcuttu. Guselkumab alan hastalarda SYO hasta grubunun, SY grubundan daha fazla olduğu görüldü (p=0.032). Diğer biyolojik tedavilerde SYO ve SY gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (Tablo 2). Başlangıç PAŞİ Skoru ≥10 olan hastalar SY grubunda daha yüksek oranda gözlemlendi (p=0.041). Önceki sistemik tedavi kullanım sayısı SYO grubunda daha yüksek (p=0.007) ve önceki biyolojik ajan kullanımı SYO grubunda belirgin şekilde daha yüksek (p=0.001) saptandı. SY grubunda aynı ilaca devam oranın daha fazla olduğu görüldü (p=0.019) (Tablo 2). Tablo 3'ü incelediğimizde normalden düşük yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) değerleri SYO grubunda daha sık görülüyordu (p=0.012).

SONUÇ: Çalışmamızda IL-23 inhibitörü olan Guselkumabın tedavisinin SY oranın düşük olduğu; IL-17 inhibitörü olan İksekizumab SY grubunda daha fazla yer aldığı gösterilmiştir. Benzer çalışmalarda olduğu gibi IL-17' ler SY için daha etkili görünmektedir. Literatür ile uyumlu olarak başlangıç PAŞİ değerinin yüksek olması, SY ile ilişkilendirilmiştir. Önceki çalışmalara benzer şekilde daha önce biyolojik maruziyeti olmayan hastaların SY olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. SY ulaşanların tedavide daha fazla süre kaldıkları görülmüştür.

SY belirleyen bir diğer faktör olarak, Liu ve Ark. çalışmasında olduğu gibi yüksek HDL düzeyleri bulunmuştur.

Psoriaziste kişiye özel tedavilerin geliştirilmesinde SY ulaşan hastaların özelliklerinin bilinmesi önemlidir. Daha geniş popülasyonda yapılacak çalışmalar bu konuda bize yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Süper Yanıt, Biyolojik Ajan, IL-17 inhibitörleri, IL-23 inhibitörleri

Tablo 1. Süper Yanıt Olmayan Hastalar ile Süper Yanıt Veren Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırlması

	SYO	SY	Toplam	X^2 / Z	P*
Cinsiyet					
Erkek	51 (49)	57 (59.4)	108 (54)	2147.00	0.143
Kadın	53 (51)	39 (40.6)	92 (46)		
Yaş	45.24±13.55 (18-75)	47.48±13.56 (20-76)	46.32±13.57 (18-76)	-1175.00	0.240
Hastalık Süresi <5 Yıl	14 (13.5)	12 (12.5)	26 (13)	0.04	0.840
Hastalık Süresi 5-10 Yıl	14 (13.5)	19 (19.8)	33 (16.5)	1452.00	0.228
Hastalık Süresi >10 Yıl	76 (73.1)	65 (67.7)	141 (70.5)	0.69	0.406
Komorbidite Varlığı	39 (37.5)	42 (43.8)	81 (40.5)	0.81	0.368
PsA Varlığı	39 (37.5)	25 (26)	64 (32)	3012.00	0.083
Sigara Kullanımı					
İçiyor	55 (52.9)	50 (52.1)	105 (52.5)	1201.00	0.549
Eski içici	17 (16.3)	21 (21.9)	38 (19)		
Hiç içmemiş	32 (30.8)	25 (26)	57 (28.5)		
Alkol Kullanımı					
İçiyor	28 (26.9)	20 (20.8)	48 (24)	2708.00	0.258
Sosyal içici	16 (15.4)	23 (24)	39 (19.5)		
Hiç içmemiş	60 (57.7)	53 (55.2)	113 (56.5)		
VKİ<25	27 (26)	26 (27.1)	53 (26.5)	0.03	0.857
VKİ 25-30	44 (42.3)	32 (33.3)	76 (38)	1706.00	0.191
VKİ>30	33 (31.7)	38 (39.6)	71 (35.5)	1344.00	0.246
DYKİ (≥10)	18 (17.3)	16 (16.7)	34 (17)	0.02	0.904

**SYO: Süper Yanıt Olmayan, SY: Süper Yanıt, PsA: Psöritik Artrit, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, DYKİ: Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi *Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test, Mann Whitney U*

Tablo 2. Süper Yanıt Olmayan Hastalar ile Süper Yanıt Hastalarının Tedavi Özelliklerinin Değerlendirilmesi

	SYO	SY	Toplam	X^2 / Z	P*
Kullandığı Biyolojik Ajan Guselkumab-IL23 inh.	32 (30.8)	17 (17.7)	49 (24.5)	4604.00	***0.032***
Kullandığı Biyolojik Ajan Risankizumab-IL23 inh.	28 (26.9)	19 (19.8)	47 (23.5)	1412.00	0.235
Kullandığı Biyolojik Ajan İksekizumab-IL17 inh.	21 (20.2)	31 (32.3)	52 (26)	3798.00	0.051
Kullandığı Biyolojik Ajan Sekukinumab-IL17 inh.	23 (22.1)	29 (30.2)	52 (26)	1699.00	0.192
Başlangıç PAŞİ (≥10)	29 (27.9)	40 (41.7)	69 (34.5)	4196.00	***0.041***
Önceki Sistemik Tedavi Sayısı	1.71±1.2 (0-6)	1.25±0.82 (0-5)	1.49±1.06 (0-6)	-2720.00	,007
Önceki Biyolojik Ajan Kullanım Varlığı	38 (36.5)	15 (15.6)	53 (26.5)	11210.00	***0.001***
Aynı İlaç Devamlılığı	88 (84.6)	91 (94.8)	179 (89.5)	5501.00	***0.019***
IL-17 İnh.'den IL-23 inh.'e İlaç Değişimi	9 (8.7)	3 (3.1)	12 (6)	2706.00	0.100
IL-23 inh.'den IL-17 inh.'e İlaç Değişimi	7 (6.7)	2 (2.1)	9 (4.5)	2509.00	0.173

** SYO: Süper Yanıt Olmayan, SY: Süper Yanıt, PAŞİ: Psöriazis Alan ve Şiddet İndeksi, IL: İnterlökin, İnh: İnhibitör *Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test, Mann Whitney U*

Tablo 3. Süper Yanıt Olmayan Hastalar ile Süper Yanıt Veren Hastalarının Lipit Profillerinin Karşılaştırılması

	SYO	SY	Toplam	X^2 / Z	P*
HDL düşüklüğü varlığı (Kadın <50 mg/dl ve Erkek <40 mg/dl)	53 (51)	32 (33.3)	85 (42.5)	6348.00	***0.012***
LDL (≥130 mg/dl)	40 (38.5)	36 (37.5)	76 (38)	0.02	0.889
Total Kolesterol (≥200 mg/dl)	35 (33.7)	37 (38.5)	72 (36)	0.52	0.472

** HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein değeri, LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein değeri *Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test, Mann Whitney U*

SS-19

Şiddetli Atopik Dermatit hastalarında Dupilumab tedavisinin uzun dönem sonuçları: tek merkezli retrospektif çalışma

Arzu Ferhatosmanoğlu, Leyla Baykal Selçuk, Okan Kapan, İbrahim Etem Arıca, Deniz Aksu Arıca
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Trabzon

AMAÇ: Atopik dermatit (AD) kronik, kaşıntılı, inflamatuar bir deri hastalığıdır. Bu çalışmada, konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen, şiddetli AD tanılı, en az 6 ay süreyle dupilumab tedavisi almış hastaların verilerini retrospektif olarak ortaya koyduk.

YÖNTEM: Hastaların sosyodemografik özellikleri ve laboratuvar verileri, önceki tedavileri, dupilumab tedavi öncesi ve sonrasındaki hastalık şiddet skorları [egzama alan ve şiddet indeksi (EAŞİ)] ve tedavi yanıtları değerlendirildi.

BULGULAR: 14'ü(%60.9) kadın, 9'u(%39.1) erkek toplam 23 hasta çalışmaya dahil edildi. Tanı yaş ort.32,39±3,87, atopik dermatit süresi 16,39±2,34 yıl idi. 4'ünde(%17.4) alerjik astım öyküsü, 3'ünde (%13) alerjik rinit öyküsü, 5'inde (%21.7) aeroallerjen pozitifliği mevcuttu. Başlangıç EAŞİ ortalama:57.95±6.01, Dupilumab tedavisinin 4. haftasında ort. EAŞİ 9.17±5.78, güncel EAŞİ ort. 5.73±5.6 idi. Tedavi ile kaşıntının gerileme süresi ortalama 4.45±0.340 hafta idi. Dupilumab ortalama tedavi süresi 14.13±2.05 aydı. Tedavi altında ort. atak sayısı 3.08±0.52 kez, ort. atak süresi: 21.6±3.47 gündü. En sık görülen yan etki 7(%30.4) hastada izlenen konjonktivit idi.

SONUÇ: Bu çalışmada; dupilumab tedavisi ile şiddetli atopik dermatit hastalarının %82.6'sının en az EAŞİ 75'e ulaştığı görüldü. Uzun dönemde hastalarda tedavi kesimine yol açacak yan etki izlenmedi. Bu çalışma konvansiyonel tedavilere dirençli şiddetli atopik dermatit hastalarında dupilumab tedavisinin etkinliğini ve güvenirliğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, dupilumab, konvasiyonel tedaviler

SS-20

Akne vulgaris hastalarında tedaviye uyumun sosyodemografik, klinik ve davranışsal belirleyicileri: çok merkezli bir çalışma

Arzu Ferhatosmanoğlu[1], İbrahim Etem Arıca[1], Mualla Polat[2], Mehmet Yıldırım[3], Göknur Kalkan[4], Rana Başara Şahin[5], Mustafa Tosun[6], Elif Nur Meral[7], Elif Afacan Yıldırım[8], Yeşim Akpınar Kara[9], Gülhan Aksoy Saraç[10], Elif Bal Avcı[11], Harbiye Dilek Canat[12], Dilara İlhan Erdil[13], Esma İnan Yüksel[14], Selda Pelin Kartal[13], Hatice Kaya Özden[15], Seray Külcü Çakmak[10], Mustafa Tümtürk[16], Yasemin Aygül Yıldırım[17], Ayşe Serap Karadağ[18]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Trabzon
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Bolu
[3]Süleyman Demirel Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta
[4]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara
[5]Menemen Devlet Hastanesi, Dermatoloji, İzmir
[6]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Sivas
[7]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul
[8]Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul
[9]Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara
[10]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara
[11]Trakya Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Edirne
[12]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul
[13]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara
[14]İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul
[15]Özel Muayenehane, İzmit, Kocaeli
[16]İstanbul Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul
[17]Kocaeli Şehir Hastanesi, Dermatoloji, Kocaeli
[18]Özel Muayenehane, Ataşehir, İstanbul

AMAÇ: Akne vulgaris, önemli psikososyal etkileri olan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Tedaviye uyum, başarılı sonuçlar elde edilebilmesi için büyük önem taşımaktadır; ancak düşük uyum oranları önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu çok merkezli çalışmanın amacı, akne vulgaris hastaları arasında tedaviye uyumu değerlendirmek ve bu durumu etkileyen faktörleri ortaya koymaktır.

YÖNTEM: Çalışmaya Türkiye genelindeki 18 merkezden toplam 2.349 akne vulgaris hastası dahil edildi. Katılımcılara, sosyodemografik özellikler, akne şiddeti, daha önce uygulanan tedaviler ve tedaviye uyum davranışlarıyla ilgili bir anket formu doldurduldu.

BULGULAR: Bu çok merkezli çalışmaya 1.865'i kadın (%79,4) ve 484'ü erkek (%20,6) dahil edilmiş olup; ortalama yaş 21,6 ± 4,38 idi. Şiddetli akne, hastaların %20.9'unda görülmekte olup; erkeklerde daha yaygındı ($p = 0,002$). Hastaların yalnızca %48'i tedaviye düzenli uyum gösterdiklerini bildirdi; bu oran erkeklerde daha düşüktü ($p < 0,001$). Tedaviye uyumu etkileyen en önemli faktörler; unutkanlık (%28,7), tedaviden hoşlanmama (%26,4) ve uzun süreli tedaviyi sürdürmek istememe (%21,5) şeklindeydi. Erkek hastalar, aknelerinde iyileşme gözlemlediklerinde ($p = 0,029$) veya seyahatte olduklarında ($p < 0,001$) tedaviyi bırakma eğilimindeydi. Hastalara tedavi tercihleri sorulduğunda, özellikle günde bir kez alınan oral tabletleri daha çok tercih ettiklerini ifade ettiler; bu tercih erkeklerde anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p < 0,001$). Akne şiddeti ($p < 0,001$) ve eğitim seviyesi arttıkça ($p = 0,006$) tedaviye uyumun da arttığı gözlendi. Lojistik regresyon analizine göre, sistemik tedavi kullanımı, tedaviye uyumu 3,5 kat ($p < 0,001$), tedavi memnuniyetini ise 1,89 kat ($p < 0,001$) arttırdı. Artan yaşın da tedavi memnuniyeti ile pozitif ilişkili olduğu görüldü (her yıl için 1,04 kat artış, $p = 0,001$). Buna karşın, şiddetli akne (0,31 kat azalma, $p = 0,013$) ve yüz bölgesinde tutulum olmasının (0,58 kat azalma, $p = 0,031$) tedavi memnuniyetini azalttığı saptandı.

SONUÇ: Bu çalışma, akne vulgaris hastalarında tedaviye uyum oranlarının düşük olduğunu ortaya koymakta ve sistemik tedaviler ile yüksek eğitim seviyesinin hem tedaviye uyum hem de memnuniyeti arttırdığını göstermektedir. Özellikle erkek hastalar, yüz bölgesinde aknesi bulunanlar ya da hastalığı şiddetli seyreden bireylerde memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi. Tedavi seçimi yapılırken bu faktörlerin dikkate alınması, tedavi başarısının ve hastaların yaşam kalitesinin arttırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: akne vulgaris, hastalık şiddeti, tedavi, tedavi uyumu

SS-21

Metastatik Melanomlu Olguda Gelişen Diffüz Melanozis Kutis ve Melanüri Işığında Literatürdeki Tüm Olguların Sistematik Derlemesi

İbrahim Akçay[1], Nilay Duman[1], Banu Yaman[2], Işıl Karaarslan[1], Burçak Karaca Yayla[3]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbı Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Deri fototipi I olan 51 yaşındaki bir erkek, boyun ve karında nodüler lezyonlar ve belirgin kilo kaybı şikayetiyle başvurdu.Hastada adrenal bezler, karaciğer, beyin, kemikler ve lenf nodlarını içeren yaygın metastazlar tespit edilerek BRAF mutasyonuna sahip metastatik melanom tanısı konuldu.Tedavi sürecinde güneş gören yerlerde daha belirgin yoğun deri pigmentasyonu ve idrar renginde koyu kahverengi-siyaha varan bir pigment artışı tespit edildi.İdrar sitolojisi, hem hücre içi hem de hücre dışı melanin birikimini ortaya koydu. Histopatolojik incelemelerde, melaninle yoğun şekilde yüklü makrofajlar,perilenfatik melanin birikimi ve deride transepidermal melanin atılımı tespit edildi.Bu bulguların metastatik melanomlu bir hastada gelişen nadir diffüz melanozis kutis (DMK) ve melanüri antiteleri olduğu kesinleştirildi.Bu olgu sunumu, hastanın klinik bulgularını ayrıntılı olarak ele almayı, diffüz melanozis kutis vakalarına dair literatürü gözden geçirerek bu hastaların klinik yönetimine katkı sağlayabilecek faktörleri vurgulamayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM: Bu çalışma, PRISMA kılavuzlarına uygun olarak gerçekleştirilmiş sistematik bir literatür incelemesidir. 1864 yılından 2024 yılına kadar toplam 85 DMK vakası tespit edilmiş olup, kriterleri karşılayan ve kendi vakamızı da dahil ettiğimiz 77 vaka; cinsiyet, primer lezyon alanı, breslow kalınlığı, DMK tanısı sonrası sağkalım süreleri, DMK' nın tedavi öncesi ya da sonrası gelişimi, BRAF mutasyonu varlığı, organ metastazları ve tedavi modaliteleri ve bunların ortalama yaşam süresine etkisi açısından detaylı bir şekilde değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Diffüz melanozis kutisi olan 77 melanomlu hastanın; 50'si (%64.94) erkek ve 27'si (%35.06) kadındır.Primer melanom bilgisi olan 52 hastada; melanomların %58.06 gövdeden, %22.58 ekstremiteden, %16.13 baş-boyun ve %3.23 mukozadan köken almıştır. Ortalama Breslow kalınlığı 4.15 olarak bulunmuştur. Melanüriye dair verisi olan 67 DMK'lı hastanın 63'ünde (%94.03) melanüri görülmüştür. Mutasyon bilgisi olan 19 hastanın, 17'sinde (%89.47) BRAF pozitif bulunmuştur. DMK vakalarında en sık görülen organ metastazları karaciğer (%93.55), intrakutanöz (%52.73), akciğer (%51.72), kemik/kemik iliği (%38.78), dalak (%38) ve beyin(%38) olarak belirlenmiştir. Ayrıca Melanüri olan vakalar ile intrakutanöz metastazların varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). DMK gelişiminin 45 hastada (%70.31) tedavilerden önce ortaya çıktığı 19 hastada ise (%29.69) tedavi sonrası ortaya çıktığı belirlenmiştir.Tüm hastaların ortalama sağkalım süresi 5.28 ay, sağkalım bilgisi olan kadın vakaların (n:24) 6.85 ay iken, gebe olan kadınların (n:3) 2.83 ay olarak bulunmuştur. Karaciğer metastazı olmayan hastaların DMK tanısı sonrası yaşadığı süre ortalaması 10,25 ay olup karaciğer metastazı olan hastaların 5,25 aydır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,01$).BRAF inhibitörü alanlarda sağkalım süresi 10.35 ay olarak bulunmuştur.Tedavi sonrası melanüride düzelme görülen 6 hastadan 2'sinin makalelerin yazıldığı tarihte yaşamaya devam ettiği ve diğer 4'ünde de kısmi klinik yanıt gözlemlendiği ve sağkalım süresinin 14.80 ay olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ: Bu sistematik derleme analizi; metastatik melanomda gelişen DMK'nın, karaciğer metastazı ile olan yüksek korelasyonu, karaciğer metastazının sağkalım üzerindeki önemli etkisini, BRAF mutasyonu ile DMK ilişkisini ve çoğunda gelişen melanürinin tedavi yanıt takibinde gerilemesinin prognostik değerini, organ metastazları ve tedavi modalitelerine göre yaşam süreleri gibi birçok yeni öngörüyü ortaya koymaktadır. Bu veriler, DMK gelişmiş metastatik melanomlu hastaların daha iyi yönetilmesi ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesi açısından önemli bir katkı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: BRAF,Diffüz,Melanom,Melanozis,-Melanüri

Diffüz Melanosiz Kutis-Melanüri

Vakamızda gelişen diffüz melanozis kutis ve melanüri tablosu.

SS-22

Prurigo pigmentosa: Klinik ve histopatolojik özellikleriyle altı hastadan oluşan bir olgu serisi

Ferdi Öztürk[1], Hüseyin Bezir[1], Şaduman Balaban Adım[2], Hayriye Sarıcaoğlu[1]
[1]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa
[2]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

AMAÇ: Prurigo pigmentosa (PP), esas olarak gövdeyi etkileyen, tekrarlayan kaşıntılı eritemli papüllerle karakterize idiyopatik inflamatuar bir dermatozdur. Bu lezyonlar tipik olarak retiküler, yamalı hiperpigmentasyon ile iyileşir. Son yıllarda ketojenik diyet ve hızlı kilo kaybı ile ilişkisi daha sık vurgulanmaktadır. Çalışmamızda, PP tanılı hastaların kliniğini, histopatolojik özelliklerini ve tedavi yanıtlarını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği'nde 2022-2024 yılları arasında PP ön tanısıyla takip edilen altı hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların klinik özellikleri, laboratuvar sonuçları, histopatolojik bulguları ve tedavi yanıtları incelendi.

BULGULAR: Altı hastanın üçü kadın, üçü erkekti ve yaş ortalamaları 25'ti (15–37 yaş). Tüm hastalarda gövde ve sırtta başlayan, kaşıntılı, eritemli, makülopapüler veya plak tarzında döküntüler izlendi. Üç hastada ketojenik diyet veya hızlı kilo kaybı öyküsü mevcuttu. Klinik ön tanı ile beş hastaya doksisiklin 100-200 mg/gün tedavisi başlandı. Bir hastada ise başlangıçta sistemik steroid başlanmış ancak alevlenme üzerine tedavi doksisiklinle değiştirilmiştir. Histopatolojik incelemelerde üç hastada spongiotik dermatit, iki hastada eozinofil içeren infiltrasyon, bir hastada ise ilaç reaksiyonu düşündüren bulgular raporlandı. İki hastada total IgE yüksekliği saptandı (572 IU/mL ve 130 IU/mL). Doksisiklin tedavisi başlanan hastaların 5'inde 7-24 gün içinde lezyonlarda gerileme ve hiperpigmentasyon gelişti. Bir hasta ise takibine gelmedi.

SONUÇ: PP, ketojenik diyet, hızlı kilo kaybı ve ketozis öyküsü olan hastalarda düşünülmesi gereken önemli bir dermatozdur. Klinik görünümü pitriasis rosea, kontakt dermatit ve ilaç reaksiyonları gibi hastalıklarla karışabilmektedir. Histopatoloji spesifik olmasa da destekleyici olabilir. Tetrasiklin grubu antibiyotiklere iyi yanıt alınmaktadır. Özellikle genç hastalarda, detaylı anamnez ve ketozis sorgulaması erken tanı ve etkili tedavi için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Doksisiklin, ketojenik diyet, prurigo pigmentosa, retiküler hiperpigmentasyon

SS-23

Dicle Üniversitesi Dermatoloji Bölümüne Başvuran Psöriazis Tanılı Hastalarda Tırnak Tutulumunun Değerlendirilmesi

Murat Kılıç[1], Bilal Sula[2]
[1]Çerkezköy Devlet Hastanesi,Tekirdağ
[2]Dicle Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ-AMAÇ: Psöriazis; genellikle ciltte eritemli, skuamlı lezyonlarla seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Prevalansının %1-3 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu çalışmada amacımız kliniğimize başvuran psöriazis hastalarının tırnak tutulum sıklığını hesaplamak, tırnak tutulumu varlığı ile klinik ve demografik parametreler arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

YÖNTEM: Bu çalışmada Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji bölümüne 15 Kasım 2022–15 Mayıs 2023 tarihleri arasında başvuran, tanısı histopatolojik olarak doğrulanmış olan 116 psöriazis hastası prospektif olarak değerlendirildi. Hastalar yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu,VKİ, sigara öyküsü, alkol öyküsü, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, 1.derece yakınında psöriazis öyküsü varlığı, sistemik hastalık öyküsü, tetikleyici faktörler, tırnak tutulumu varlığı, PsA varlığı, psöriazis için alınan topikal ve sistemik tedaviler açısından değerlendirildi. Hastalık şiddetini saptamak için psöriazis alan şiddet indeksi (PAŞİ), >16 yaş hasta grubunda dermatoloji yaşam kalite indeksi (DYKİ), 4-16 yaş arasındaki hastalarda pediatrik dermatoloji yaşam kalite indeksi (PDYKİ) ve bunlara ek olarak tırnak tutulumu olanlarda NAPSI skoru hesaplandı. Bulguların tırnak tutulumu varlığı ile arasındaki ilişkisi araştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil olan hastaların yaşları 9 ile 75 arasında değişmekteydi. Hastaların 59'u erkek, 57'si kadındı. Tüm hastaların yaş ortalaması 37,88 ± 15,62 idi. Hastaların 112'sinde plak psöriazis, 1'inde generalize püstüler psöriazis ve 3'ünde izole tırnak psöriazisi saptandı. En sık tespit edilen tetikleyici faktörler sırasıyla stres ve UV maruziyetiydi. Komorbid hastalıklar içerisinde psöriazise en sık eşlik edeni %24,39 ile astımdı. DYKİ hafif olan 81 hastanın %84'ünde PAŞİ hafif, DYKİ orta-şiddetli olan 31 hastanın %41,90'ında PAŞİ orta-şiddetli olarak saptandı ve aralarında anlamlı bir ilişki mevcuttu($p<0,05$). Hastaların 74'ünde tırnak bulgusu mevcuttu. Tırnak bulgusu olan hastaların 33'ü erkek, 41'i kadındı. En sık görülen tırnak bulguları sırasıyla subungal hiperkeratoz ile pittingdi. Tırnak tutulumu olan hastalar ile olmayan hastaların ortalama yaşı (37,5 ± 15,00 ile 38,55 ± 16,81), ortalama hastalık başlangıç yaşı (22,92 ± 14,34 ile 23,07 ± 15,15) ve ortalama hastalık süresi(15,48 ± 13,33 ile 14,58 ± 10,76) birbirine yakındı. Tırnak tutulumu olan hastalarda ortalama VKİ 25,85 ± 4,61 iken tırnak tutulumu olmayan hastalarda 26,55 ± 5,32 idi. Tırnak tutulumu olan ve olmayan hastalarda aile öyküsü oranları birbirine yakındı(%29,70 ile %28,60). PAŞİ hesaplanan 112 hastanın ortalama PAŞİ skoru 5,74 ± 7,11'di. Tüm hastaların ortalama DYKİ skoru 6,69 ± 6,68 idi. DYKİ(5,57 ± 6,40'e karşı 7,32

± 6,79) ve PAŞİ(4,74 ± 6,71'e karşı 6,31 ± 7,31) ortalamaları tırnak tutulumu olan grupta daha yüksek olarak saptandı ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi(p>0,05). Tırnak tutulumu izlenen 74 hastanın ortalama NAPSI skoru 23,79 ± 20,20 idi. NAPSI skoru ile VKİ arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki, DYKİ skoru ile PAŞİ skoru arasında ise pozitif yönlü orta dereceli bir ilişki olduğu görüldü. Hastaların 16'sında(%13,79) PsA mevcuttu. Tırnak tutulumu olan grupta PsA varlığı %18,90 iken olmayan grupta %4,80 idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı(p<0,05).

SONUÇ: Psöriazis hastalarının tanı ve takibinde tırnak bulgularının varlığı önemli bir belirteçtir. En sık görülen tırnak bulguları subungual hiperkeratoz ve pitting olup hastalık şiddeti arttıkça tırnak tutulumu daha sık görülmekte ve bu hastaların yaşam kalitesinde daha fazla bozulma meydana gelmektedir. Ayrıca tırnak tutulumu olan hastalarda PsA daha sık görülmekte ve bu hastalarda PsA varlığı açısından daha sorgulayıcı olunması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Demografik, NAPSI, Psöriazis, Psöriatik artrit,Tırnak psöriazisi

SS-24

Kutanöz bulgularıyla Kaposi Sarkomu: 2 Olgu

Beste Pakırdaşı, İrem Tombul, Ali Gedikli, Ragıp Ertaş
Kayseri Şehir Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

GİRİŞ: İlk olarak 1872 yılında Moritz Kaposi tarafından tanımlanan, başlangıçta Akdeniz kökenli yaşlı erkekler arasında gözlemlenen Kaposi sarkomu (KS), HHV-8 ile ilişkili, çeşitli seyirlerde ve farklı popülasyonlarda seyredebilen düşük dereceli, vasküler bir yumuşak doku tümörüdür. KSHV (Kaposi Sarkomu Herpes Virüsü) olarak da bilinen HHV-8 virüsü, Sahra altı Afrika'da, Akdeniz çevresinde, Güney Amerika'nın bazı bölgelerinde ve birkaç etnik toplulukta yaygındır. Bu yaygınlık, HHV-8'in dünya çapındaki dağılımını yansıtmaktadır. Klinik olarak, Kaposi sarkomu vasküler bir lezyondur ve bu nedenle sıklıkla ciltte veya mukokutanöz yüzeylerde şiddetli pembe ile mor arası bir plak olarak ortaya çıkar. Kutanöz hastalık (özellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkan), alt tipten bağımsız olarak ortak bir özelliktir. Biz bu çalışmada, Kaposi sarkomu tanısı almış 2 yaşlı erkek hastanın kutanöz ve histopatolojik bulgularını derlemeyi amaçladık.

OLGU 1: 72 yaşındaki erkek hasta, bilinen diyabet, gut, hipertansiyon, kalp ve böbrek yetmezliği ile çeşitli tedaviler almakta olan bir hasta, kliniğimize birkaç yıldır bilateral alt bacaklarda şişlik ve bilateral alt bacaklar, ayak dorsal ve plantar bölgelerinde kahverengi-viyolase, palpabl lezyonlar ile başvurdu. Dış merkezde çeşitli sistemik ve topikal steroid tedavilerine yanıtsız olan, bilinen malignite ve organ transplantasyonu öyküsü olmayan, ELISA'ları ve romatolojik açıdan tetkikleri negatif gelen hastanın, patoloji sonucunda damar yapılarında CD31+ CD34+, Ki67 ile artmış proliferasyon ve HHV8+ boyanma izlenmiş olup, Kaposi sarkomu tanısı aldı.

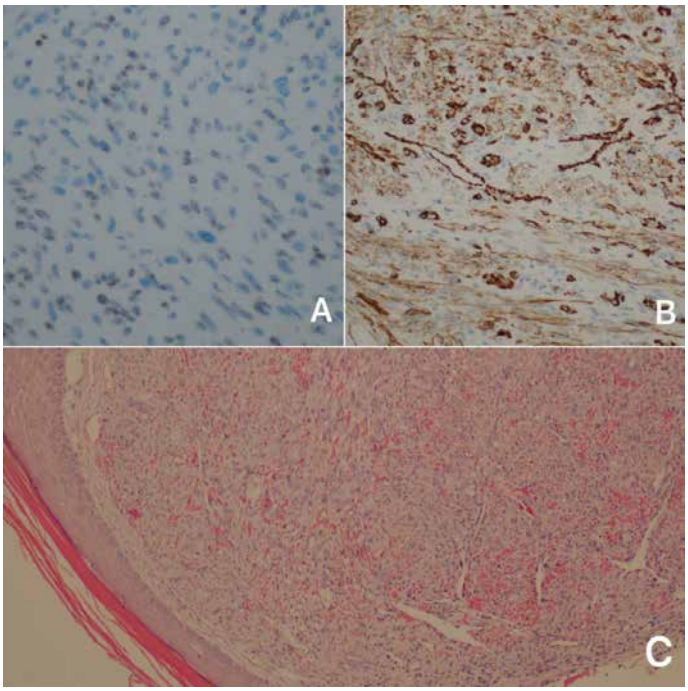
OLGU 2: 92 yaşındaki erkek hasta, bilinen kronik böbrek yetmezliği, atrial fibrilasyon ve hipertansiyon ile takip edilen, 2 sene önce pankreatit atağından sonra başlayan alt bacaklarda, ayak dorsal ve plantar bölgelerinde yerleşimli eritemli-viyolase birleşme eğiliminde, palpabl, kaşıntılı plaklar ile kliniğimize başvurdu. Hastanın immün yetmezliğe yol açacak başka sistemik hastalığı yoktu. ELISA'ları negatifti. Histopatolojisinde vasküler proliferasyon, CD31+ HHV8+ olarak değerlendirilen hastamız Kaposi sarkomu tanısı aldı. Yapılan görüntüleme ve sistemik muayenede herhangi bir lezyona rastlanılmadı.

TARTIŞMA: Klasik Kaposi sarkomu nadir karşılaşılan bir durumdur ve Askenazi Yahudisi ya da Akdeniz kökenli yaşlı erkek hastaların ekstremitelerinde ağrısız lezyonlar olarak karşımıza çıkar. Klinik form ne olursa olsun, lezyonların histolojik özellikleri benzerdir. Lezyonlar ülsere olabilir veya çevre dokuları invaze edebilir. Lenf nodlarının yanı sıra, solunum ve gastrointestinal sistemi tutabilir, ancak diğer iç organlarda da ortaya çıkabilir. Yaş, cinsiyet ve yetersiz beslenmenin yanı sıra çoğu durumda, bunlar genetik, iatrojenik veya enfeksiyöz kökenli bağışıklık kusurlarını içerir ve yüksek inflamatuar sitokin seviyelerinin hastalık aktivasyonu ile ilişkisi olduğu görülmüştür.

SONUÇ: Sistemik herhangi bir bulgu vermeden yalnızca kutanöz lezyonlarla başvuran bu iki ileri yaş hastamızda, immünsupresyon olmaksızın pankreatit gibi enflamatuar süreçlerin ardından gelişen klasik Kaposi sarkomu, enfeksiyöz ve inflamatuar sitokinlerin rolünü desteklemektedir. Agresif seyredebilecek Kaposi formlarının tanısı açısından sistemik muayene, kan ve görüntüleme tetkikleri önem taşımaktadır. Unutulmamalıdır ki, kutanöz bulgular sistemik hastalığın ilk belirtisi olabilir ve morbidite ile mortalitenin önlenmesi adına erken tanıda önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kaposi sarkomu, HHV-8, histopatolojik bulgular

Histopatoloji



A: HHV-8 pozitifliği B: CD-31 ile vasküler yapılarda boyanma (IHKx20) C: Dermiste vasküler yapılarda proliferasyon, ekstravaze eritrositler (HEx20)

Olgu 1

72 yaşındaki erkek hasta, bilateral alt bacaklarda ödem ve bilateral alt bacaklar, ayak dorsal ve plantar bölgelerinde kahverengi-viyolase, palpabl lezyonlar

Olgu 2

92 yaşında erkek hasta, alt bacaklarda, ayak dorsal ve plantar bölgelerinde yerleşimli eritemli-viyolase birleşme eğiliminde, palpabl, kaşıntılı plaklar

SS-26

Geri Çekilmiştir.

SS-28

Psöriazis hastalarında metotreksat tedavisiyle nötrofil-lenfosit oranı ve sistemik immün-inflamasyon indeksindeki değişiklikler

Nihal Sarı[1], Şeyda Arslan[2]
[1]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim dalı, Giresun, Türkiye
[2]Giresun Bulancak Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Giresun, Türkiye

AMAÇ: Psöriazis, genel popülasyonun %0,5-11,4'ünü etkileyen kronik inflamatuar bir deri hastalığıdır. Çalışmalarda bu inflamasyonun psöriazis lezyonlarının yerleştiği deriyle sınırlı olmadığı, farklı organ ve sistemlerinin de inflamasyondan etkilendiği gösterilmiştir. Bu çalışma, metotreksat(MTX) tedavisi alan psöriazis hastalarımızda tedavi öncesi ve sonrası nötrofil-lenfosit oranı(NLO), platelet-lenfosit oranı(PLO), monosit-lenfosit oranı(MLO), sistemik immün-inflamasyon indeksi(SII) ve sistemik immün yanıt indeksi(SIRI)düzeylerini değerlendirmeyi ve bu parametrelerin hastalık şiddetiyle ilişkili olup olmadığını belirlemeyi amaçlamıştır.

YÖNTEM: Bu tek merkezli kesitsel çalışmaya, psöriazis tanısı ile MTX tedavisi alan toplam 70 hasta dahil edildi. Psöriazis alan şiddet indeksi(PASI) skoru, eritrosit sedimantasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP), NLO, PLO, MLO, SIRI ve SII parametreleri MTX tedavisinin başlangıcında ve 3. ayında retrospektif olarak kaydedildi. Çalışma protokolü için Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı(onay tarihi ve numarası: 23.10.2023/14).

BULGULAR: MTX ile üç aylık tedaviden sonra hastaların ortalama PASI skorlarında %50'den fazla azalma oldu ve bu azalma istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Klasik inflamatuar parametrelerden ESR ve CRP değerleri başlangıç seviyesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gösterdi (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,004$). NLO ve SII değerleri de MTX tedavisinin 3. ayında başlangıç seviyesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldı (sırasıyla $p=0,029$, $p=0,031$).

SONUÇ: Bu çalışma, sistemik inflamasyon ve kardiyovasküler morbidite belirteçleri olan NLO, ESR, CRP ve SII değerlerinin MTX tedavisinden sonra önemli ölçüde azaldığını göstermektedir. Çalışmamızda, hemogramdan elde edilen bu parametrelerin, psöriazis hastalarında tedavinin sistemik inflamasyon üzerindeki etkilerini analiz etmek için potansiyel olarak kullanılabileceğini, düşük maliyetli ve kolay erişilebilir parametreler olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: metotreksat, nötrofil-lenfosit oranı, psöriazis, sistemik immün-inflamasyon indeksi

Tablo 1. Psöriazis hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Cinsiyet (Erkek/Kadın, %)	35/35 (%50/%50)
Yaş (yıl)	46,79±15,17
Hastalık süresi (yıl)	10,50 (4-25)
Artrit (n, %)	16 (%22,9)
Saçlı deri tutulumu (n, %)	48 (%68,6)
Tırnak tutulumu (n, %)	26 (%37,1)
Genital tutulum (n, %)	11 (%15,7)
Tip (n,%) Plak Palmoplantar Guttat Eritrodermik	58(%82,9) 7(%10) 4(%5,7) 1(%1,4)

Tablo 2. Hastaların metotreksat tedavisi öncesinde ve üç ay sonrasında laboratuvar ölçümleri

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası (3. Ay)	P Değeri
PASI	7,45 (4,8-10,82)	2,75 (1,20-2,75)	<0,001
ESR (mm/s)	19 (10,75-31,5)	14,5 (11-24,25)	<0,001
CRP (mg/L)	3,90 (1,20-6,29)	2,43 (0,97-5,2)	0,004
Hemoglobin (g/dL)	13,81±1,76	13,54±1,75	0,006
WBC (x10³/ml)	7,52±1,76	7,43±1,78	0,614
Nötrofil (x10³/ml)	4,53±1,29	4,30±1,13	0,058
Lenfosit (x10³/ml)	2,29±0,71	2,37±0,76	0,325
Platelet (x10³/ml)	245,5 (206-296,5)	249,50 (204,25-304)	0,963
Monosit (x10³/ml)	0,45±0,16	0,48±0,16	0,061
MPV	9,52±1,11	9,46±1,12	0,239
NLO	2,02 (1,46-2,72)	1,76 (1,48-2,35)	0,029
PLO	107,98 (88,32-163,81)	109,95 (84,78-138,83)	0,246
MLO	0,21±0,09	0,22±0,09	0,410
SII	470,04 (338,01-725,26)	439,79 (321,57-572,56)	0,031
SIRI	0,98±0,55	0,94±0,45	0,463

CRP: C-reaktif protein, ESR: eritrosit sedimentasyon hızı, MLO:monosit-lenfosit oranı, MPV: ortalama trombosit hacmi, NLO: nötrofil-lenfosit oranı, PASI: psöriazis alan şiddet indeksi, PLO:Platelet -lenfosit oranı, SII: sistemik immün inflamatuar indeks, SIRI: sistemik inflamatuar yanıt indeksi, WBC: beyaz kan hücresi, P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı.

Tablo 3. Psoriasis hastalarında tedavi sonrası PASI, ESR ve CRP skorlarındaki değişiklikler ile inflamatuar indekslerdeki değişiklikler arasındaki korelasyon analizi.

	Δ PASI	Δ ESR	Δ CRP
Δ NLO r p	-0.084 0.49	0.092 0.447	0.009 0.942
Δ PLO r p	-0.162 0.182	0.017 0.890	-0.001 0.994
Δ MLO r p	-0.028 0.816	0.183 0.130	0.038 0.756
Δ SII r p	-0.124 0.308	0.089 0.465	-0.033 0.789
Δ SIRI r p	0.035 0.773	0.155 0.200	-0.019 0.874

CRP: C-reaktif protein, ESR: eritrosit sedimentasyon hızı, MLO: monosit-lenfosit oranı, NLO:nötrofil-lenfosit oranı, PASI: psöriazis alan şiddet indeksi, PLO: platelet-lenfosit oranı, SII: sistemik immün-inflamasyon indeksi, SIRI: sistemik immün yanıt indeksi.

SS-29

Erişkin Akne Vulgaris Hastalarında Serum IL-36 Alfa Düzeyleri ve Hastalık Üzerindeki Etkileri: Bir Vaka-Kontrol Çalışması

Ayşegül Yalçınkaya İyidal[1], Yıldız Hayran[1], Akın Aktaş[2], Esra Fırat Oğuz[3]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara
[2]AnkaraYıldırım Beyazıt Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara
[3]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Akne vulgaris (AV) patogenezi, bariyer dokulardaki interlökin-36 (IL-36) ailesi ile birlikte karmaşık inflamatuar yolları içerir. Ancak, IL-36 sitokinlerinin yetişkin AV'deki rolü henüz açıklığa kavuşturulmamıştır. Bu çalışmada amacımız, yetişkin AV hastalarının serum IL-36 sitokin profillerini incelemek, bu sitokinlerin hastaların demografik, klinik özellikleri ve tedavi gereksinimleri ile ilişkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Bu kesitsel vaka-kontrol çalışması 70 erişkin AV hastası ile AV hastalarıyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 70 sağlıklı bireyi içermektedir. AV hastalarının ve sağlıklı kontrol bireylerinin serum IL-36α, IL-36β, IL-36γ ve IL-36reseptör antagonisti (IL-36Ra) düzeyleri ELISA kiti kullanılarak ölçüldü ve karşılaştırmalı olarak değerlendirildi. Hastaların hastalık şiddeti, Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (US FDA) global evreleme kriterleri kullanılarak değerlendirildi. Hastaların klinik özellikleri ve aldıkları tedaviler kaydedildi. İstatistiksel analizler grup karşılaştırmaları ve korelasyon çalışmalarını içermekteydi. (Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Etik Kurul onayı: E1-23-.3165/11.1.2023).

BULGULAR: Hasta grubunda 57 (%81,4) kadın, 13 (%18,6) erkek, kontrol grubunda 55 (%78,6) kadın, 15 (%21,4) erkek vardı. AV hastalarında en sık (%54,3) orta şiddette AV saptandı. Median hastalık süresi 48 (24-72) ay idi. En sık görülen lezyon lokalizasyonu yanaktı (%77,1). Çalışmanın yapıldığı tarihte AV tedavisi gören hastalar en sık (%31,4) oral isotretinoin tedavisi kullanırken, çalışma tarihinden önce AV tedavisi gören hastalar en sık (%67,1) topikal benzoik asit/antibiyotik tedavisi kullanıyordu. Hastaların %67,1'i hiç sigara içmemişti ve %74,3'ü alkol kullanmıyordu. Serum IL-36α düzeyleri hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek ($p<0,006$), IL-36Ra düzeyleri ise anlamlı derecede düşük ($p<0,001$) bulundu. IL-36α düzeyi yaşla pozitif korelasyon gösterdi ($r=0,29$, $p=0,016$) ve sistemik tedavi gerektiren hastalarda sadece topikal tedavi gerektiren hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksekti (20,35 pg/mL'ye karşı 15,58 pg/mL, $p=0,043$). IL-36β düzeyi sistemik tedavi kullanımıyla pozitif korelasyon gösterdi ($p=0,050$).

SONUÇLAR: Çalışmamız, yetişkin AV hastalarında IL-36 ailesi sitokinlerinin ekspresyonunda önemli değişiklikler olduğunu ortaya koydu. Özellikle sistemik tedavi gerektiren AV hastalarında serum IL-36α düzeylerinin arttığına dair bulgularımız, IL-36α'nın tedaviye dirençli AV hastaları için bir biyobelirteç olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. IL-36α ile yaş arasında bulduğumuz pozitif korelasyon, ergenlik çağındaki akneye kıyasla yetişkin aknesinde farklı inflamatuar mekanizmaların rol oynadığını göstermektedir. Yaşa bağlı bu değişiklikler, mikrobiyom kompozisyonunu içeren altta yatan patofizyolojik farklılıkları yansıtabilir. IL-36α ile IL-36Ra düzeyleri arasındaki ters ilişki, akne patogenezinde inflamatuar yollara ilişkin fikir vermektedir. Sistemik tedavi gerektiren hastalarda daha yüksek IL-36α düzeyleri, daha agresif terapötik yaklaşımlara ihtiyaç duyma olasılığı olan vakaların belirlenmesine yardımcı olabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, IL-36α'yı bir biyobelirteç olarak kullanmak, bu hasta grubu için tedavi seçimini optimize edebilir ve uygun sistemik tedaviye başlamadaki gecikmeleri azaltabilir. AV dahil olmak üzere çeşitli inflamatuar durumlar için anti-IL-36R antikorlarının devam eden klinik denemelerinden elde edilen sonuçlar da bulgularımızla tutarlıdır. Gelecekteki terapötik stratejiler, bireysel hasta profillerine dayalı olarak belirli IL-36 alt tiplerini hedeflemekte faydalanabilir.

Anahtar Kelimeler: akne vulgaris, erişkin, interlökin 36

POSTER BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİ LİSTESİ

PS-01	Post-herpetik nevoid komedon olgusu	*Yağız ÜSTÜNDAĞ*
PS-02	Nadir bir varyant: komedonal lupus eritematozus	*Fatma Hande KAÇAR*
PS-03	Alt ekstremitede doku hipoplazisine neden olan doğumsal dev melanositik nevüs: Vaka sunumu	*Ali TÜRKAY*
PS-04	İmiquimod tedavisine yanıt veren göz kapağına lokalize aktinik keratoz olgusu	*Büşra DERELİ ÇAMLI*
PS-05	Piyoderma Gangrenozum, Aseptik Apse Sendromu ve Behçet Hastalığı Birlikteliği	*Demet SEZEN*
PS-06	Kronik granülomatöz hastalığı olan bir çocukta nötrofilik ekrin hidradenit olgusu	*Zeki TAŞDEMİR*
PS-07	Atipik yerleşimli bir granuloma annulare olgusu	*Arzu KOÇER DURAN*
PS-08	Servikal aksesuar tragus: Nadir yerleşim ve nonkartilaginöz yapı	*Özge AY*
PS-09	Radyoterapi ve Kutanöz Mastositoz: Nadir Bir Bağlantı mı?	*Semanur ÇAKIR SERİNBAŞ*
PS-10	Fokal Palmaplantar Keratoderma (FPPK) Olgusu: KRT6C Geninde c.523C>A Heterozigot Patojenik Mutasyon	*Merve GÜNEŞ*
PS-11	Volkmann'ın İskemik Kontraktürü ile Doğan Bir Yenidoğan Olgusu	*Mahmut Esat TANRIBİLİR*
PS-12	Kutanöz Layşmanyazis Tedavisinde Meglumin Antimon Kullanımı: Olgu Sunumu	*Nedim SEZER*
PS-13	Morbus Morbihan: Nadir Görülen Kronik Fasiyal Ödem	*Rumeysa Nimet BAYRAKTAR*
PS-14	Ranibizumab ilişkili generalize granüloma annulare olgusu	*İrem KUNDAKCI*
PS-15	Konjonktivanın nadir tümörü: Konjonktival onkositom	*Büşra ÖZEL*
PS-16	Ailevi Spiny Keratoderma: Bilateral Palmar Tutulum Gösteren Nadir Bir Olgu	*Oya Helin DUNDAR*
PS-17	Kondroid Siringom: Dermoskopik ve Histopatalojik Bulgularla Bir Olgu Sunumu	*Aslı ALDEMİR*
PS-18	Yara İyileşmesini Hızlandıran Alternatif Yaklaşımlar: İki Olgu Üzerinden Yara Örtüsü Kullanımının Etkisi	*Merve GÜNEŞ*
PS-19	CFTR geninde heterozigot c.1210-11T>G patojenik mutasyonu saptanan Akuajenik Siringeal Keratoderma olgusu	*Merve GÜNEŞ*
PS-20	Nadir görülen bir deri adneksal tümörü: pilar kılıf akantomu	*Betül ŞEREFLİCAN*
PS-21	Erişkin Mastositoz Nadir Varyantı: Telenjiektazi Macularis Eruptiva Perstans Olgusu	*Merve GÜNEŞ*
PS-22	Mesane kanseri tanılı hastada zosteriform hemorajik kutanöz metastaz olgusu	*Hacer KELEŞ*
PS-23	Dupilumaba Dramatik Yanıt Veren Bir Epidermolizis Bülloza Pruriginoza Olgusu	*Batuhan ÇIRAK*

POSTER BİLDİRİ LİSTESİ

PS-24	Nevus Lipomatosus Superficialis Olgusu ve Dermoskopik Değerlendirilmesi	*Büşra ÇELİK AKBALIK*
PS-25	Multipl Bazal Hücreli Kanserler: Gorlin Sendromu Olgu Sunumu	*Raşit ÜSTÜNTAŞ*
PS-26	Yüzde Geniş Plak Kutane Sarkoidoz Vakası	*Eray VATANSEVER*
PS-27	Hidroksiüre Kullanımına Bağlı Gelişen Kutanöz Ülser ve Tırnak Diskolorasyonu	*Abdullah Kutay MASAT*
PS-28	Büllöz Mastositoz: Olgu Sunumu	*Hakan EZER*
PS-29	Skabiyes Enfestasyonu Sonrası Gelişen Persistan Kaşıntıda Ayırıcı Tanıda Dikkat Edilmesi Gereken Bir Klinik Varyant: Grover Hastalığı	*Berna EKER*
PS-30	Alt Ekstremite Yerleşimli Dev Dermatofibrom Alt Tipi Olan Nadir Bir Olgu: Plak Benzeri Dermatofibrom	*Beyza ÇOLPAN*
PS-31	Pediatrik Alopesi Areata: Demografik ve Klinik Özelliklerin Retrospektif Değerlendirmesi	*Elif ERİŞ*
PS-32	Nadir Bir Elastolitik Dev Hücreli Granülom Varyantı: Papüler Form	*Muhammed Ali MERGEN*
PS-33	Renal Hücreli Karsinom Tanılı Hastada Nivolumab Kullanımı Sonrası Gelişen Eroziv Likenoid Dermatit Olgusu: Nadir Bir Olgu Sunumu	*Olcay BAŞ*
PS-34	Seboreik Keratozu Taklit Eden Multifokal Bowen Hastalığı (Skuamöz Hücreli Karsinoma in Situ): Olgu Sunumu	*Göksu Dalgıç DEMİRTAŞ*
PS-35	Tekrarlayan Hidradenom: Keloid ile Karışan Nadir Bir Olgu	*Funda YÜCE*
PS-36	Mikozis Fungoides Tümör D'emblée Nedir, Ne Değildir?	*Utku YAĞIZ*
PS-37	Oral Mukozada Lökoplaki;Sekonder Sifiliz Olgusu	*Fatih NOYAN*
PS-38	Omalizumab ile Başarılı Tedavi Edilen Total IgE Değeri Normal İzole Anjiyoödem Olgusu	*Seray KÜLCÜ ÇAKMAK*
PS-39	Büllöz Eritema Multiforme Benzeri Lineer IgA Dermatoz	*Betül ŞEREFLİCAN*
PS-40	Akut miyeloid löseminin ilk bulgusu olarak pubis bölgesinde tek lezyonla kendini gösteren büllöz piyoderma gangrenozum olgusu	*Pınar ÜNVEREN BÜYÜKARSLAN*
PS-41	Klinik ve Dermoskopik olarak Bazal Hücreli Kanseri Taklit Eden Kutanöz Layşmanyazis: Olgu Sunumu	*Ahmet ALİGÜL*
PS-42	Sezaryen Skarında gelişen Kutanöz Endometriozis Olgusu ve Dermoskopik özellikleri:Nadir bir Antite	*Muhammet CANBULUT*
PS-43	Palmar Lokalizasyonlu Eritema Anulare Sentrifugum: Nadir Bir Olgu Sunumu	*Elif Banu YILDIRAN*
PS-44	2 Aylık Kız Bebekte İncontinencia Pigmenti (Bloch-Sulzberger Sendromu)	*Gülcan Saylam KURTİPEK*

POSTER BİLDİRİ LİSTESİ

PS-45	Nadir Görülen Bir Lokalizasyon: Deksketoprofene Bağlı İzole İntertrijinöz Yerleşimli Likenoid İlaç Erüpsiyonu Olgusu	*Gizem KAYA EFE*
PS-46	Diode Lazer Epilasyonu ile Gelişen Fox-Fordyce Olgusu	*Sevde ATEŞ ALTUNLU*
PS-47	Bacakta Kaşıntılı Kırmızı Soliter Lezyon: Multinükleer Hücreli Anjiohistiositom, Atipik Yerleşimli Nadir Bir Prezentasyon	*Tuğçe KILIÇ BALLI*
PS-48	Aynı Gen, Farklı Hikâye: İki Olguda Herediter Hemorajik Telenjiektazi'nin Klinik Yüzleri	*Gözde ATMACA*
PS-49	Büyük Taklitçi: Sarkoidoz	*Hayrunnisa AL*
PS-50	Proliferatif Trikilemmal Tümör; Genç Erkek Hastada Klinik Ve Histopatolojik Özellikleri İle Olgu Sunumu	*Hazan AKSOY*
PS-51	Gastrik Bypass Sonrası Malabsorpsiyona Bağlı Gelişen Deri Bulguları	*Sarina GHADERIVAGHARI*
PS-52	Trikotillomani Tanısında Trikoskopik Bulguların Rolü: Bir Olgu Sunumu	*Mehmet Gökalp KARASU*
PS-53	Bleomisin ile Kemoembolizasyona Bağlı Sekonder Flajellat Hiperpigmentasyon	*Kutay OK*
PS-54	Unilateral segmental konjenital vasküler malformasyon zemininde gelişen piyojenik granülom: Dermoskopik ve klinik bulgularıyla nadir bir olgu sunumu	*Mehmet Ali ALAKAŞLI*
PS-55	Geç Başlangıçlı Herediter Epidermolizis Bülloza	*Veysi YİLMAZ*

PS-01

Post-herpetik nevoid komedon olgusu

Aygün Talibova[1], Yağız Üstündağ[1], Ceylan Avcı[1], Banu Lebe[2]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Herpes zoster unilateral, tek bir duyusal ganglion tarafından innerve edilen bir dermatomu etkileyen ağrılı, grube veziküller ile seyreden derinin viral enfeksiyonudur. Wolf'un post-herpetik izotopik yanıtı (WPHİY) iyileşen herpes döküntüsü yerinde yeni oluşan deri döküntüsünü ifade eder. Bu yanıt, granülomatöz reaksiyonlar, malignite, lösemik veya lenfomatöz infiltrasyonlar, immünolojik reaksiyonlar, enfeksiyonlar, komedonik-mikrokistik reaksiyonlar ve diğerleri dahil olmak üzere çeşitli tipte kutan bozukluklarla ortaya çıkar. Burada çok nadir görülen post-herpetik nevoid komedon olgusunu bildiriyoruz.

OLGU: 71 yaşında erkek hasta sırtında ağrı, kızarıklık, siyah nokta ve lekeler şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Başvurusundan 4 ay önce geçirilmiş herpes zoster öyküsü mevcuttu. Hastaya herpes zoster için oral ve topikal asiklovir tedavisi verildiği ancak hastanın eş zamanlı geçirdiği iskemik inme ve pnömoni nedeniyle sadece topikal asikloviri kullandığı öğrenildi. Hastadan herpes zoster sonrası ağrı şikayetine yönelik pregabalin, deksketoprofen/tiyokolşikosid verildiği ancak fayda görmediği bilgisi alındı. Özgeçmişinde diyabet, hipertansiyon, kalp kapak replasmanı öyküsü mevcuttu. İmmunsupresyonu yoktu. Deri bilimsel bakısında sol meme altından sırta uzanan T5-T6 ile uyumlu dermatomal alanda hafif eritemli zeminde postinflamatuvar hiperpigmentasyon ve toplu iğne başı büyüklüğünde siyah komedon benzeri lezyonlar izlendi (Resim 1A, 1B, 1C). Dermoskopi ile incelemede merkezi kahverengi keratin tıkaçlı çok sayıda yuvarlak-oval komedon benzeri açıklıklar görüldü (Resim 2A, 2B). Hastanın sırtından ışık mikroskobisi ile inceleme amaçlı post-herpetik nevoid komedon (PHNK) ön tanısı ile alınan insizyonel deri biyopsisi komedon formasyonu ve perifollikülit ile uyumlu şeklinde sonuçlandı (Resim 3). Post-herpetik nevoid komedon ile uyumlu düşünülen hastaya günde 2 kez topikal kapsaisin ve günde 1 kez akşamları tretinoin içeren krem tedavisi verildi. Hasta post-herpetik nevralji için algolojiye konsülte edildi ve 1 ay sonra kontrole çağırıldı.

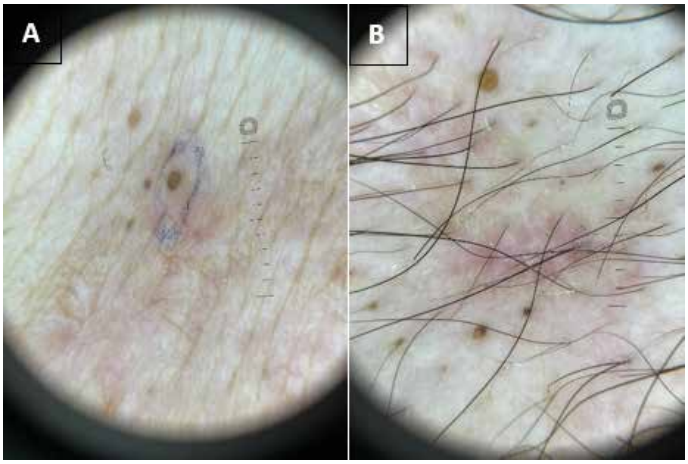
SONUÇ: Literatürde iyileşen herpes lezyonları yerinde komedon benzeri lezyonlar 30'dan az vakada bildirilmiş olup oldukça nadirdir (Tablo 1). Post-herpetik nevoid komedon (PHNK) patogenezi belirsiz olmakla birlikte viral, immünolojik, nöral, vasküler hipotezler öne sürülmüştür. Ayırıcı tanıda yer alan nevus komedonikustan mekanik çıkarımının kolay oluşu ve kendiliğinden remisyona girmesi ile ayrılabilir. Bildirilen vakaların çoğunda konservatif tedavi yeterli olmuş ve tıbbi tedavi (retinoik asit/mekanik ekstraksiyon) ile birlikte veya tedavi olmaksızın 6 ay içinde iyileşme olduğu bildirilmiştir. Herpes zoster öyküsü olan hastalarda zoster bölgesinde yeni kutan lezyonlar geliştiğinde PHNK göz önünde bulundurulmalı ve PHNK'nin tedavisiz gerileyeceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: herpes zoster, komedon, post-herpetik nevoid komedon, Wolf'un post-herpetik izotopik yanıtı

Resim 1

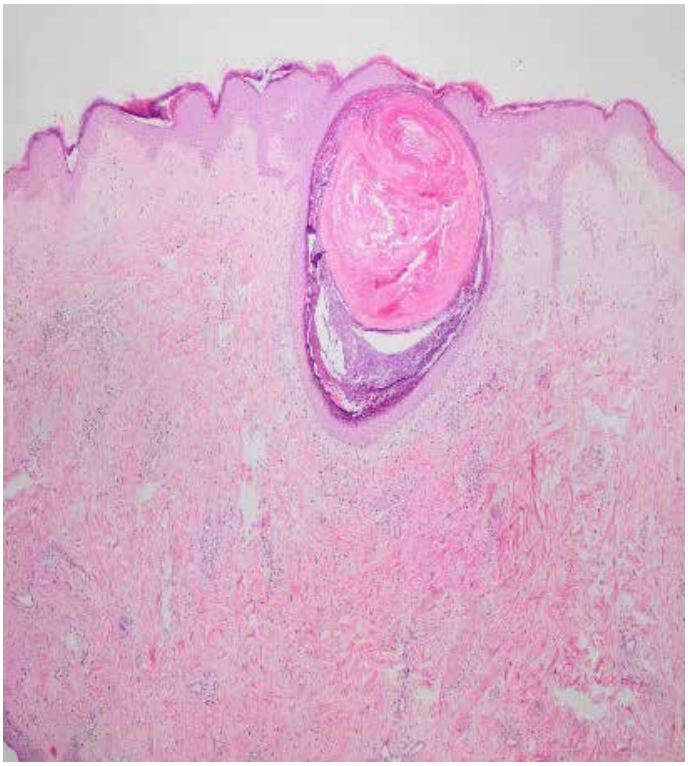
Resim 1A, 1B: T5-T6 ile uyumlu dermatomal alanda sol göğüsten sırta uzanan eritem, postinflamatuvar hiperpigmentasyon Resim 1C: Eritemli zeminde toplu iğne başı büyüklüğünde siyah komedon benzeri lezyonlar

Resim 2



Resim 2A, 2B: Dermoskopide merkezi kahverengi keratin tıkaçlı çok sayıda yuvarlak-oval komedon benzeri açıklıklar

Resim 3



Resim 3: Histopatolojik incelemede ortaya uyan alanda parakeratotik tıkaç ile dolu komedon formasyonu ve çevresinde dermiste yer alan lenfohistiyositik hücreler (Orijinal büyütme X4, hematoksilen&eozin)

Tablo 1

Kaynakça	Yaş/Cinsiyet	Vaka sayısı	Yerleşim yeri	Herpes zoster ile izotopik yanıt arasındaki geçen süre	Tedavi ve prognoz
del Rio et al.	50/kadın, 21/erkek, 36/kadın, 51/kadın, 44/kadın, 71/kadın, 65/kadın	7	Gövde: 6 vaka; Yüz: 1 vaka	6 hafta, 8 hafta, 11 hafta, 8 hafta, 4 hafta, 6 hafta, 4 hafta	Çoğu vakada tedavisiz 2-3 ayda spontan gerileme
Sardana et al.	34/erkek	1	Sağ göğüs	8 ay	Bilinmiyor
Sanchez-Salas	55/kadın	1	Sol boyun	8 ay	Bilinmiyor
Ruocco et al.	Bilinmiyor	9	Bilinmiyor	Bilinmiyor	Bilinmiyor
Wang et al.	64/kadın, 26/kadın, 46/erkek, 23/kadın	4	Gövde: 2 vaka; Yüz: 2 vaka	26 hafta, 20 hafta, 16 hafta, 12 hafta	Bilinmiyor
Seo et al.	55/erkek	1	Sağ omuz ve sırt	6 hafta	4 ayda tedavisiz düzelme
Zweegers and Lubeek	34/kadın	1	Sağ sırt	5 ay	Komedon ekstraksiyonu
Xu and Tan	53/erkek	1	Sağ yüz	2 hafta	2 ayda tedavisiz düzelme
Gupta et al.	36/erkek	1	Sağ göğüs ve sırt	4 ay	Oral isotretinoin, topikal isotretinoin 5 ayda iyileşme

Bildirilen post-herpetik komedon vakaları

PS-02

Nadir bir varyant: komedonal lupus eritematozus

Fatma Hande Kaçar[1], Duru Onan[1], Merih Tepeoğlu[2]
[1]Başkent Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Komedonal lupus (KL), kronik kutanöz lupus eritematozusun (KKLE) nadir bir varyantıdır. KKLE'nin sık görülen alt tiplerinden biri olan diskoid lupus eritematozusun (DLE) tipik lezyonları KL ile ilişkili olabilir. KL, klinik olarak güneş gören alanlarda; komedon, papül ve eritematöz infiltre plak, kist ve skarlar ile karakterizedir. Komedonal lupusta en çok etkilenen kısımlar yüz, özellikle de preauriküler, malar bölge ve mentum bölgesidir. KL, Literatüre göre 3-4. dekattaki kadınlarda daha sıktır. Kaşıntı, hastalarda sık tarif edilen bir semptomdur. Sigara kullanımı önemli risk faktörlerinden biridir. KL'nin; akne vulgaris, Favre-Racouchot sendromu, milium, milia en plak (plaque), syringoma, trikoepitelyoma, kümelenmiş dilate porlar ve nevüs komedojenik ile benzeyebilen klinik prezentasyonları vardır. KL tanısı, konvansiyonel akne tedavisine refrakter vakalarda tanılarda yaygın olmayan bir ayırıcı tanı olarak düşünülmelidir. KL tanısı histopatolojik değişiklikler ile doğrulanmalıdır. Histopatolojik bulgular arasında bazal tabakada hidropik dejenerasyon, bazal membran (BM) kalınlaşması, foliküler dilatasyon, hiperkeratoz, lenfositik infiltrasyon, dermiste melanofajların varlığı yer almaktadır. Bazal tabakadaki hidropik dejenerasyon ve BM kalınlaşması bu bölgelerde reaktif immün komplekslerin depolanması sonucu meydana gelir.

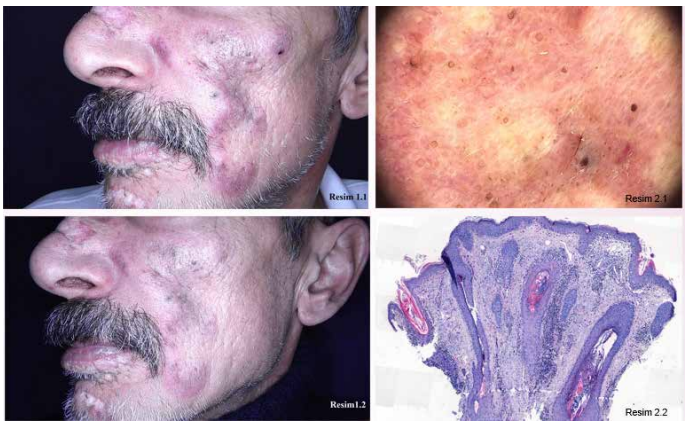
VAKA: Kliniğimize yanaklarındaki sivilceler ve kızarıklıklar sebebiyle başvuran 58 yaşında erkek hastanın, iki yıl önce yanaklarında kızarıklıklar gelişmiş sonrasında bu bölgelerde genişlemiş gözenekler, sivilce ve izler oluşmaya başlamış. Hastanın on yıl önce burun sırtı ve dudak çevresinde yüzeyi kepekli, kızarık lezyonlar oluşmuş sonrasında; gözeneklerde genişleme ve deriden çökük yara izleri gelişmiş. Bu dönemde düzenli bir tedavi almayan hastanın lezyonları zaman içerisinde artmış ve son bir yıl içinde, yanaklarına yayılmış. Hasta lezyonlarda kaşıntı şikayeti tariflemedi. Hastanın düzenli güneş koruyucu kullanmadığı öğrenildi. Hastamızın dermatolojik muayenesinde burun dorsumunda geniş eritemli deprese skar ve perioral bölgede punktat görünümde skarlar izlendi. Sol nazolabial bölgede endure morumsu eritemli semisirküler plak saptandı. Bilateral malar bölgelerde eritemli, hiperkeratotik yer yer kahverengi hiperpigmentasyon zemininde çok sayıda genişlemiş komedonlar, milyum kisti ile uyumlu beyaz papüller mevcuttu.

Kliniğimize başvuran hastanın nazolabial bölgesindeki eritemli plaktan punch biyopsi alındı. Histopatolojik bulgular diskoid lupus lehine değerlendirildi, hastanın mevcut klinik görünümü sebebiyle Tıbbi Patoloji bölümüne tekrar danışıldı, biyopsi komedonal lupus ile uyumlu bulundu. Hastaya, hidroksiklorokin tedavisi başlandı, düzenli güneş koruyucu kullanımı önerildi. Sistemik tutulumun değerlendirilmesi açısından hasta Romatoloji bölümüne konsülte edildi. Sistemik tutulum izlenmedi. Hastanın takibi kliniğimizde devam etmektedir.

TARTIŞMA: Komedonal lupus, KKLE'nin nadir bir varyantı olup güneş gören alanlarda komedonlar, eritematöz papüller ve punktat skarlar ile prezente olur. Lezyonların infiltre plaklar zemininde gelişmesi, perilezyonal eritem ve telenjiektaziler, DLE'nin tipik bulgularının varlığı, hastalığı diğer akneiform erüpsiyonlardan ayırmada yardımcı olur. Diğer KKLE varyantlarında olduğu gibi KL'de de, güneşten korunma çok önemlidir. Tretinoin ve tazaroten gibi topikal retinoidler ve intralezyonel kortikosteroid gibi tedaviler fayda sağlayabilir. Ancak birçok vakada sistemik tedavi gerekmektedir, hidroksiklorokin KL'de de ilk tercih sistemik tedavi seçeneğidir. Dirençli olgularda dapson, metotreksat diğer sistemik tedavi seçenekleri arasındadır. Komedonal lupus, akneiform lezyonlarla seyreden, nadir görülen bir kutanöz lupus varyantı olup, erken tanı ve tedavi, hastalığın morbiditesinin azaltılmasında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: akneiform lupus, komedonal lupus, kronik kutanöz lupus eritematozus, akneiform erüpsiyon, interfaz dermatiti

Klinik sunum, tedavi yanıtı, dermoskopi ve histopatoloji



(Resim 1.1) Hastanın kliniğe ilk gelişi, burun dorsumunda geniş eritemli deprese skar, malar bölgede genişlemiş komedonlar, akneiform papül ve kistler (Resim 1.2) 2 aylık hidroksiklorokin tedavisi sonrası hastanın lezyonlarında gerileme izlendi. (Resim 2.1) Hastanın malar bölgesindeki lezyonun dermoskopik görünümü (Resim 2.2) Biyopsi örneğinde; komedonal genişleme gösteren folikül çevrelerinde belirgin lenfositik hücre infiltrasyonu ve folikül epitellerinde interfaz reaksiyonu görülmektedir (Haematoksilen-eosin, x40)

PS-03

Alt ekstremitede doku hipoplazisine neden olan doğumsal dev melanositik nevüs: Vaka sunumu

Ali Türkay
Alanya Alaaiddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Antalya

AMAÇ: Kongenital dev melanositik nevüslerin görülme sıklığı 1/20000' in olarak tanımlanmış olup, atroji, hipolplazi ve dismalformasyona neden olanları çok daha nadir görülmekrtedir. Literatüre katkıda bulunmak üzere sukkutan dokularda hipoplaziye neden olan bir vaka sunduk.

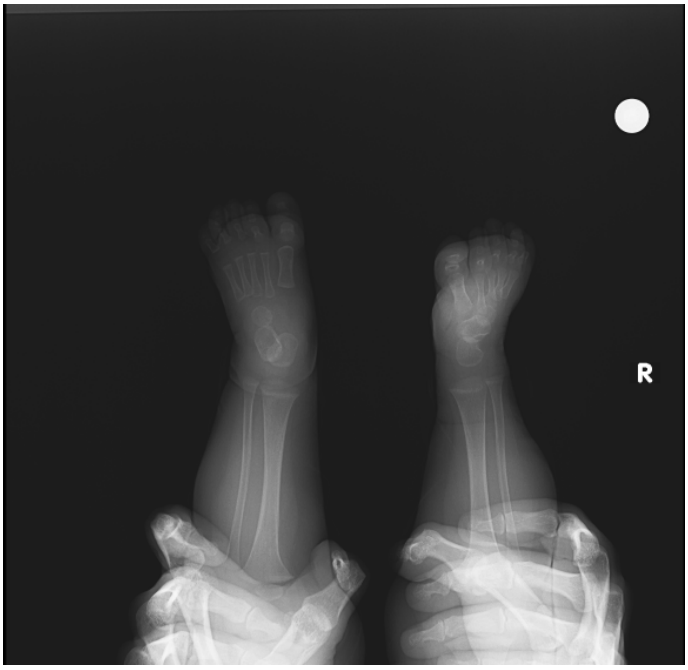
YÖNTEM: Polikliniğimize başvuran infant değerlendirilerek dosyası bir vaka sunumu olarak hazırlanmıştır.

BULGULAR: Başvuru sırasında bir yaşında olan kız hastanın ailesi büyüdükçe doğuştan bulunan melanositik nevüs bulunan taraftaki bacağının ve ayak bileğinin sağlam tarafa göre daha ince kaldığını fark etmiş. Muayenede nevüs boyutları 18 x 7,5 cm olarak hesaplandı. Çap farkını belirlemek üzere iç malleolun 5 cm üzerinden en ince olan bölgeden her iki bacak çapı ölçüldü ve iki bacak arasında 1,5 cm'lik bir fark olduğu görüldü. Hastanın çekilen direkt grafisinde kemik anomalisi saptanamadı, hipoplazinin deri altı yumuşak dokularda sınırlı kaldığı tespit edilirken, her iki baçak boyunda bir fark olmadığı görüldü.

SONUÇ: Erken dönemde tespit edilen dev melanositik nevüslerin alttaki dokularda hipoplazi, atrofi ve malformasyonlara neden olabileceği bu açıdan takip edilmesi gerektiğini hatırlatmak ve tanınarak erken dönemde yapılan cerrahi veya destrüktif tedavilere bağlı süreçin yumuşatılabileceğini ancak doğası gereği yine de doku bozukluklarının görülebileceğini hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: dev doğumsal nevüs, hipoplazi, atrofi

Alt ekstremite karşılaştırmalı direkt grafi



Dev doğumsal melanositik nevüs

PS-04

İmiquimod tedavisine yanıt veren göz kapağına lokalize aktinik keratoz olgusu

Büşra Dereli Çamlı[1], Büşra Yılmaz Tuğan[2], Çiğdem Vural[3], Aysun Şikar Aktürk[1]
[1]Kocaeli Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hatalıklar Anabilim Dalı, Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli
[3]Kocaeli Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

AMAÇ: Aktinik keratoz uzun süre ultraviyole maruziyetine bağlı gelişen, histopatolojik olarak epidermise sınırlı atipik keratinositlerin izlendiği prekanseröz bir deri hastalığıdır. Skuamöz hücreli karsinoma dönüşme riski yaklaşık %5 - %10'dur. Klinik olarak asemptomatik üzerinde telenjiektazilerin izlenebildiği eritemli, skuamlı, hiperkeratotik papül, plak ve makül̈er şeklinde gözlenir. Lezyonlar sıklıkla yüz, saçlı deri, dudak, kulak ve el sırtı olmak üzere kronik güneşe maruz kalan bölgelerde gelişir. Literatürde az sayıda göz kapaklarında aktinik keratoz gelişen olgular da bildirilmiştir. Aktinik keratoz tedavisinde kriyoterapi, cerrahi, topikal florourosil, topikal imiquimod, topikal diklofenak ve lazer tedavileri kullanılmaktadır. Burada üst göz kapağına yerleşen klinik ve histopatolojik olarak aktinik keratoz tanısı konulan ve bir aylık topikal imiquimod %5 krem tedavisi ile tam iyileşme izlenen bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: 68 yaş erkek hasta, bir yıldır sağ üst göz kapağında sertlik ve kalınlaşma şikayeti ile göz ve dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde sağ üst göz kapağından lateral kantusa ve kapak iç yüze doğru uzanan yer yer beyaz renkte yer yer deri renginde plak izlendi (Resim 1). Lezyonun histopatolojik incelemesinde fokal belirgin hiperplazi gösteren hafif derecede displazi odakları görüldü ve aktinik keratoz ile uyumlu olarak sonuçlandı. Klinik ve histopatolojik bulgularla hastaya aktinik keratoz tanısı konuldu ve haftada 3 gün imiquimod %5 krem tedavisi başlandı. Birinci ay kontrolünde lezyonda tam iyileşme izlendi (Resim 2). Takiplerinde yeni lezyon çıkışı izlenmedi.

BULGULAR: Literatürde az sayıda göz kapağında aktinik keratoz izlenen olgular bildirilmiştir. Göz kapağı aktinik keratozunun nadir yerleştiği bir bölgedir. Göze yakınlığı dolayısıyla kozmetik sonuçlar ve gelişebilecek cerrahi komplikasyonlar açısından tedavisi zordur. İmiquimod %5 krem aktinik keratoz ve alan kanserizasyonu tedavisinde sıklıkla kullanılan anttümörojenik etkili bir immünmodülatör ajandır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda göz kapağında bazal hücreli karsinom, aktinik keratoz ve bowen hastalığı gibi farklı nedenlerle imiquimod %5 kremin faydalı olduğu gösterilmiştir. Cannon ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada göz kapağında imiquimod %5 krem kullanılan 47 hastada en sık gözlenen yan etkiler eritem, kaşıntı ve konjonktivit olarak bildirilmiştir. Bizim olgumuzda herhangi bir yan etki izlenmedi. Dört haftalık kısa bir süre tedavi ile tam iyileşme görüldü ve takiplerinde yeni lezyon çıkışı izlenmedi. Hastanın uzun dönem takiplerine devam edilmesi planlandı.

SONUÇ: Burada üst göz kapağına yerleşen ve kapak iç yüze doğru uzanım gösteren klinik ve histopatolojik olarak aktinik keratoz tanısı konulan ve topikal imiquimod %5 krem tedavisi ile kısa sürede tam iyileşme izlenen bir olgu sunulmaktadır. Olgumuz hem göz kapağı aktinik keratozunun nadir görülebileceğini vurgulamak hem de topikal imiquimod ile başarılı tedavi edilebileceğine dikkat çekmek için sunulmuştur.

Kaynaklar

1.DOİ: 10.2340/actadv.v103.4500. PMID: 37605896; PMCID: PMC10461307.

2. DOI:10.14744/bej.2017.68077

Anahtar Kelimeler: aktinik keratoz, göz kapağı aktinik keratozu, imiquimod

Resim 1

Sağ üst göz kapağından lateral kantusa ve kapak iç yüze doğru uzanan yer yer beyaz renkte yer yer deri renginde plak

Resim 2

Dört haftalık İmiquimod %5 krem tedavisi sonrası lezyonda tam iyileşme

PS-05

Piyoderma Gangrenozum, Aseptik Apse Sendromu ve Behçet Hastalığı Birlikteliği

Demet Sezen, Murat Yavuz, Tülin Ergun
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Piyoderma gangrenozum (PG) ve aseptik apse sendromu (AAS), nötrofil aracılı inflamatuvar hastalıklardır ve klinik olarak örtüşen bulgular gösterebilirler. PG en sık, derin, ağrılı, hızlı ilerleyen ülserlerle karakterizedir. Histopatolojik olarak non-spesifik nötrofilik infiltrasyon ve vaskülit benzeri değişiklikler izlenebilir. AAS deri, lenf nodları, karaciğer, dalak, kemik iliği ve iç organlarda, kimi kez nekrotizan enfeksiyonları taklit edebilen, sistemik inflamasyon bulgularının eşlik ettiği, steril, çoklu apselerle karakterizedir. Antibiyoterapilere yanıtsızlık ve kortikosteroidlerle dramatik iyileşme tanıda önemli ipuçlarıdır. Histopatolojik olarak abse bulguları ve PG ile benzer şekilde nötrofilik infiltrasyon saptanır. Burada Behçet Hastalığı zemininde PG ve AAS olan bir olgu bu hastalıkların tanısal zorluklarına ve tedavi direncine dikkat çekmek amacıyla sunulmaktadır.

OLGU: Otuz bir yaşındaki erkek hasta, Eylül 2024'te ağız ve genital bölgede tekrarlayan yaralar nedeniyle başvurdu. Diğer olası nedenlerin elendiği ve Behçet hastalığı(BH) düşünülen hastada paterji testi negatif, göz ve romatoloji muayeneleri özelliksizdi. Kolşisin tedavisine kısmi yanıt alınan hasta, 3 ay sonra kulak, ağız, bacak ve yanakta yaralar, çıban benzeri oluşumlar, ateş (38-39 C °), boğaz ağrısı, son iki ay içinde 10 kg kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Laboratuvar incelemelerinde WBC: 35.000, %86 nötrofil, CRP: 172, Sedimentasyon: 120 mm/sa olarak saptandı. ANA ve ENA negatifti. Kan ve deri lezyonlarından alınan örneklerde mantar, atipik mikobakter, piyojen üremesi olmadı. Boğaz ağrısı nedeniyle KBB muayenesinde kitlesel lezyon görülmesi üzerine yapılan görüntülemede, sağ Rozenmuller fossada kitlesel lezyon, nazofarenks mukozasında diffüz kalınlaşma ve kontrast tutulumu izlendi. Nazofarenks kanseri veya derin doku enfeksiyonu(prevertebral abse?) düşünülere iki farklı zamanda dört kadran biyopsiler alındı,abse ile uyumluydu. Derideki püstüler lezyon ve ülser komşuluğundan alınan biopsilerde, diffüz nötrofilik infiltrasyon ve nötrofilik vaskülit saptandı. Behçet Hastalığı tanısı kesinleşmeyen hastanın femoral ven kalınlığının 0.7 mm saptanması sonucunda BH tanısı doğrulandı. Malignite ve enfeksiyöz süreçlerin elendiği hasta BH, PG ve AAS birlikteliği tanısı aldı. Genel durumu kötüleşen, kilo kaybı süren hastaya 1 mg/kg prednizolon tedavisi başlandı. Günler içerisinde ateşi düştü, yeni lezyon çıkışı durdu ve mevcut lezyonlar gerilemeye başladı. Ancak steroid dozu düşüldüğünde yeni püstüller ve ülserler oluştu. Hastaya adalimumab, 40 mg/ 2 hf tedavisi başlandı. Adalimumaba yanıt vermeyen, 16 mg/gün steroid ihtiyacı olan hastanın tedavisi, adalimumab 40 mg/hafta ve 15 mg/hafta metotreksat olarak düzenlendi. Bu tedaviye de yanıtı olmayan, yeni ülserasyon ve püstülleri oluşmaya devam eden hastada upadacitinib tedavisi planlandı.

TARTIŞMA: PG ve AAS, nötrofil aracılı inflamatuvar hastalıklar olup benzer klinik ve histopatolojik bulgular gösterebilir. AAS görece yeni tanımlanan, nadir, rekürren visseral ve deri abseleri ile sistemik inflamasyon bulgularıyla seyreden, PG benzeri lezyonların eşlik edebildiği, sistemik steroidler dramatik yanıt veren bir hastalıktır.Tanısı tüm enfeksiyon etkenlerinin elenmesi ve özgün klinik bulgularla konur.. Hastamızda eşlik eden Behçet ve PG nedeniyle anti-TNF seçilmiş ve metotreksatla kombine kullanımına karşın hastalık kontrol altına alınamamıştır. Bu durumda IL-12/23 veya IL-23 inhibitörü ya da upadacitinib olası tedavi seçenekleri arasındadır.

SONUÇ: AAS, deri bulguları açısından PG taklit etmekle birlikte, sitemik bulguları olan önemli ve erken tanınması gereken bir hastalıktır. Tanının yanısıra, tedavileri de güç olabilmektedir. Bu olgu, maligniteyi taklit eden kinik prezentasyonu, daha önce tanımlanmamış bir birliktelik olan ASS – PG- BH birlikteliği ve tedaviye olan direnci nedeniyle sunuma değer bulunmuştur

Anahtar Kelimeler: piyoderma gangrenozum,aseptik apse sendromu,behçet hastalığı,otoenflamatuar hastalık

resim 1

periferik venöz kateter girişim yerinde erode olmuş püstül

resim 2

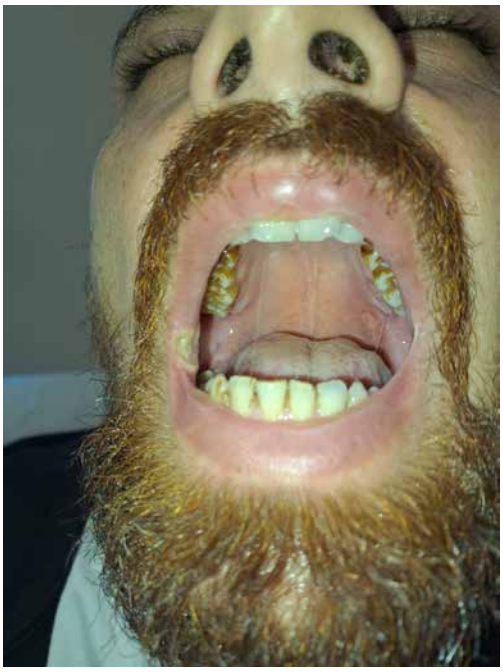
resim 3

sol kulak heliksinde hiperkeratotik kurutla kaplı merkezi nekrotik ve ülseratif alan içeren kabarık plak

resim 4

resim 5

resim 6



sert damak ve sol vermillonda beyaz eksudalı ülseratif lezyonlar

resim 7

resim 8

PS-06

Kronik granülomatöz hastalığı olan bir çocukta nötrofilik ekrin hidradenit olgusu

Zeki Taşdemir
Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Kırklareli

GİRİŞ-AMAÇ: Nötrofilik ekrin hidradenit (NEH), malignite, kemoterapötik ajanlar, enfeksiyon ve bazı ilaçlarla birliktelik gösterebilen ve ekrin ter bezlerini etkileyen reaktif bir dermatozdur. NEH'in orijinal tanımı ilk defa Harris ve ark. tarafından, sitarabin alan bir akut myeloid sendromlu hastada yapılmıştır. Hastalık 6 aylıktan 79 yaşına kadar olan bireylerde rapor edilmiştir. Çocuklarda idiyopatik olarak da görülebilir. İyi prognozlu olup kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Bu yazıda literatürde nadir bildirilen olası bir NEH ve kronik granülomatöz hastalık (KGH) birlikteliği sunulmuştur.

OLGU: Dokuz yaşında, KGH tanısı almış bir erkek hasta, 4 haftadır sağ avuç içinde yer alan, kızarık, kabarık, ağrılı, mercimek büyüklüğünde iki adet şişlik şikâyeti ile başvurdu. Şikâyetlerine ateş ve el-ayak terlemesi (palmoplantar hiperhidroz) eşlik etmekteydi. Hasta, herhangi bir ilaç (sitotoksik/immünomodülatör) kullanmamış ve öncesinde travma öyküsü bulunmamaktaydı. Amoksisilin ve klavulanik asit içeren 2 haftalık antibiyotik tedavisi tamamlanmış ancak şikâyetlerinde düzelme olmamıştı. Dermatolojik muayenede, sağ avuç içinde 1,5 × 1,5 ila 2 × 2 cm boyutlarında, birbirinden bağımsız, ağrılı, eritemli, viyolase renkli iki adet nodül saptandı. Ayrıca avuç içlerinde ve ayak tabanlarında belirgin hiperhidroz gözlendi. Laboratuvar incelemelerinde nötropeni (toplam lökosit sayısı - 2800/mm³) ve %12 nötrofil oranı tespit edildi. Diğer tüm hematolojik ve radyolojik incelemeler normaldi. Nodülden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste nötrofilik ekzositoz, yüzeyel ve orta dermiste ekrin bezler çevresinde nötrofilik infiltrasyon izlendi. Derin dermiste ise nötrofillerin yoğun olarak bulunduğu, nekroz ile karakterize bir abse formasyonu tespit edilerek NEH tanısı doğrulandı.

TARTIŞMA: NEH, ekrin bezlerden ter ile salgılanan bir ilacın doğrudan sitotoksisitesi sonucu gelişebileceği gibi, paraneoplastik sendromun bir formu olarak da ortaya çıkabilir. NEH lezyonları tek veya çok sayıda olup genellikle gövde ve ekstremitelerde eritemli veya purpurik maküller, papüller, nodüller veya plaklar şeklinde görülür. Palmoplantar formu ise malignite öyküsü olmayan çocuklarda ortaya çıkar. Bu durum, tedavi gerektirebilecek enfeksiyöz dermatozlardan ayırt edilmelidir. NEH'in kesin tanısı, ekrin bezlerin içinde ve çevresinde yoğun nötrofilik infiltrasyonun yanı sıra ekrin epitel hücrelerinde nekrozun görüldüğü histolojik özelliklere dayanır. Hastamızda mevcut olan palmoplantar hiperhidroz, NEH'in başlamasında tetikleyici bir faktör olabilir. Hiperhidrozun artmasıyla birlikte laktat, üre, elektrolitler ve eser elementler gibi ter bileşenlerinin salgılanmasının artması, ter bezleri çevresindeki mikroçevrenin değişmesine yol açarak inflamatuar bir süreci başlatabilir ve NEH'in gelişimine neden olabilir. Kronik granülomatöz hastalık (KGH), fagositle-

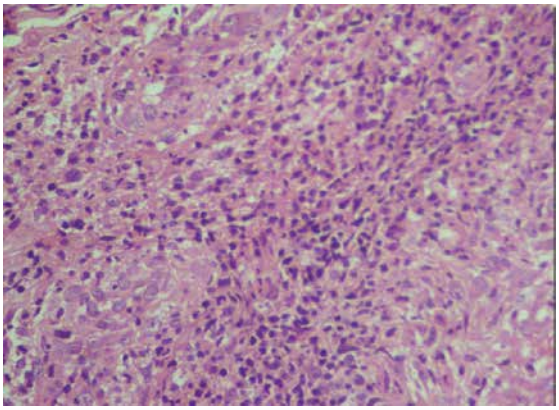
rin bakterisidal süperoksit anyonları (O_2^-) üretememesinden kaynaklanan bir immün yetmezlik hastalığıdır. Bu durum, tekrarlayan ve yaşamı tehdit edebilen bakteriyel ve fungal enfeksiyonlara yol açar. KGH'de nötrofillerin uygunsuz solunumsal patlama (respiratory burst) aktivitesi, hastamızda NEH'in inflamatuar sürecini daha da şiddetlendirmiş olabilir. Dolayısıyla NEH ile KGH arasında bir ilişki olabilir veya bu durum sadece tesadüfi bir birliktelik olabilir. Çocuğa anti-inflamatuar ilaçlar ve topikal %20 alüminyum heksahidrat losyonu ile birlikte günde iki kez 5 gün boyunca trimetoprim-sülfametoksazol (TMP-SMX) tedavisi verildi. Nodüller 10 gün içinde tamamen iyileşti. Hasta 6 aydır takip edilmekte olup herhangi bir nüks gözlenmemiştir. TMP-SMX, KGH hastalarında profilaksi için tercih edilen antibiyotiktir. Antimikrobiyal aktivitesinin yanı sıra nötrofillerin hareket bozukluklarını da düzelttiği bilinmektedir. TMP-SMX'in bu özellikleri, anti-inflamatuar ilaçlarla birlikte hastamızda lezyonların iyileşmesine katkıda bulunmuş olabilir.Bu olgu sunumu NEH ile KGH arasındaki olası bir ilişkiyi tanımlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nötrofilik ekrin hidradenit, kronik granülomatöz hastalık, ağrılı nodül

resim 1

Sağ avuç içinde eritemli nodül

resim 2



Dermiste nötrofilik apse, (H ve E, ×40)

PS-07

Atipik yerleşimli bir granuloma annulare olgusu

Arzu Koçer Duran, Funda Yüce, Elif Çakır, Emre Şenkaya, İlteriş Oğuz Topal
Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, istanbul

AMAÇ: Granüloma anülare, genellikle dermal papüllerle başlayan, anüler lezyonlar şeklinde ilerleyen ve çoğunlukla kaşıntısız olan benign, otozomal dominant bir deri hastalığıdır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik, immünolojik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Malignite, travma, tiroid hastalıkları, diabetes mellitus ve HIV enfeksiyonu gibi birçok durumla ilişkili olabilir. Yaygın klinik alt tipler arasında lokalize GA, jeneralize GA, subkutan GA, perforan GA ve yama GA yer almaktadır. En klasik alt tip, genellikle el dorsallerinde veya ayakları etkileyen, anüler veya halka şeklinde deri rengi veya eritemli papüllerle karakterize olan lokalize GA'dır. Halkalar genellikle 5 cm'den küçük çaplara sahip olup, sentrifugal yönde büyüyebilirler. Bu vaka çalışmasında, boyun arkasından başlayıp bilateral omuzlara yayılan ayrıca bilateral kulak arkasında da 3 aydır olduğunu ifade ettiği yer yer birleşmeye eğilimli en büyüğü 0.5 cm çaplı anüler papüller ve plakları olan 62 yaşındaki bir kadın hasta sunularak granüloma anülare ile uyumlu klinik bulguların incelenmesi ve tanı sürecinin tartışılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bilinen hipertansiyon, anksiyete tanıları olan essilatopram, simetikon, nebivolol tedavileri alan hasta polikliniğimize boyun arkasından başlayıp bilateral omuzlara yayılan ayrıca bilateral kulak arkasında da 3 aydır olduğunu ifade ettiği yer birleşmeye eğilimli anüler papüller ve plaklarla başvurdu (Resim 1-2). Kaşıntı şikayeti bulunmamaktaydı. Daha önce orta potent topikal steroid merhem 3 hafta süre ile kullanmış ancak herhangi bir gerileme olmamıştı. Lezyonlardan granüloma anülare, polimorf ışık erüpsiyonu, kontakt dermatit ve subkutan lupus eritematozus ön tanıları ile punch biyopsi ve DIF inceleme yapıldı. Ayrıca, hastadan ANA, kompleman C3, C4, sedimentasyon, romatoid faktör, kısa biyokimya ve tam idrar tetkikleri istendi. Biyopside yüzeyde ortokeratoz, epidermiste düzleşme, dermiste kollajenolitik alanlar etrafında palizatlaşan dev hücre de içeren granülomatöz inflamasyon bulguları görülerek granüloma anülare ile uyumlu olarak raporlandı. Histokimyasal boyamada A/B'de kollajenolitik alanlarda müsin birikimi saptandı. DIF inceleme negatif geldi. Ayrıca, hastanın tetkiklerinde ANA pozitifliği (Sentromer pattern, titre: 3+ >=1000-<1/3200) gözlemlendi. Hastaya yüksek potent topikal steroid tedavisi başlanarak takibe alındı.

SONUÇ: Granuloma annulare en sık el dorsal yüzlerinde eritemli annuler plaklar şeklinde görülmekle birlikte farklı vücut bölgelerinde de ortaya çıkabilir. Lineer, palmar, yama, püstüler ve dev varyantlar tanımlanmıştır. Boyun arkasında ve omuzlarda lokalize çok sayıda anuler lezyonların varlığında granuloma anülare dışında anüler elastolitik dev hücreli granülom, elastosis perforans serpiginosa ve anüler sarkoidoz gibi hastalıklar ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: granuloma annulare, papül, lineer

PS-08

Servikal aksesuar tragus: Nadir yerleşim ve nonkartilaginöz yapı

Özge Ay[1], Yunus Özcan[1], Veli Yakup Karabacak[2], Mehmet Gamsızkan[2]
[1]Düzce Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce
[2]Düzce Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Aksesuar tragus, dış kulağın nadir görülen konjenital bir malformasyonudur. Tragus deformitelerinin çoğu izole anormallikler olsa da, birinci ve ikinci brankial arkın yetersiz gelişiminden kaynaklanan ilişkili konjenital sendromların (Delleman sendromu, Goldenhar sendromu, Haberland sendromu ve Townes-Brocks sendromu, Treacher-Collins sendromu, VACTERL sendromu, Wolf-Hirschhorn sendromu, Down sendromu) belirtileri olabilir. Tespit edildiğinde eşlik eden işitme bulgusu, renal ve kardiyolojik patolojiler açısından araştırılması önem taşır. Genelde preauriküler bölgeye yerleşmekle birlikte nadir servikal yerleşimler de bildirilmiştir. Bu bildiride nadir yerleşimli izole servikal aksesuar tragus olgusu histopatolojik bulgularla sunulmuştur.

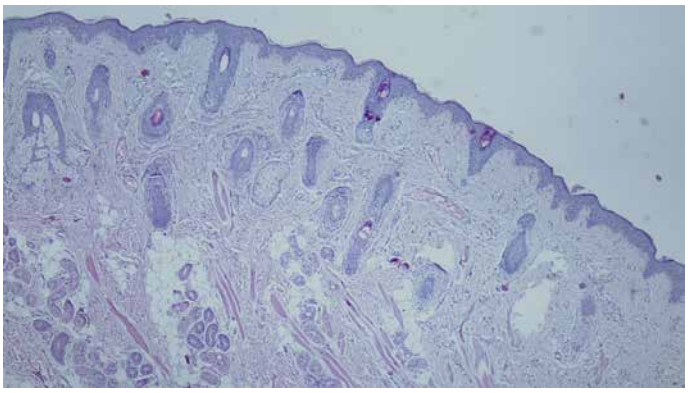
YÖNTEM: Birinci brankial arkın dorsal kısmından kaynaklanır. Genellikle tragus yakınında, tragus ile ağız köşesi arasında çizilen hayali bir çizgi boyunca veya nadiren sternokleidomastoid kasın ön kenarı boyunca lateral boyunda, glabellada ya da suprasternal alanda ortaya çıkan küçük ten renginde bir papül veya nodül olarak görülür. Vakaların çoğu sporadiktir ancak ailevi vakalar da belgelenmiştir. Sendromlarla birliktelik lezyon sayısıyla artar. Histolojik olarak merkezi kıkırdaklı veya kıkırdaksız, etrafı adipoz dokuyla çevrili kesitler görülür. Subkutan yağ dokuda belirgin bağ doku, papiller dermiste çok sayıda vellus kıl follikülü ve yağ bezi eşlik eder.

BULGULAR: 5 yaşında kız çocuk, doğuştan servikal kitle nedeniyle polikliniğimizde değerlendirildi. Yapılan baş ve boyun fizik muayenesinde sağ alt boyunda, sternokleidomastoid kasın ön kenarının juguler çentikle komşuluğunda palpasyonla yumuşak, ten renginde, 1 cm boyutunda saplı papül tespit edildi. Ağrı, kaşınma gibi ek semptom yoktu. Doğduğundan beri olan lezyonun zamanla bir miktar büyüme gösterdiği öğrenildi. Kitle lokal anestezi ile eksizyonel olarak çıkartıldı. Aksesuar tragus, servikal kondrokutanöz brankial kalıntı, tiroglossal kanal kisti, fibroma, leimyoma ön tanılarıyla histopatolojik olarak değerlendirildi. Yapılan incelemede nonkartilaginöz, fibroadipoz doku ve vellus kıl folliküllerinden oluşan yapı gözlendi. Olgu aksesuar tragus olarak değerlendirildi. İleri incelemelerde renal ya da kardiyak patoloji izlenmedi. İşitme testi normal sınırlarda sonuçlandı.

SONUÇ: Aksesuar tragus çeşitli sendromlar ve işitme kayıplarıyla birlikte görülebileceğinden dermatologlar tarafından tanınması önemlidir. Ayırıcı tanıda merkezi kıkırdak varlığı tanıda yardımcıdır ancak kıkırdak görülmemesi tanıyı dışlamaz. Saç follikülü nevusu ile ayrım kıkırdaklı bileşen varlığında aksesuar tragus lehine değerlendirilir. Kıkırdak yokluğunda ise aksesuar tragusun daha fazla miktarda subkutan yağ doku içermesi ayırt edicidir. Servikal kondrokutanöz brankial kalıntı sıklıkla sternokleidomastoid kasın uzanım hattında boyun üst kısmına yerleşir. Literatürde elastik ya da hyalin kıkırdak içeren olgular incelenmiştir. Bazı yazarlar tarafından aksesuar tragus, servikal kondrokutanöz brankial kalıntının alt grubu olarak değerlendirilmiştir. Aksesuar tragus özellikle kıkırdak içermediğinde ve preauriküler bölgeye yerleşim göstermediğinde klinik ve histopatolojik olarak tanı koymak zor olabilir. Eşlik eden sendromlar, malformasyonlar, işitme sorunları olabileceğinden tanıda düşünülmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: aksesuar, konjenital, servikal, tragus

Histolojik görüntü



Kıkırdak mevcut olabilir veya olmayabilir. Kıkırdak yoksa, belirgin bir fibrovasküler çekirdek ve yağ dokusu genellikle mevcuttur. Dermiste fibroadipoz doku ve vellus kıl folliküleri.

Klinik görüntü

Sağ alt servikalde, sternokleidomastoid kasın ön kenarının juguler çentikle komşuluğunda, ten renginde, saplı papül

PS-09

Radyoterapi ve Kutanöz Mastositoz: Nadir Bir Bağlantı mı?

Semanur Çakır Serinbaş[1], Rebiay Kıran[1], Dilek Bayramgürler[1], Büşra Özbek[2]
[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

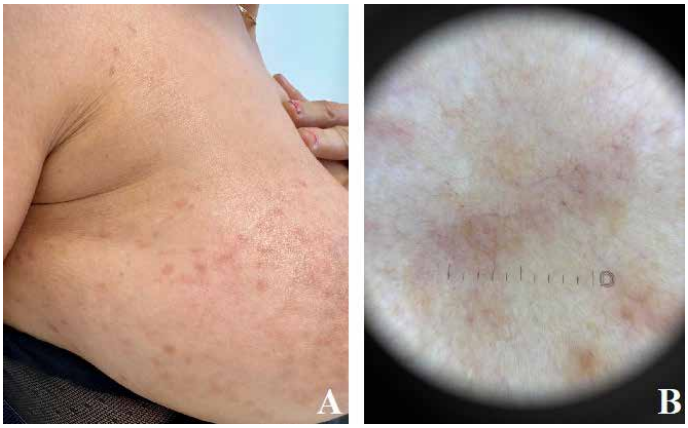
Bu olgu raporunda, radyoterapi sonrası kutanöz mastositoz gelişen iki olgu sunulmaktadır. İlk olgu; 16 yıl önce meme kanseri nedeniyle sağ memesine 50 Gy radyoterapi uygulanmış ve altı yıldır olan deri döküntüsü nedeniyle başvuran 52 yaşındaki kadın hasta, ikinci olgu; 10 yıl önce papiller tiroid kanseri nedeniyle radyoaktif iyot tedavisi almış ve son 6 yıldır kutanöz mastositoz tanısı ile omalizumab ve PUVA tedavisi uygulanan 55 yaşındaki kadın hastadır. Bu iki olgu, Türkiye'den ilk defa radyoterapi sonrası mastositoz geliştiği bildirilen olgular olup literatürdeki nadir örneklerdendir. Literatürde radyoterapi sonrası kutanöz ve sistemik mastositoz geliştiği bildirilen olgu sayısı sadece 13 olup, patogenezi aydınlatılamamıştır. Koebner fenomeni ile ilişkili olarak ışınlanan alanda mast hücrelerinin klonal proliferasyonunun tetiklendiği düşünülmektedir. Bildirdiğimiz olguların literatürde nadir bildirilen bu birlikteliğin patogenezi ile ilgili olarak; radyoterapinin mast hücreleri üzerindeki uzun vadeli etkileri, mastositoz gelişimindeki olası rolü ve mast hücreleri ile maligniteler arasındaki ilişki açısından katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Mastositoz, Kutanöz Mastositoz,Radyoterapi

Figure 1 A.B.C

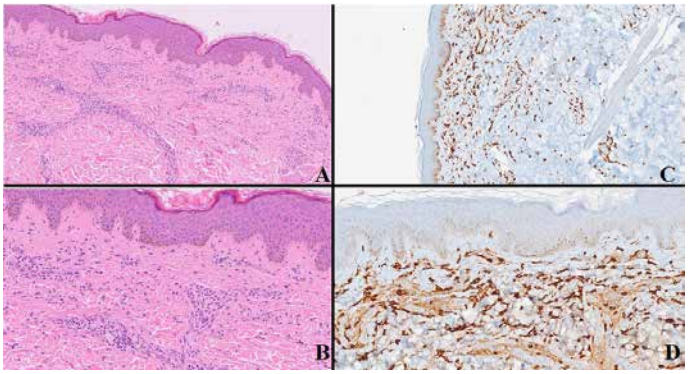
Sağ vücut yarısında ve göğüs üzerinde yoğunlaşan 3-4 mm çapında kırmızı-kahverengi maküler döküntü izlendi.

Figure 2 A.B.



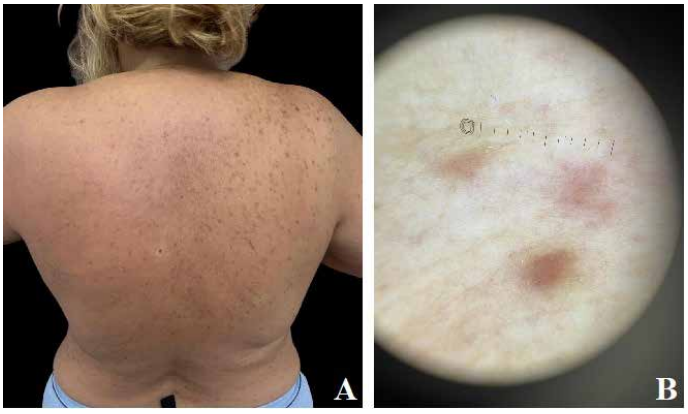
Dermoskopik incelemede telenjiektatik eritemli maküller görülmektedir.

Figure 3. A.B.C.D:



: A.B.: Superfisyel dermisde perivasküler alanlarda yoğunlaşan mast hücreleri izlenmektedir(H&E) C:Sayıca artmış mast hücreleri CD117 ile pozitif reaksiyon göstermektedir(CD117-İHC) D:Triptaz ile mast hücrelerinde pozitif reaksiyon izlendi.(Triptaz-IHC)

Figure 4 A.B



Sırt ve gövde üst bölümlerde, 3-5 mm çapında kırmızı-kahverengi maküler lezyonlar, dermoskopik incelemede bazıları eritemli- kahverengi telanjiektazinin tam olarak ayırt edilemediği maküller.

PS-10

Fokal Palmaplantar Keratoderma (FPPK) Olgusu: KRT6C Geninde c.523C>A Heterozigot Patojenik Mutasyon

Merve Güneş[1], Arzu Kılıç[1], Hilmi Bolat[2]
[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı

Palmoplantar keratoderma (PPK), avuç içi ve ayak tabanı yüzeyinde belirgin hiperkeratotik lezyonlarla karakterize, akkiz veya kalıtsal olabilen, klinik olarak heterojenite gösteren bir hastalıktır. Klinik paterne göre diffüz, fokal ve punktat şeklinde klasifiye edilir. PPK; izole olabileceği gibi farklı kutanöz ve/veya ekstrakutanöz bulgularla birlikte olabilir. Kalıtsal formları genellikle otozomal dominant (OD) geçişlidir ve çoğu keratin ailesine ait düzinelerce gendeki mutasyonlardan kaynaklanabilir. Keratin kümelerinin iki lokusu (12q13 ve 17q21), PPK'ya neden olabilen mutasyonlar içeren bir dizi gen içerir. Fokal PPK; palmar ve/veya plantar yüzeylerin basınç noktalarında yerleşen keratodermalardır. Bu bildiride 47 yıldır tanı almamış ailesel PPK olgusu sunulacaktır. Elli yedi yaşında kadın hasta 10 yaşından beri ayak tabanlarında ağrı ve kalınlaşma şikayetiyle başvurdu. Hastanın anamnezinden aile üyelerinin bazılarında da benzer şikayetlerin olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenede her iki plantar bölgede 2., 3. ve 4. metakarpofalengeal eklem hizasında basınç bölgelerinde sarı renkli, sert hiperkeratotik plaklar izlendi. Hastada oral lökokeratoz, keratozis pilaris ve tırnak distrofisi saptanmadı. Eşlik eden saç, diş anormalisi ve hiperhidroz yoktu. Plantar bölgeden alınan deri punch biyopsinin histopatolojik incelemesi; plantar bölgenin kalınlığı nedeniyle optimal değerlendirilemedi. Hastadan istenen genetik analizde, KRT6C geninde OD kalıtımlı c.513C>A heterozigot yanlış anlamlı mutasyon saptandı. Mevcut bulgularla hastaya fokal PPK keratoderma tanısı konuldu ve asitretin 10 mg/gün, salisilik asit ve üre%40 içeren krem tedavileri başlandı. Tedavinin 2. ayında tekrar değerlendirilen hastanın lezyonlarında regresyon izlendi. Bu bildiride, KRT6C geninde heterozigot yanlış anlamlı mutasyon tespit ettiğimiz uzun süredir tanı almamış ve bir ailede beş nesli etkileyen FPPK'lı bir olgu sunulmaktadır. Bu bağlamda, PPK ile başvuran hastalarda anamnez ve genetik incelemenin önemini vurgulamak isteriz.

Anahtar Kelimeler: Palmoplantar keratoderma, fokal keratoderma, genetik, keratin 6C, mutasyon

PS-11

Volkmann'ın İskemik Kontraktürü ile Doğan Bir Yenidoğan Olgusu

Zeliha Karabudak[1], Mahmut Esat Tanrıbilir[2], Esra Adışen[1]
[1]Gazi Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara
[2]Ilgın Dr. Vefa Tanır Devlet Hastanesi, Konya

GİRİŞ: Volkmann'ın iskemik kontraktürü kompartman içi basınçta artışa bağlı olarak, iskemik kalan dokuda oluşan deri ülseri ve nöromüskuler bozukluğu tanımlar. Neonatal Volkmann'ın iskemik kontraktürü, çok nadir bir durumdur ve etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Lezyon doğumda bül ile ortaya çıkar, ardından hızla ülserleşir ve nekrotik bir alan meydana gelir. Sekellere yol açabilen bir klinik tablodur, dolayısıyla tanının erken dönemde akla gelmesi önemlidir. Bu vaka raporunda; ön kolda erode, ülsere lezyonlarla dünyaya gelen yenidoğan Volkmann'ın iskemik kontraktürü olgusu sunulmuştur.[1]

OLGU: 39 hafta 3900 gram olarak doğan bebek, sol kolundaki eritemli ve erode alan nedeniyle danışıldı. Doğum öncesinde ve doğumda ilişkili olabilecek risk faktörleri yoktu. Yenidoğan muayenesinde sol kol Moro ve yakalama refleksi zayıftı. Dermatolojik muayenede ön kolda farklı boyutlarda hiperemik plak ve erode alanlardan ilerleyen saatlerde ülser ve sarı-yeşil akıntılı bir eskar dokusu gelişti. Tetkiklerinde biyokimya ve mikrobiyolojik parametreler doğaldı. Direk grafide fraktür hattı yoktu. Elektromyografi median, ulnar ve radial sinirlerin komplet lezyonu, doppler ultrasonografide sol kolda sağa göre azalmış amplitüdlü monofazik akım, serebral ultrasonografide germinal matriks kanaması ile uyumlu olabilecek hiperekojenite, kraniyal manyetik rezonans görüntülemede subdural kanama alanları gösterildi. Yara bakımı olarak beyaz gece merhemi ile kapama başlandı. Cerrahi girişim gerekmedi.

TARTIŞMA: Yenidoğanda Volkmann'ın iskemik kontraktürü tanısı klinik bir tanıdır. Önkolda hareket kısıtlılığının eşlik ettiği düzensiz sınırlı bir ülser bu tanıyı akla getirmelidir. Hızla derin bir ülser ve nekroza ilerleyen bül ile başlar. En sık lokalizasyonu önkoldur. Etkilenen ekstremitede kontraktür ve bilekte paralizi gelişebilir.[2]

Nadir bir durumdur ve literatürde yalnızca 50 vaka bildirilmiştir. Risk faktörleri; preeklampsi,makat prezentasyon, prematür doğum ve intrauterin travmadır. Ayırıcı tanısına; epidermolizis bülloza, amniyotik band sendromu, aplazia cutis konjenita, neonatal purpura fulminans, herhangi bir orjinden kaynaklanan ven trombozu, deri enfeksiyonları girmektedir. Yenidoğanda Volkmann'ın iskemik kontraktürü yönetimi zordur. Klinik şüphe durumunda, doppler ultrasonografi ve direk grafi ile, cerrahi gerekliliği değerlendirilmelidir. Vaskülarizasyon bozukluğu durumunda fasyotomi uygulanmalıdır. Yara bakımı ve fizik tedavi eğitimi, hastalarının yönetiminde oldukça önemli bir rol oynamaktadır.[3]

Anahtar Kelimeler: Bağdoku, Yenidoğan, İskemik Kontraktür

PS-12

Kutanöz Layşmanyazis Tedavisinde Meglumin Antimon Kullanımı: Olgu Sunumu

Sema Aytekin, Nedim Sezer, Naile Sezgin
Namık Kemal Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

GİRİŞ VE AMAÇ: Kutane Layşmanyazis, leishmania tropica, major cinsi protozoonların sebep olduğu dermatolojik bir hastalıktır. Lezyonların ağrısız olması, kendiliğinden iyileşebilmesi, hayatı tehdit edici komplikasyonları bulunmaması hastalığın toplum tarafından kabul edilmesine yol açsa da aktif lezyonu veya skatrisi olanlarda depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinde azalma gibi sosyal ve psikolojik sorunlar gözlenebilmektedir. Kutane Layşmaniyazis, infekte dişi kum sineklerinin ısırmasıyla insanlara bulaşan, iç organ tutulumu yapmayan ancak deride papülonodüler,nodülo-ülseratif lezyonlarla seyreden, atrofik sikatris ve şekil bozuklukları ile sonlanan bir parazitik deri hastalığı tablosudur. Yaklaşık 2-12 hafta arasında değişen inkübasyon döneminden sonra tatarcık ısırığının olduğu yerde genellikle giysiyle örtülmeyen yüz, boyun veya ekstremitelerde eritemli papül olarak başlar. Daha sonra eritemli papül yavaşça büyüyerek ortalama 3-4 ay içerisinde 1-2 cm boyutunda ağrısız nodüle dönüşür.

OLGU: Yedi yaşında erkek hasta, 6 aydır yanakta var olan yara şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Dış merkezden soliter kutane mastositom olarak antihistaminik başlanıp 3.basamak merkeze başvurusu söylenmiş. Fizik muayene de sağ temporal bölgede 1 cm çapında sarımsı pembemsi üzerinde ince skuamlar bulunan ortası erode nodüler lezyon görüldü. Ek hastalık öyküsü yok. Kullandığı ilaç yok. Anamnezi derinleştirdiğimizde hastanın yazın Mardin'de kaldığı öğrenildi. Hastadan alınan smear materyalinde makrofaj içinde ve dışında amastigotlar görüldü. Hastaya meglumin antimonat 3 hafta haftada 2 kez sonra 2 hafta haftada 1 kez intralezyonel olark uygulandı.

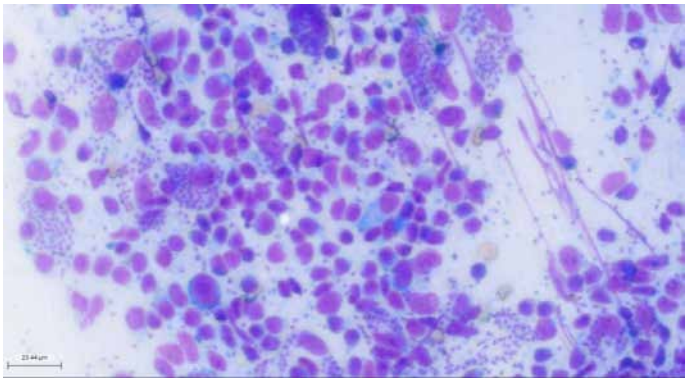
SONUÇ: Ülkemiz endemik bölge olduğundan papülonodüler lezyonlarda basit bir smear yayma yöntemi ile tanıya da gidilebildiğinden kutane layşmanyazis akılda tutulmalıdır. Çoğu kutanöz lezyon atrofik sikatrisle 2-18 ayda kendiliğinden iyileşir. Tedavinin amacı sikatrisi azaltmak, iyileşmeyi hızlandırmak, disseminasyonu ve mukokutanöz progresyonu azaltmak ve fonksiyon bozukluğunu önlemektir. Multipl (4'den fazla lezyon) ve geniş lezyonlar (4 cm den büyük), kozmetik olarak kabul edilemez lezyonlar, 6 aydan uzun süren lezyonlar, yüz ve eklem bölgesi, mukozal veya mukozaya yakın yerleşim, nodüler lenfanjit ve immün yetmezlik mutlak tedavi endikasyonlarıdır. Tedavi seçenekleri komplike olmayan olgularda lokal yaklaşımdır. Lokal tedavi seçenekleri intralezyonel antimon bileşikleri, kriyoterapi ve termoterapi gibi fiziksel tedaviler ile topikal paromomisindir. Beş değerli antimon bileşikleri olan sodyum stiboglukonat ve meglumine antimonat 3-4 hafta süresince haftada 2 kez intralezyonel uygulanır.

Anahtar Kelimeler: İntralezyoner,Kutane layşmanyazis, Meglumin antimonat

İlk Başvuru

İlk başvuru esnasında 1 cm çapında sarı-pembe renkte,sert, ortası erode nodüler lezyon

Smaer yayma



Yedinci doz sonrası lezyon

7. doz sonrası nodüler kabarıklık tamamen kaybolmuşken lezyon üzeri hiperpigmentasyon ve tek püstül mevcuttu.

PS-13

Morbus Morbihan: Nadir Görülen Kronik Fasiyal Ödem

Rumeysa Nimet Bayraktar, Belkız Uyar
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,Düzce

AMAÇ: Morbus Morbihan veya solid persistan fasiyal ödem,genellikle yüzün üst orta bölgesinde sert gode bırakmayan ödem ile karakterize spontan iyileşme eğilimi göstermeyen kronik bir hastalıktır.Etiyolojisi bilinmemekle birlikte lenf damarlarının lokal disregülasyonu, granülomlar ve histiyositlerle lenfatik obstrüksiyon ve akne, rosacea veya kontakt dermatit nedeniyle oluşan kronik inflamasyon gibi olası patojenik faktörler öne sürülmüştür. Klinik olarak patolojik olmayan laboratuvar ve histopatolojik bulgular ile birlikte, tedavilere karşı direnç gösteren bu hastalık, literatürde nadiren rapor edilmiştir. Bu vaka sunumumuzda, Morbus Morbihan'ın klinik özelliklerini, ayırıcı tanısını ve tedavi seçeneklerini inceleyerek, bu nadir hastalığın farkındalığını artırmayı amaçladık.

OLGU: 55 yaşında kadın hasta yaklaşık bir yıldır yüzünün sol tarafında olan şişlik şikayeti ile başvurdu.Yapılan fizik muayenede yüz sol tarafta,periorbital alanda ve üst dudakta gode bırakmayan ödem ve eritem mevcuttu.Klinik olarak öncelikle erizipel düşünüldü ancak anamnezde hasta daha önce çok kez sistemik kortikosteroid ve antibiyotik kullandığı,-lezyonda gerileme olup tekrarladığı,sistemik kortikosteroid kullanımına bağlı sağ gözünde katarakt geliştiği ve tedaviyi sonlandırdığı öğrenildi. Hastaya oral antibiyotik verildi ve kontrolde sol taraf ödeminde gerileme olup yüz sağ tarafında ödem olduğu görüldü.Anamnezde imitasyon alerjisi olduğu öğrenildi.Yama testi planlandı fakat hasta kabul etmedi.Hastadan Morbihan hastalığı ve erizipel ön tanıları ile biyopsi planlandı fakat hasta biyopsi yaptırmak istemedi.Klinik olarak Morbihan hastalığı düşünülerek oral isotretinoin başlandı.

SONUÇ: Morbihan hastalığı (MD) ilk olarak 1957 yılında Robert Degos tarafından bildirilmiştir. MD, yüzün üst üçte ikisinde kronik eritematöz ödem ile karakterizedir.Genellikle göz kapaklarını, alnı, glabellayı ve yanakları etkiler. Morbihan hastalığının patogenezi ve patofizyolojisi henüz tam olarak açıklığa kavuşturulmamıştır. Hastalığın en belirgin özelliği, lenfatik drenajın bozulması ve/veya kronik inflamasyon sonucu kan ve lenfatik damarların hasar görmesi nedeniyle yüzün üst kısmında oluşan kalıcı ödemdir.Kronik fasiyal ödem ayırıcı tanısında birçok hastalık düşünülmelidir. Fasiyal ödemle başvuran bir olguda anjiyoödem ve herediter anjiyoödem, Melkersson-Rosenthal sendromu,kontakt dermatit ve enfeksiyöz nedenler ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Nedeni açıklanamayan persistan fasiyal ödemli hastalarda Morbus Morbihan hastalığı akla gelmelidir. Hastalığın tedavisinde sistemik izotretinoin etkili bir seçenek olarak kullanılarak yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilir.Farmakolojik tedavi işe yaramazsa, göz kapağı küçültme ameliyatı, lenfatik drenaj ameliyatı, karbondioksit lazer tedavisi ve lokal steroid enjeksiyonları düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Morbihan,lenfatik,isotretinoin

Resim 1

yüz sol tarafta,periorbital alanda ve üst dudakta gode bırakmayan ödem ve eritem

PS-14

Ranibizumab ilişkili generalize granüloma annulare olgusu

İrem Kundakcı[1], Mehmet Cirit[1], Enes Emre Aşman[2], İjlal Erturan[1], Raşit Akdeniz[2], Mehmet Yıldırım[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

GİRİŞ: Granuloma annulare (GA), lokalize veya yaygın (generalize GA) olabilen inflamatuvar, granülomatöz deri hastalığıdır. Yama, perforan ve subkutan tipleri nadiren görülür. Bu sunumda kliniğimize ranibizumab kullanımı sonrası generalize GA tablosu ile başvuran bir kadın hastayı sunuyoruz.

OLGU: Yetmiş dört yaşında kadın hasta 15 aydır ellerinde ve kollarında döküntü şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Sırtta ve kollarda kaşıntılı kızarıklıkların oluştuğunu, giderek tüm vücuda yayıldığını ifade etti. Dermatolojik muayenede yüz, boyun, sırt, kollar, bacaklar ve uyluk iç yüzünde çok sayıda eritemli plaklar, yer yer papüller görüldü (Resim 1). Lenfadenopati yoktu. Rutin kan testleri ve anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) seviyeleri normaldi. Hepatit, insan immün yetmezlik virüsü, sifiliz serolojik testleri negatifti. Koldaki eritemli papülden granüloma annulare, sarkoidoz, anüler elastolitik dev hücreli granülom, elastosis perforans serpiginosa, anüler liken planus ön tanılarıyla biyopsi yapıldı. Biyopside lenfositik infiltrat ve multinükleer dev hücreli nekrobiyotik histiyositik granülom görüldü (Resim 2). Klinik ve histopatolojik bulgulara dayanarak generalize granüloma annulare tanısıyla haftada 2 gün darbant ultraviyole B (dbUVB) ve topikal metilprednizolon aseponat başlandı. İki aylık dbUVB tedavisine rağmen lezyonlar gerilemedi ve boyun ve kolda tekrarlanan muayenelerde yeni lezyonlar belirdi. Tedaviye 10 mg oral isotretinoin eklendi ancak 6 aylık dbUVB ve isotretinoin kombine tedavisinden sonra kutanöz lezyonlar devam etti. Öykü derinleştirildiğinde hastada maküla dejenerasyonu olduğu ve 12 ay boyunca intravitreal ranibizumab tedavisi aldığı öğrenildi. Granüloma annulare ve ilaç ilişkisi nedeniyle ilaç revizyonu açısından oftalmologlara danışıldı. Oftalmolog tarafından ranibizumab tedavisi stoplandı ve tüm lezyonlar 3 ay içinde geriledi (Resim 3). Altı aylık takipte tüm lezyonlar kayboldu ve yeni lezyon çıkışı olmadı.

TARTIŞMA: Granuloma annulare (GA), hem çocukları hem de yetişkinleri etkileyebilen, genellikle kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Klasik olarak eritemli veya deri renginde, skuamsız annüler plak şeklinde görülen lokalize GA en sık görülen alt tiptir. Vakaların yaklaşık %15'ini oluşturan generalize GA formu ikinci sıklıkta görülür. Karakteristik özellikler arasında yaygın, eritematöz veya ten renginde papül ve plaklar bulunur. Gövde ve ekstremiteler tipik tutulum yerleridir. Baş, boyun, avuç içleri, ayak tabanları ve mukozalar genellikle tutulmaz. Generalize GA lezyonları kutanöz sarkoidoz, annüler elastolitik dev hücreli granülom, interstisyel granülomatöz dermatit, sekonder sifiliz, erüptif ksantomlar, erüptif histiyositomalar, erüptif siringomalar ile ayırıcı tanıya girer. Daha nadir GA formları arasında subkutan, perforan ve yama varyantları bulunur.

GA'nın patogenezini henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Sağlıklı deriye kıyasla GA lezyonlarında hem T-helper (Th)1, Th2 yollarının ve JAK-STAT yolağının aktive olduğu bildirilmiştir. İlaç maruziyeti, viral enfeksiyonlar, travma, böcek ısırıkları, tüberkülin deri testi, aşılama, güneşe maruziyeti ve immünoterapi dahil olmak üzere çeşitli tetikleyici faktörler rapor edilmiştir. GA ile diyabet, dislipidemi, ilaç maruziyeti, malignite, tiroid hastalığı, otoimmün hastalık, iskemik kalp hastalığı, HIV enfeksiyonu ile ilişki gösterilmiştir. Olgumuzda tetikleyici faktörlerin hiçbirisinin olmaması dikkat çekiciydi. Genellikle generalize GA'nın ilk tedavisinde sistemik ajanlar ön plandadır. Darbant UVB fototerapisi, sistemik tedaviden kaçınmayı tercih eden hastalar için alternatif bir yaklaşımdır. Hidroksiklorokin, izotretinoin veya dapson, tercih edilebilecek diğer ilaçlardandır.

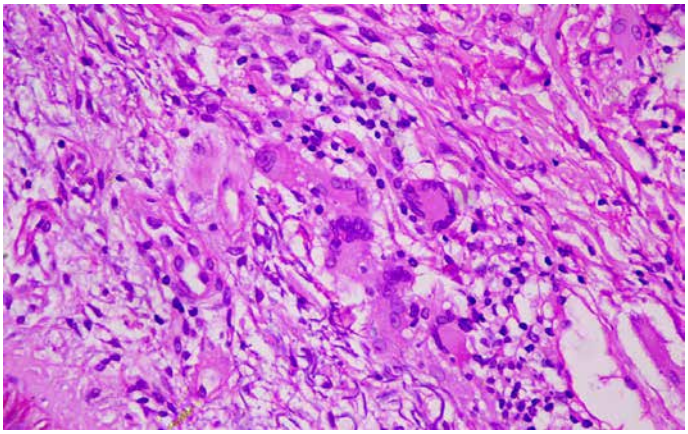
SONUÇ: Yaptığımız literatür taramasında anti-VEGF ilaçlar ile GA gelişen olgu bulamadık. VEGF inhibisyonunun sitokin salınımlarında değişiklik yapmasının T hücre aktivasyonuna ve çoğalmasına yol açtığını, bunun da makrofajların agregasyonu ve aktivasyonuyla, yani granülom oluşumuyla generalize granülom annulareye yol açtığı sonucunu varsayarak bu olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: granüloma annulare, ranibizumab, tedavi

Resim 1

Olgunun başlangıçtaki klinik görünümü

Resim 2



Olgunun histopatolojik görseli

Resim 3

Olgunun ranibizumab tedavisi stoplandıktan sonraki görünümü

PS-15

Konjonktivanın nadir tümörü: Konjonktival onkositom

Büşra Özel[1], Münevver Güven[1], Büşra Ekinci[2]
[1]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Aydın
[2]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Aydın

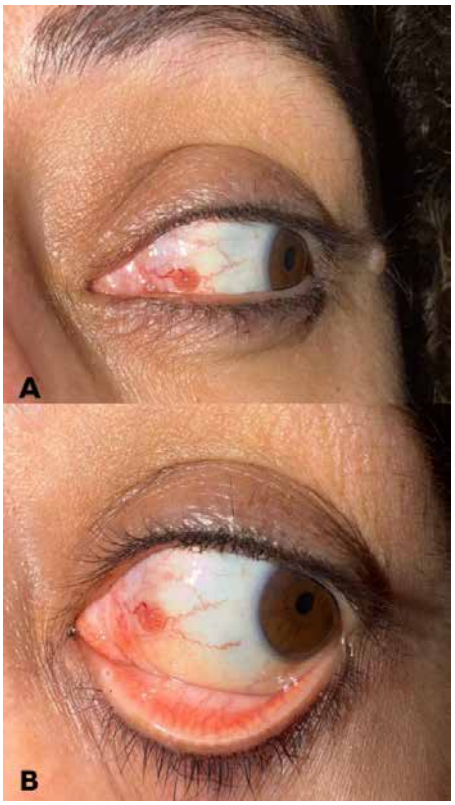
GİRİŞ: Onkositomalar, bol miktarda eozinofilik sitoplazmaya sahip onkosit adı verilen transforme glandüler epitelyal hücrelerden oluşan tümörlerdir. Tiroid, tükürük bezleri, adrenal bezler, böbrek ve pankreas gibi birçok dokuda tanımlanmışlardır. Oftalmik bölgedeki onkositomlar nadirdir. Oküler lokalizasyonda en yaygın olarak karunkülde ve göz kapağı medial kantusunda bulunurlar. Onkositomalar, bu bölgedeki lezyonların yaklaşık %3'ünü oluşturur. Daha az sıklıkla, lezyonlar lakrimal bezde, konjonktivada, göz kapağı kenarında ve lakrimal kesede tanımlanmıştır. Klinik olarak genellikle hemanjiyomlar, nevüsler ve kistler ile karıştırılır. Çoğunlukla bening olan bu lezyonların prognozu genellikle iyidir; ancak nadir durumlarda malign vakalar da rapor edilmiştir. Konjonktival onkositom tanısı alan hastamızı literatürde nadir olması ve konjonktival lezyonların ayırıcı tanısında akılda tutulması için sunuyoruz.

OLGU: Kırk yaşında kadın hasta 1-2 aydır sol göz konjonktivasında bulunan kitle nedeniyle göz hastalıkları bölümünden dermatoloji polikliniğimize konsülte edildi. Dermatolojik muayenede sol göz medialinde bulbar konjonktiva üzerinde yaklaşık 0,4 cm çapında, parlak yüzeyli, yumak ve kıvrımlı damar yapıları olan, pembe renkli tümör görüldü (Resim 1 A,B). Konjonktival papillom, skuamöz hücreli karsinom, piyojenik granülom, amelanotik melanom ve konjonktival onkositom ön tanıları ile göz hastalıklarına eksizyon amacıyla yönlendirildi. Histopatolojisinde geniş polihedral hücreler, bol eozinofilik granüler sitoplazma, küçük nükleuslar, arada görülen tek nükleoluslar ve immünohistokimyasal olarak GCDFP-15 boyası ile hücrelerde diffüz sitoplazmik boyanma saptanan hastaya biyopsi sonucuyla onkositom tanısı konuldu (Resim 2 A,B,C). Hastanın 3 aylık takibinde nüks görülmedi (Resim 3).

TARTIŞMA: Onkositomlar, histopatolojik olarak onkositler olarak bilinen, büyük boyutlu ve bol miktarda granüler, eozinofilik sitoplazmaya sahip epitel hücrelerinden oluşan ayırt edici bir görünüme sahiptir. Klinik olarak, onkositomlar kabarık ve zaman zaman lobüle veya kistik olan kırmızı-kahverengi veya sarı-kahverengi lezyonlar olarak tanımlanmaktadır. Oküler onkositomlar genellikle asemptomatiktir ve doğal seyri yavaş büyüyen, ağrısız bir kitle şeklindedir. İleri yaş hastalarda ve kadınlarda daha sık görülür. Genellikle tanı amaçlı veya kozmetik nedenlerle eksize edilir. Karunkül ve konjonktivada görülen benign onkositomların nüksü hiç bildirilmemiştir. Benign onkositomlar tekrarlayabilir veya malign onkositomlara transforme olabildiğinden, lokal nüks açısından hastaların takibi önerilir. Hastamızın 3 aylık kısa takip sürecinde nüksü izlenmemiştir. Sonuç olarak; konjonktivada damar yapıları içeren, pembe renkli ve parlak yüzeyli lezyonların ayırıcı tanısında, nadir görülen konjonktival onkositom düşünülmelidir.

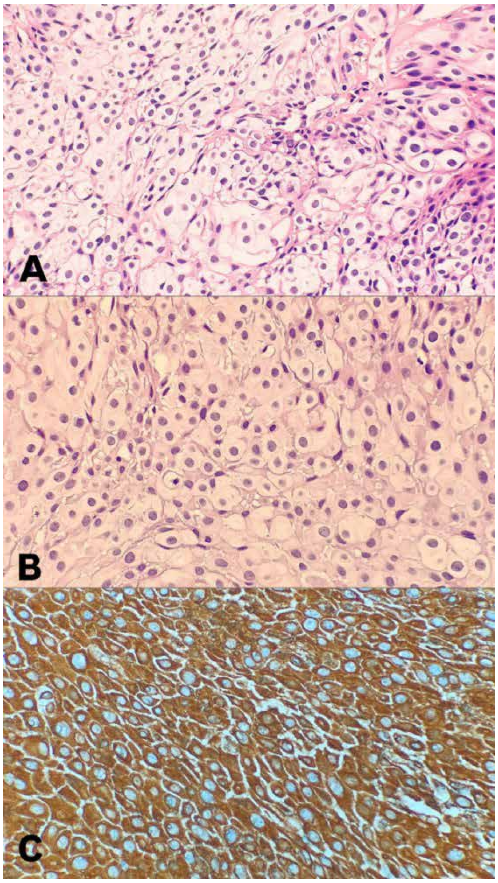
Anahtar Kelimeler: Bulbar konjonktiva, konjonktiva, onkositom, tümör

Resim 1 A,B



A,B: Bulbar konjonktiva üzerinde yaklaşık 0,4 cm çapında, parlak yüzeyli, yumak ve kıvrımlı damar yapıları olan, pembe renkli tümör

Resim 2 A,B,C



A,B: Geniş polihedral hücreler, bol eozinofilik granüler sitoplazma, küçük nükleuslar, arada görülen tek nükleoluslar (H&E), C: GCDFP-15 boyası ile hücrelerde diffüz sitoplazmik boyanma

Resim 3

Eksizyon sonrası 3. ayda nüks olmayıp, konjonktiva olağan görünümde

PS-16

Ailevi Spiny Keratoderma: Bilateral Palmar Tutulum Gösteren Nadir Bir Olgu

Oya Helin Dundar[1], Yavuz Selim Pilis[1], Esma İnan Yüksel[1], Cem Leblebici[2], Ayse Esra Koku Aksu[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Spiny keratoderma, palmoplantar bölgelerde diken benzeri hiperkeratotik çıkıntılarla seyreden, nadir görülen bir keratoderma formudur. Lezyonlar genellikle simetrik olarak palmar ve/veya plantar yüzeylerde ortaya çıkar. Hastalar kozmetik kaygı, ağrı veya fonksiyonel kısıtlılık gibi semptomlarla başvurabilir. Bu hastalık edinsel veya ailesel olabilir; ailesel formlar genetik geçiş gösterirken, edinsel vakalar maligniteler, kronik böbrek yetmezliği veya diğer sistemik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (1,2). Histopatolojik olarak tanıda en önemli bulgu, epidermal yüzeye doğru dikey olarak uzanan parakeratotik hücre sütunu olan kornoid lamella yapısının gösterilmesidir (3). Spiny keratoderma, porokeratoz ailesi içinde yer alan punktat porokeratozun bir varyantı olarak da kabul edilmektedir (4). Bu yazıda, bilateral palmar tutulum gösteren ve histopatolojik olarak kornoid lamella ile doğrulanan nadir bir spiny keratoderma vakası sunulmaktadır.

OLGU: 51 yaşında kadın hasta, avuç içlerinde yıllardır mevcut olan kızarıklık ve kabarıklık şikayetleriyle dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede, bilateral palmar bölgelerde eritemli zemin üzerinde, bazıları spiküler görünümlü, milimetrik boyutlarda hiperkeratotik, punktat papüller izlendi. Hastanın medikal özgeçmişinde sistemik hastalık veya ilaç kullanımı öyküsü bulunmamaktaydı. Soygeçmişte babasında da benzer lezyonlar mevcuttu. Sol palmar bölgeden spiny keratoderma, palmoplantar keratoderma, liken planus ve psoriasis ön tanıları ile 4 mm punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermiste belirgin ortohiperkeratoz, sağ bölgede sütun şeklinde uzanan parakeratotik hücrelerden oluşan kornoid lamella yapısı izlendi. Kornoid lamellanın hemen altında epidermiste agranüloz ve vakuollü keratinositler mevcuttu. Ayrıca epidermiste düzensiz akantoz izlendi. Dermiste belirgin bir inflamatuvar hücre infiltrasyonu gözlenmedi. Bu histopatolojik bulgular klinik tablo ile birlikte değerlendirilerek punktat porokeratoz (spiny keratoderma) tanısı koyuldu. Hastaya %10 üre ve %10 salisilik asit içeren topikal keratolitik tedavi reçete edildi.

SONUÇ: Spiny keratoderma, nadir görülen bir palmoplantar keratodermadır ve sıklıkla tanı koymakta zorluk yaşanabilir. Klinik olarak punktat, hiperkeratotik papüller ile karakterizedir; tanı koydurucu en önemli unsur ise histopatolojik olarak kornoid lamella yapısının saptanmasıdır. Bizim vakamızda da klasik klinik görünüm ve karakteristik histopatolojik bulgular ile tanı desteklenmiş, ayrıca aile öyküsünün pozitif olması hastalığın herediter formunu düşündürmüştür. Spiny keratodermanın ayırıcı tanısında, plantar siğiller, liken planus, palmoplantar psoriasis ve Darier hastalığı gibi diğer keratodermalar bulunmaktadır. Tanı koyma sürecinde klinik görünüm, histopatolojik inceleme ve aile öyküsü gibi faktörler dikkatlice değerlendirilmelidir. Spiny keratoderma, nadir görülmesi ve ayırıcı tanıda birçok dermatozla karışabilmesi nedeniyle dermatologlar tarafından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir tablodur. Erken tanı, gereksiz tedavilerin önüne geçilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Spiny keratoderma, punktat porokeratoz, kornoid lamella, palmoplantar keratoderma

1-Klinik Fotoğraf

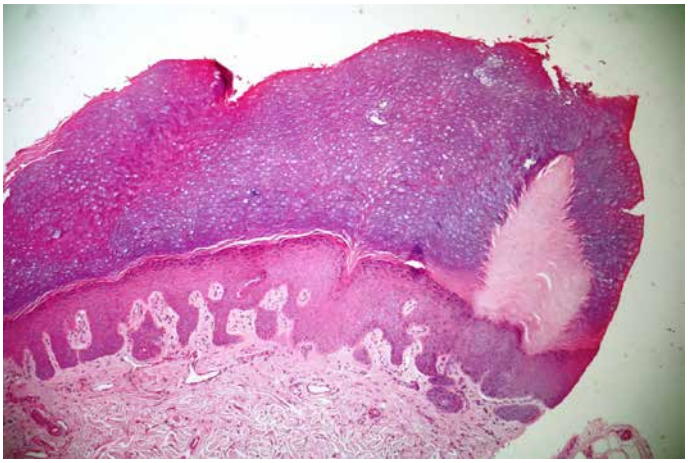
2-Klinik Fotoğraf

3-Klinik Fotoğraf

4-Klinik Fotoğraf

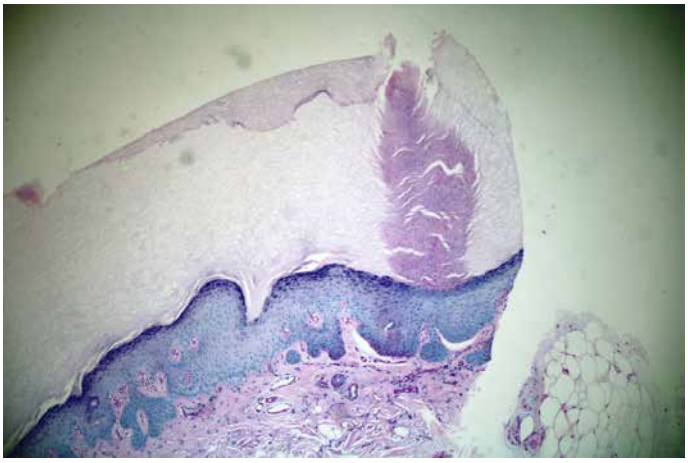
5-Klinik Fotoğraf

Histopatoloji Görsel 1



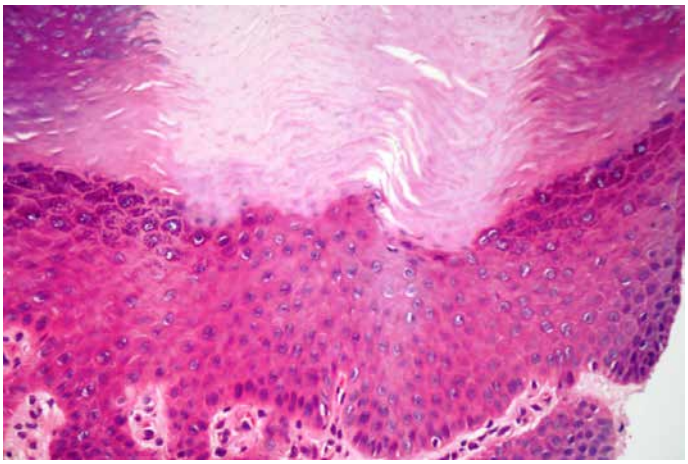
Biyopsinin bir kenarında kornoid lamella izlenmektedir. (HEx100)

Histopatoloji Görsel 2



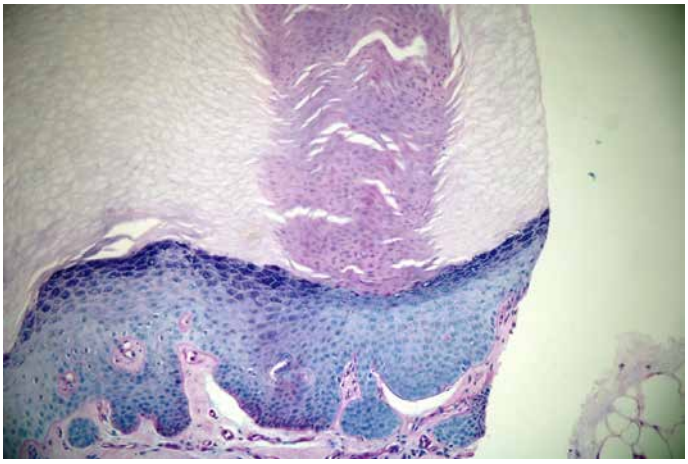
Biyopsinin bir kenarında kornoid lamella izlenmektedir. (PAS+alcian blue x100)

Histopatoloji Görsel 3



Kornoid lamellanın altındaki epidermiste hipogranüloz. (HEx400)

Histopatoloji Görsel 4



Kornoid lamellanın altındaki epidermiste hipogranüloz. (PAS+alcian blueX400)

PS-17

Kondroid Siringom: Dermoskopik ve Histopatalojik Bulgularla Bir Olgu Sunumu

Aslı Aldemir[1], Buse Çetiner[1], Aslı Kahraman[2]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları A.B.D., İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji A.B.D., İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Kondroid siringoma (KS), deri eklerinden köken alan nadir görülen benign bir neoplazm olup, ilk olarak Hirsch ve Helwig tarafından 1961 yılında tanımlanmıştır[1]. Tüm deri tümörlerinin %0,098'inden daha azını oluşturan bu tümör, genellikle ileri yaşlardaki erkek bireylerde, en sık baş-boyun bölgesinde görülmektedir[2, 3]. Klinik olarak spesifik bulguları olmayıp, kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır[4]. Dermoskopi, çeşitli deri tümörlerinin değerlendirilmesinde önemli bir yöntem olmakla birlikte, KS'ye özgü dermoskopik bulgulara ilişkin literatürde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. KS'nin bazal hücreli karsinom, pilomatrikoma ve nodüler hidradenom gibi diğer adnexal tümörlerden ayırt edilmesinde dermoskopinin önemi giderek artmaktadır[5]. Bu olgu sunumunda, 56 yaşında bir erkek hastada saptanan KS'nin klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulguları değerlendirilmiş ve preoperatif ayrıcı tanıdaki dermoskopik özellikleri vurgulanmıştır.

OLGU: Elli altı yaşında erkek hasta, sağ yanağında 2×2 cm çapında, ağrısız nodüler bir kitle nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu(Şekil 1). Hasta, lezyonun süresine dair net bir bilgiye sahip olmadığını ancak son üç ay içinde lezyonda büyüme fark ettiğini belirtti. Klinik muayenede lenfadenopati saptanmadı. Dermatolojik muayenede palpasyonda yumuşak kıvamlı, düzgün yüzeyli, pembe renkli ve makroskopik olarak dallanan damarlar içeren nodüler lezyonun cilt altı dokuya fikse olduğu gözlemlendi. Dermoskopik inceleme (Dermlite DL5, 10 ×, polarize mod) lezyonun hem periferik hem de santral bölgelerinde ince telejiektatik damarlar tespit edildi. Merkezde, beyaz çizgilerle çevrili eritematöz homojen bir alan gözlemlenirken, alt periferik bölgede sarı-beyaz globüller ("white-cotton '' alanlar veya milia-benzeri kistler) kırmızı inflamatuar bir sınırla çevrelenmiş şekilde gözlemlendi(Şekil 2). Epidermoid kist ayırıcı tanısı için ponksiyon denendi ancak lezyonun tamamen solid yapıda olduğu görüldü. Lezyondan nodüler bazal hücreli karsinom (BCC) ve adnexal deri tümörü ön tanıları ile 4 mm punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede, kondromiksoid stroma içerisinde duktal ve solid epitel hücreleri saptandı. Lezyon, Alcian Blue boyası ile pozitif olarak boyandı ve KS tanısı histopatolojik olarak doğrulandı(Şekil 3). İmmünohistokimyasal analizde EMA (+), S100 (+) ve Ki-67 <%5 olarak saptandı. Hasta, punch biyopsi sonucunu takiben lezyonun total eksizyonu açısından plastik cerrahi kliniğine yönlendirilmiş olup hastanın klinik takibi sürmektedir.

TARTIŞMA: KS, 1859'da Billroth tarafından tanımlanmış, 1961'de Hirsch ve Helwig tarafından ekrin bezlerinden kaynaklanan mikst tümör olarak adlandırılmıştır[1, 6]. En sık kafa derisi, baş ve boyunda görülmekle birlikte gövdede nadirdir[4]. Hirsch ve Helwig, KS tanısını koymak için beş histolojik kriter tanımlamışlardır: küboidal hücre adacıkları, tübüler yapılar, duktal yapılar, keratin içeren kistler ve değişken bileşimli stroma[7]. Dermoskopik özellikleri literatürde sınırlı olarak tanımlanan KS'de, beyaz yapısız alanlar ve telejiektaziler yaygın olarak bildirilmektedir[8, 9]. Ayrıca, milia-benzeri kistler ve eritematöz homojen alanlar tanıyı destekleyebilmektedir[9]. KS'nin tanınması, adnexal deri tümörlerinin ayırıcı tanısında önemli bir rol oynamaktadır. Çeşitli tedavi yöntemleri tanımlanmış olmakla birlikte, total cerrahi eksizyon birincil tedavi seçeneğidir[2]. Histolojik olarak malign ve 3 cm'den büyük tümörlerde, lokal nüks riskini azaltmak için geniş eksizyon önerilmektedir[10].

SONUÇ: Baş ve boyun bölgesinde yer alan, ağrısız ve yavaş büyüyen nodüler lezyonlarda KS ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmakla birlikte, dermoskopi preoperatif değerlendirmede faydalı bilgiler sunabilir. KS'ye özgü dermoskopik bulguların daha iyi anlaşılması, tanı doğruluğunu artırarak yönetim stratejilerinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. KS'de malign transformasyon nadir olmakla birlikte, tam cerrahi eksizyon ve düzenli klinik takip önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dermoskopi, Kondroid siringom, Mikst tümör, Nonmelanositik deri tümörü

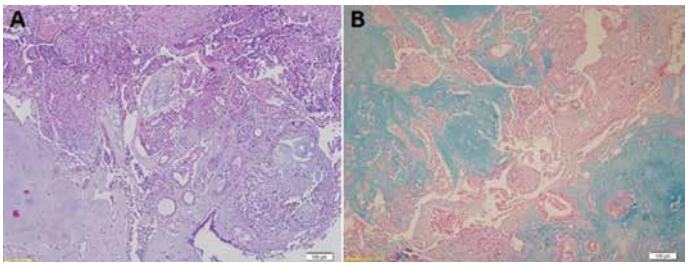
Şekil 1.

Hastanın sağ yanağında yaklaşık 2×2 cm boyutlarında, pembe renkli, makroskobik olarak dallanan damarlar içeren nodüler bir kitle gözlemlenmiştir.

Şekil 2.

Dermoskopik inceleme (Dermlite DL5, 10 ×, polarize mod) lezyonun hem periferik hem de santral bölgelerinde ince telejiektatik damarlar tespit edildi. Merkezde, beyaz çizgilerle çevrili eritematöz homojen bir alan gözlemlenirken (A), alt periferik bölgede sarı-beyaz globüller (''white-cotton ''alanlar veya milia-benzeri kistler) kırmızı inflamatuar bir sınırla çevrelenmiş şekilde gözlemlendi (B).

Şekil 3.



(A) Histopatolojik incelemede, kondromiksoid stroma içerisinde duktal, solid ve yuvalanmış şekillerde dizilmiş epitel hücrelerinden oluşan bir lezyon olduğu saptanmıştır, H&E, 10x. (B) Lezyon, Alcian Blue ile pozitif boyanmıştır, 10x.

PS-18

Yara İyileşmesini Hızlandıran Alternatif Yaklaşımlar: İki Olgu Üzerinden Yara Örtüsü Kullanımının Etkisi

Merve Güneş, Arzu Kılıç
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Yara, çeşitli nedenlerle derinin anatomik ve işlevsel bütünlüğünün bozulması olup, yara pansumanı yapmak, yaranın hızlı ve etkili bir şekilde iyileşmesi için önemli bir adımdır. Deride iyileşmeyen kronik yaraları olan hastaların sayısındaki evrensel artış, hastalar ve sağlık sistemleri üzerinde büyük bir sosyal ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Geleneksel yara pansumanlarının uygulanması etkili bir yara iyileşmesi sonucuna katkıda bulunsa da, iyileşme sürecinin karmaşıklığı hala büyük bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Malzeme ve üretim teknolojilerindeki son gelişmeler, etkili yara iyileşmesi için uygun koşullar sağlayan modern pansumanların üretilmesine yol açmıştır. Bu nedenle yaranın derinliği, eksüda miktarı, debridman ihtiyacı ve enfeksiyonun varlığı gibi faktörler dikkate alınarak seçimi yapılan pansumanlar yara iyileşme sürecini hızlandırır. İdeal yara pansumanı, yarayı çevreden koruyup, yaraya yapışmayıp ve ağrıyı en aza indiriip, eksüdayı kontrol ederken çevresindeki normal deriyi olası maserasyondan korur. Ayrıca, otolitik debridmanı teşvik ederek nemli bir yara yatağı sağlar ve bu da iyileşme sürecini hızlandırır. Servisimizde takip ettiğimiz, çeşitli nedenlerle yaraları olan bu iki olguda, aldıkları sistemik tedavilere ek olarak iyileştirme sürecini hızlandırmak için uygun yara örtüsü seçiminin önemini vurgulamak istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: Yara bakımı, yara örtüsü, kronik yara, yara iyileşmesi

PS-19

CFTR geninde heterozigot c.1210-11T>G patojenik mutasyonu saptanan Akuajenik Siringeal Keratoderma olgusu

Merve Güneş, Arzu Kılıç, İlkay Can
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Akuajenik siringeal akrokeratoderma (ASA); suya maruz kaldıktan kısa süre sonra palmar bölgede ve nadiren plantar bölgede oluşan ödemli, beyaz, yarı saydam papüller ve kırışıklık ile karakterize nadir bir dermatolojik hastalıktır. Semptomlar, ellerin kurulanmasından 10-60 dakika sonra kendiliğinden azalır ve tekrarlayan su teması ile hafif hiperkeratoza neden olur. Bu duruma yanma, ağrı veya kaşıntı eşlik edebilir. Olguların çoğunda etyoloji bilinmemekle birlikte en sık ilişkili hastalık Kistik fibrozistir (KF). Bunun dışında ASA; hiperhidroz, alerjik rinit, bronşiyal astım, palmar eritem, ilaçlar, malign melanom ve COVID 19 enfeksiyonuyla da ilişkili olabilir. Bu bildiride, CFTR (Kistik fibroz transmembran iletkenlik regülatörü) geninde heterozigot varyasyon saptanan, KF taşıyıcısı olan akuajenik siringeal akrokeratoderma olgusu sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akuajenik siringeal akrokeratoderma, CFTR ile ilişkili bozukluk, Kistik fibrozis, genetik

PS-20

Nadir görülen bir deri adneksal tümörü: pilar kılıf akantomu

Betül Şereflican[1], Belgin Küçükyangöz[1], Öznur Sarı[1], Çetin Boran[2], Metin Özgür Erdoğan[2]
[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri Ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu
[2]Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bolu

GİRİŞ- AMAÇ: Pilar kılıf akantomu, nadir görülen, foliküler kökenli benign bir hamartomdur. Genellikle orta yaşlı ve yaşlı bireylerde ortaya çıkar. En sık üst dudakta lokalize olmakla birlikte, alt dudak, yanaklar, kulak arkası ve alın gibi farklı bölgelerde de görülebilmektedir [1]. Biz bu olguda, literatürde nadir görülen bir pilar kılıf akantomu vakasını sunmayı amaçladık.

OLGU: 60 yaş erkek hasta kliniğimize yaklaşık 4 aydır yüzde geçmeyen yara şikayetiyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus tanıları ve 5 ay önce karaciğer transplantasyonu öyküsü mevcuttu. Hasta sistemik mikofenolat mofetil, takrolimus ve ursodeoksikolik asit tedavisi almaktaydı. Hastanın dermatolojik muayenesinde sağ nazolabial oluğun periferinde yerleşim gösteren yaklaşık 1*1 cm ebatlı, santralinde ülser izlenen, kenarları eleve ve deri renginde soliter nodül izlendi.(Resim 1). Dermatoskopik bakısında zeminde sütlü beyaz, kırmızı renkli yapısız alanlar ve santralde nokta damarlar izlendi (Resim 2). Lezyonun histopatolojisinde, yüzeyle bağlantılı prolifere epitelyal adalar, epitelyal adaların merkezinde kistik yapılar ve kist içinde lamellar keratin tespit edildi. Hastaya mevcut klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde pilar kılıf akantomu tanısı konuldu. Kozmetik açıdan rahatsız olan hasta plastik ve rekonstrüktif cerrahiye yönlendirildi ve lezyon total olarak eksize edildi.

SONUÇ: Pilar kılıf akantomu, nadir görülen, genellikle orta yaşlı ve yaşlı bireyleri etkileyen foliküler kökenli benign bir hamartomdur. Bu lezyonlar en sık baş ve boyun bölgesinde, özellikle de üst dudak çevresinde lokalize olmaktadır. Klinik olarak, merkezi gözenek benzeri bir açıklığa sahip, üzerinde keratin tıkaç izlenebilen ve deri renginde bir papül veya nodül olarak görülmektedir.2 Pilar kılıf akantomu tanısı klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde konulur. Histopatolojik olarak yüzeye açılan keratinöz materyal içeren merkezi kistik olarak genişlemiş bir folikül, epidermoid tipte keratinizasyon ve keratohyalin granüllerin varlığıyla karakterizedir. Pilar kılıf akantomu'nun ayırıcı tanısında 'inverted' foliküler keratoz, trikolemmoma, trikofoliküloma, Winer'ın dilate poru, epidermal inklizyon kisti ve foliküler infundibulum tümörü gibi kıl foliküllerinin infundibular kısmından köken alan neoplazmlar yer almaktadır. Ayrıca keratoakantom da pilar kılıf akantomu ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Pilar kılıf akantomu keratoakantomun aksine kendiliğinden gerileme eğilimi göstermez. Trikofollikülomada, merkezi kistik yapıdan radyal olarak yayılan küçük kıl folikülleri bulunurken, pilar kılıf akantomunda bu yapılar daha az sayıda ve iyi diferansi-

ye değildir. Winer'ın genişlemiş poru ise horn içeren genişlemiş bir folikül olup, foliküler epitelin çevre bağ dokulara uzantılar oluşturmasıyla tanımlanır. Pilar kılıf akantomu ise foliküler kılıf epitelinin belirgin proliferasyonu, keratinizasyon odakları ve keratin kistleri ile bu tanılardan ayrılmaktadır.3,4,5 Pilar kılıf akantomu, iyi huylu bir deri tümörü olup, altta yatan sistemik bir patoloji ile ilişkili değildir.[5] Bu nedenle, ileri tedavi gerektirmez. Ancak, kozmetik açıdan rahatsız olan hastalarda cerrahi eksizyon, elektrodesikasyon veya küretaj gibi tedavi metodları kullanılabilmektedir.[6] Sonuç olarak, pilar kılıf akantomu nadir görülen bir foliküler hamartom olup, tanı için histopatolojik inceleme kritik önem taşımaktadır. Foliküler lezyonlardan ayırıcı tanının dikkatle yapılması, gereksiz tedavilerin önlenmesi ve uygun yaklaşımın belirlenmesi açısından önemlidir. Bu olgu, pilar kılıf akantomunun nadir görülmesi nedeniyle ve özellikle baş-boyun bölgesinde yerleşim gösteren asemptomatik ülsere papül ve nodüllerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: pilar kılıf akantomu, benign hamartom, lamellarr keratin bitrikimi

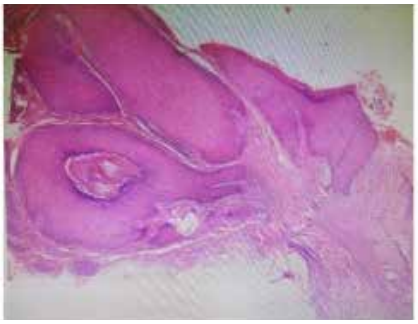
resim 1

Sağ nazolabial oluk lateralinde deri renginde soliter nodül

resim 2

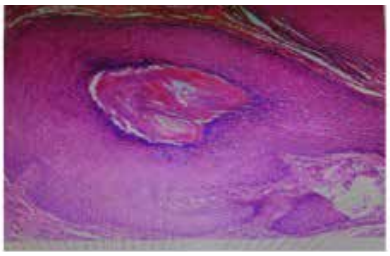
Dermatoskopik bakısında zeminde sütlü beyaz, kırmızı renkli yapısız alanlar ve santralde nokta damarlar

resim 3



Yüzeyle bağlantılı prolifere epitelyal adalar, epitelyal adaların merkezinde kistik yapılar (H-E, X10)

resim 4



Kist içinde lamellar keratin birikimi (H-E, X40)

PS-21

Erişkin Mastositoz Nadir Varyantı: Telenjiektazi Macularis Eruptiva Perstans Olgusu

Merve Güneş, Arzu Kılıç
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Telenjiektazia makülaris eruptiva perstans (TMEP), mastositozların nadir görülen bir formu olup, genellikle erişkinlerde görülen kutanöz mastositozdur. Sıklıkla gövdede yuvarlak, oval, kahverengi kırmızı maküler lezyonlarla seyreder. Sistemik tutulum görülebilir. Bu nedenle hastaların sistemik tutulum açısından dikkatli bir biçimde değerlendirilmesi gerekir. 57 yaşındaki kadın hasta gövdede, aksiller bölgede, mammarian bölge ve lateralinde kaşıntılı kahverengi makül, eritemli makül ve papüllerle başvurdu. Klinikopatolojik olarak TMEP tanısı konulan bu olgu, TMEP'in kutanöz mastositozun atipik bir formu olması ve nadir görülmesi nedeniyle sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kutanöz mastositoz, sistemik mastositoz, telenjiektazi macularis eruptiva perstans

PS-22

Mesane kanseri tanılı hastada zosteriform hemorajik kutanöz metastaz olgusu

Hacer Keleş[1], İrem Melike Yazıcıoğlu[2]
[1]Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Samsun
[2]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, Samsun

AMAÇ: Mesane kanseri, ürogenital sistemin en sık görülen ikinci kanseri iken üriner sistemin ise en sık görülen kanseridir. Erkeklerde kadınlara oranla 3 kat daha sık görülür, dünyada yıllık 350.000 yeni olgu ve 150.000 ölüm ile sonuçlanan önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Mesane kanserlerinin %70'i nüks etme eğiliminde olan ancak yaşamı tehdit etmeyen kasa invaze olmayan kanser iken, %30'u kasa invazyon yapmış veya metastatik olan kanserlerdir. Biz de mesane kanserinin deri metastazı olarak değerlendirdiğimiz bu vakamızı sunarak, zosteriform lezyonların yanlış tanı alarak zona sanılabileceğini bu sebeple malignitesi olan hastalarda özellikle uzun süreli deri lezyonlarının metastaz olabileceğinin akılda tutulması gerektiğini amaçladık. Mesane kanserlerinin %90'dan fazlasını üroteliyal kanser, %5'ini skuamöz hücreli kanser, %2'den azını ise adenokanser oluşturmaktadır. Hematüri en sık saptanan bulgudur. Alt üriner sistem semptomları olan hastalarda karsinoma in situ (CIS) bulunma olasılığı unutulmamalıdır. Mesane kanser şüphesi olan olgularda idrar tetkiki hematürinin doğrulanmasında kullanılır. Bilgisayarlı tomografi (BT) ile yapılan ürografi tetkikinde, dolum defektleri ve hidronefroz saptanabilir. Ayrıca çevre organ patolojileri, lenf nodları için değerlendirmeyi sağlar. BT yaptırma imkanı yok ise intravenöz pyelografi yapılması da uygun olabilir. Ancak yeni tanı alan hastada patolojik bulgu ender gözüktüğü için yalnızca gerekli durumlarda kullanılmalıdır. Ultrasonografi, hem mesanedeki kanserlerin hem de böbrekteki hidronefrozun görüntülenmesinde faydalıdır. Ancak üst üriner sistem kanserlerinin değerlendirilmesinde BT ürografiye alternatif olamaz. CIS tanısı için hiçbir radyolojik görüntüleme yöntemi etkin değildir. Sistoskopi, papiller mesane kanserlerinin tanısında vazgeçilemez yöntemdir. Kesin tanı için doku rezeksiyonu gerekir. CIS varlığının ispatı için sitoloji ve/veya biyopsiler ile birlikte uygulanır. Kasa invaze olmayan mesane kanserinde (KİOMK) başlangıç tedavisi her zaman TUR-Tm dir. Günümüzde TUR-Tm'e alternatif başka yöntemlerden söz edilse de, TUR-Tm hala altın standart yöntem olarak yerini korumaktadır. Bunun dışında lazer ablasyon, fotodinamik tanı ve tedavi, intravezikal (kemoterapi veya immunoterapi) tedavi, radikal sistektomi gibi tedaviler seçenekler arasındadır. Kasa invaziv mesane kanserlerinin (T2-T4a, N0Nx, M0) cerrahi tedavisinde radikal sistektomi (RS) ve bilateral lenf nodu diseksiyonu altın standart olma özelliğini korumaktadır. Bunun dışında uygun hastalarda radyoterapi ve sistemik kemoterapi de tedavi seçenekleri arasındadır.

YÖNTEM: 73 yaşında erkek hasta tarafımıza konsülte edildiğinde idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle enfeksiyon hastalıkları servisinde yatmaktaydı. Hastaya yatışından 1 ay önce

dış merkezde TUR-M yapılarak mesane kanseri tanısı konulmuş ve hasta onkolojiye yönlendirilmişti. Hastanın çekilen PET tetkikinde batın lenf nodlarında da metastaz saptanmıştı. Alınan anamnezde yaklaşık 6 aydır sol uyluk ve sol bacak kısmında yaygın şekilde hemorajik krutlu lezyonlar olduğu öğrenildi, hatta dış merkezde bu lezyonlar zona sanılmış ve hastaya zona tedavisi de verilmişti.

BULGULAR: Tarafımızca uyluktaki lezyonlardan alınan deri biyopsi sonucu ‘’Karsinom infiltrasyonu saptanmıştır. Bulgular skuamöz hücreli karsinomla uyumlu olmakla birlikte immünhistokimyasal olarak primer/metastaz ayrımı yapmak mümkün değildir.’’ olarak raporlandı.

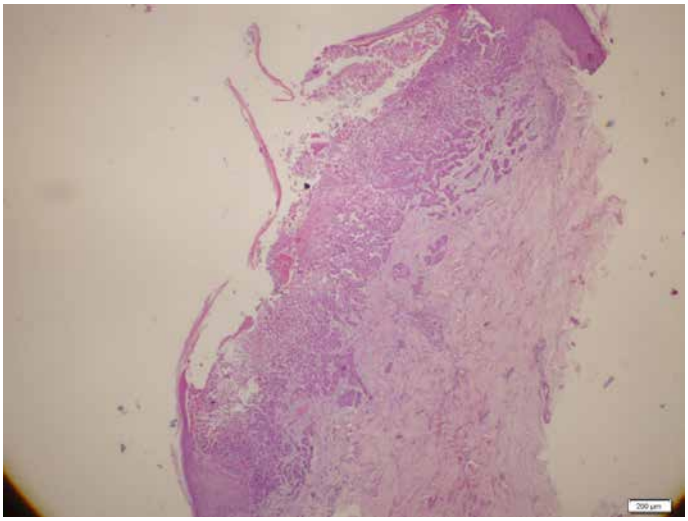
SONUÇ: Hastanın mesane kanserinin tipi bilinmemekle birlikte sol alt extremitedeki lezyonlarının yaygınlığı, yaklaşık 6 aydır varlığı ve başka bir odak da bulunmaması bize bu lezyonların mesane kanserinin deri metastazı olduğunu düşündürmüştür. Mesane kanserinin deri metastazı oldukça nadirdir, hastaların yalnızca %1-2’sinde görüldüğü bildirilmiştir ve genellikle hastalığın ileri evrelerinde ortaya çıkar, dolayısıyla bu tür metastazların varlığı kötü prognoz belirtisidir. Bizim vakamızda da takiplerinde genel durumu giderek kötüleşen hasta yaklaşık 1 ay sonra kaybedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: mesane kanseri, metastaz, zosteriform

Resim 1:

Sol alt extremitede yaygın hemorajik krutlu lezyonlar

Resim 2:

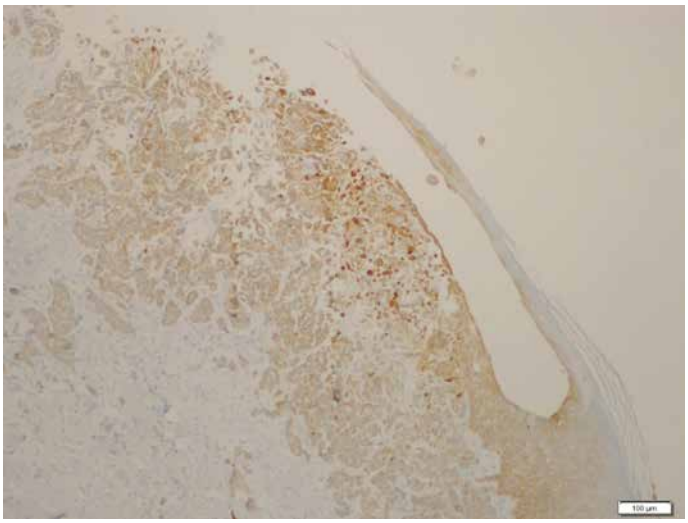


Epidermisi tüketen, dermiste küçük adalar şeklinde düzenlenen atipik epitelyal hücreler (HE, x40)

Resim 3:

p40 (İHK, x100)

Resim 4:



CK5/6 (İHK, x100)

PS-23

Dupilumaba Dramatik Yanıt Veren Bir Epidermolizis Bülloza Pruriginoza Olgusu

Batuhan Çırak[1], Ayşe Deniz Yücelten[1], Esra Hilal Ceyhan[2], Bilge Geçkinli[2]
[1]Marmara Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Epidermolizis Bülloza Pruriginoza; distrofik epidermolizis büllozanın kaşıntılı lezyonlarla giden ve nadir görülen bir formudur. COL7A1 mutasyonu ile ilişkilidir. Yaşamın farklı dönemlerinde ekstremitelerde yerleşen büllöz lezyonlar, inatçı seyirli kaşıntılı morumsu likenifiye nodül ve plaklar izlenir. Kimi zaman lezyonlar inatçı kaşıntıya sekonder ekskoriye olabilir, gerileyen lezyonların bulunduğu alanda skatrisler ve milya gelişebilir. Tırnak tutulumu da bu bulgulara eşlik edebilir. Burada dupilumab tedavisine dramatik yanıt veren bir epidermolizis bülloza pruriginoza olgusu sunulmaktadır.

OLGU: 42 yaş kadın hasta bacaklarda, kollarda, ellerde, ayaklarda ve gövdede yer alan erken çocukluktan beri var olan çok kaşıntılı lezyonlar ile başvurdu. Ayrıca travma yerlerinde kolaylıkla bül oluşumu tarifliyordu. Anne ile baba arasında akrabalık yoktu ve ailede de benzer şikayeti olan biri bulunmuyordu. Eşlik eden hipotiroidi hastalığı ve levotiroksin kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde bilateral kol ve özellikle dirseklerde, bilateral bacak ön yüzde ve dizlerde, ayak ve el dorsumunda morumsu eritemli nodül ve plaklar izlendi. Bu lezyonlara bazı alanlarda milyumlar da eşlik etmekteydi. Yine gövde ön ve arka yüzde yer yer sekonder ekskoriye eritemli papülonodüler lezyonlar mevcuttu. Ayrıca bilateral el ve ayak tırnaklarında yer yer distrofi ve anonişi izlendi. Hastanın kliniğimize başvurmadan önceki dış merkez biyopsisinde subepidermal ayrışma görülmüş, epidermolizis büllosa ile uyumlu değerlendirilmişti. Daha önce çeşitli topikal steroid, antibiyotik ve antihistaminik kullanıp fayda görmemiş olan hastaya mirtazapin 30 mg 1/2 tablet ile losartan 50 mg tablet 1x1 başlandı. Bu arada genetik tetkiklerinde COL7A1 heterozigot OD mutasyon saptanarak EB pruriginosa tanısı doğrulandı. Mirtazapin ve losartan tedavisinden de fayda görmeyen hastaya dupilumab başlandı. Tedavinin 18.haftasında hastanın kaşıntı şikayetinde belirgin gerileme, yaşam kalitesinde düzelme ve lezyonlarda regresyon mevcuttu.

TARTIŞMA: EB pruriginosanın klinik bulguları, tip VII kollajeni kodlayan COL7A1 geninin mutasyonlarına bağlıdır. Tip VII kollajen, dermo-epidermal bileşkede yer alan çapa fibrillerin ana yapısal bileşenlerinden biridir. Bu proteini kodlayan gendeki mutasyonlar, çapa fibrillerin işlevini bozarak lamina densa seviyesinin altındaki dermo-epidermal bileşkede ayrılmaya neden olur. EB pruriginosanın ayırıcı tanısına liken amiloidoz, prurigo nodülaris, liken simpleks kronikus gibi patolojiler alınabilir. Tanı koymada aile öyküsü, klinik bulgular ve pozitif mekanobüllöz öykü temel alınarak değerlendirilmelidir. Ayrıca genetik ve histopatolojik inceleme de tanıda yer alır.

Eb pruriginosa tedavisinde yara bakımı, koruyucu kıyafetlerin kullanımı ve travmadan kaçınmak gibi genel önlemlerin yanı sıra kaşıntının semptomatik tedavisi için topikal takrolimus, topikal ve intralezyonel steroid, siklosporin, dapson, talidomid, losartan, antihistaminikler, mirtazapin, naltrekson, tofasitinib ve barisitinib de kullanılabilecek seçenekler arasında yer almaktadır. Bir diğer önemli seçenek ise dupilumab tedavisidir.

Her ne kadar Th-2 aracılı inflamasyonun rolü olabileceği düşünülse de EB pruriginosada şiddetli kaşıntının nedeni net değildir; ancak en önemli semptom olmaya devam etmekte ve hastalığın kötüleşmesine yol açmaktadır Dupilumab, IL-4 reseptörünün α alt birimini (IL-4Rα) hedef alarak IL-4 ve IL-13'ün blokajını sağlayan bir monoklonal antikordur. Dupilumab'ın EB pruriginosa tedavisindeki etkinlik mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Ancak, IL-4Rα tarafından tetiklenen duyusal nöronların, pruritojenlere olan duyarlılığını bloke ettiği öne sürülmektedir. Daha önce kullanılan sistemik seçeneklerden semptomatik fayda görememiş ve inatçı kaşıntısı devam eden olgumuzda tedavinin 18.haftasında dramatik bir yanıt gözlemledik. Bu olgu da literatürde yer alan benzer örnekleri gibi dupilumabın epidermolisis büllosa pruriginosa tedavisinde etkili bir seçenek olabileceğini gözler önüne sermektedir.

Anahtar Kelimeler: Bül, dupilumab, pruritus

Resim 1

Bilateral ayak parmak tırnaklarında belirgin distrofi

Resim 2

Bilateral el dorsumunda morumsu eritemli nodül, plaklar ve el tırnaklarında yer yer distrofi

Resim 3

Sağ dizde morumsu eritemli plak ve intakt büller

Resim 4

Bilateral diz ve bacak ekstansör yüzde morumsu eritemli plaklara eşlik eden kaşıntıya sekonder ekskoriyasyonlar

Resim 5

Sakral alanda morumsu eritem zemininde büller ve deskuamasyon

Resim 6

Gövde ön yüzde çok sayıda morumsu eritemli papulonoduler lezyon

Resim 7

Dupilumab tedavisinin öncesi (soldaki) ve Dupilumab tedavisinin 18.haftasında (sağdaki) sol kol ekstansör yüz. Kaşıntının belirgin azalmasıyla beraber sol kol ekstansör yüzde ve dirsekte sekonder ekskoriye nodüllerde gerileme mevcut, morumsu plaklara milyumlar eşlik ediyor.

PS-24

Nevus Lipomatosus Superficialis Olgusu ve Dermoskopik Değerlendirilmesi

Büşra Çelik Akbalık, Alper Alyanak
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH,Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı,İzmir

GİRİŞ: Nevus lipomatosus superficialis(NLS), retiküler dermiste yağ dokusunun varlığıyla çok sayıda sarımsı veya cilt renginde papül veya nodüllerle karakterize nadir bir kutanöz hamartomdur.İki tipi tanımlanmıştır.Klasik NLS tipi, tipik olarak doğrusal veya segmental dağılımda çoklu, yumuşak, serebriform papülonodüller olarak görünür. Bu lezyonlar çoğunlukla pelvik bölgede veya üst uylukta bulunur ve doğumda belirgindir ya da yaşamın ilk yirmi yılında ortaya çıkar. Soliter NLS, daha çok yaşlı erişkinlerde olmak üzere herhangi bir yerde bulunabilen tek, yumuşak, saplı bir papül olarak görülür.Önemli ayırıcı tanıları arasında sebase nevüs, nörofibrom, fokal dermal hipoplazi, bağ dokusu nevüsü, anjiyolipom ve lipofibrom yer alır.Ayrıca NLS üst gövde, karın, aksiller, genital organlar ve yüz gibi tanısal zorluk oluşturabileceği alışılmadık yerlerde de görülmektedir. Dermoskopi, NLS tanısında invaziv olmayan bir araç olarak kullanılabilir ve lenfanjiyoma sirkumskriptum, sebase nevüs ve nörofibromatozis gibi diğer cilt lezyonlarından ayırt edilmesine yardımcı olur.

OLGU: 56 yaşında kadın hasta, çocukluğundan beri var olduğunu belirttiği, son yıllarda büyüme gösteren lezyonları nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede, sol scapula altında lomber bölge üzerinde birleşme eğiliminde, çok sayıda lobüle, yumuşak kıvamlı, sarımsı cilt renginde ve serebriform yüzeyli papülonodüller izlendi. Lezyonlar yüzeyden hafif kabarık olup bazıları kümelenmişti ve aynı bölgenin çevresinde daha küçük birkaç papül daha mevcuttu. Dermoskopik incelemede, sarımsı yapısız alanlar, soluk pembe zemin ve belirgin olmayan ince düzensiz dağılmış lineer sarmal damarlar, lineer loop benzeri damarlar ve kahverengimsi pigmentli alanlar gözlendi. Komedo benzeri açıklıklar saptanmadı. Punch biyopsi ile yapılan histopatolojik incelemesi nevus lipomatosus superficialis ile uyumlu geldi.

TARTIŞMA: NLS'nin dermoskopik özelliklerine ilişkin literatürde sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Soliter tipi, genellikle tek cilt renginde papül veya nodül olarak ortaya çıkar ve dev skin tag ya da soliter nörofibrom olarak teşhis edilebilir. Dermoskopik değerlendirme bu durumda tanı koymaya yardım eder. Vinay ve ark. tarafından 5 dermoskopik özellikler ile açıklandı: serebriform görünüm, örümcek ağı benzeri düzenli pigment ağı, beyaz bir örtü gösteren kenar, sarımsı yapısız alanlar ve komedo benzeri açıklıklar.Baraldi ve ark.tarafından 34 hasta ile yapılan daha geniş bir çalışmada NLS'nin ana dermoskopik özellikleri pembemsi arka plan ve lineer beyazımsı yapılar olarak tanımlandı. Düz yüzeyli NLS'nin dermoskopisi lineer sarmal damarlara sahip lineer beyazımsı yapılar göstermekteyken; serebriform yüzeye sahip NLS'nin dermoskopisi düzensiz dağılmış lineer sarmal damarlar ve lineer loop benzeri damarlara sahip kahverengi pigmentli alan-

lar gösterdi.Çalışmada papillomatöz soliter cilt rengindeki lezyonda lineer sarmal veya lineer loop benzeri damarların varlığı, soliter NLS'nin dermoskopik tanısı için bir ipucu olabileceği vurgulandı.

ONUÇ: Nevus lipomatosus superficialis, nadir görülmesi ve alışılmadık yerleşimlerde tanı zorluğu yaratabilmesi nedeniyle klinik ve dermoskopik olarak dikkatle değerlendirilmesi gereken bir dermatozdur.Tek bir dermatoskopik özellik NLS'yi ayırt edici kılmasa da belirtilen dermatoskopik özellikler ile nörofibromdan, sebate nevüs ve diğer benzer görünümlü lezyonlardan ayırt etmeye ve klinik tanısında yardımcı olabilir. Dermoskopi, özellikle pediatrik hastalarda biyopsi ihtiyacını azaltabilecek önemli bir non-invaziv araçtır. Sunulan bu NLS olgusu ve dermatoskopik özellikleri ile literatüre katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nevus lipomatosus superficialis,dermoskopi,kutanöz hamartom

Nevus lipomatosus superficialis dermoskopi

Sarımsı Yapısız alanlar

Nevus lipomatosus superficialis dermoskopi

İnce düzensiz dağılmış lineer sarmal damarlar, lineer loop benzeri damarlar ve kahverengimsi pigmentli alanlar

Nevus lipomatosus superficialis makroskopi

Birleşme eğiliminde, çok sayıda lobüle, yumuşak kıvamlı, sarımsı cilt renginde ve serebriform yüzeyli papülonodüller

PS-25

Multipl Bazal Hücreli Kanserler: Gorlin Sendromu Olgu Sunumu

Raşit Üstüntaş, Kamer Gündüz
Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD

GİRİŞ-AMAÇ: Gorlin sendromu otozomal dominant kalıtımla seyreden nadir bir hastalıktır. Gorlin sendromundan sorumlu genlerden biri PTCH1 genidir. Doğumdan itibaren kardiyak fibroma, medulloblastom, keratokistik odontojenik tümör, bazal hücreli karsinom (BHK) ve over fibromu sırasıyla ortaya çıkmaktadır. Gorlin sendromunda gelişen en karakteristik tümör BHK'dir, 20 yaş üstü hastalarda sıklığı %51,4 iken 40 yaş üstü hastalarda %71,7'dir. Yaşam boyu 500'e kadar BHK gelişebilir ve bu tümörler genellikle klinik olarak agresif seyredebilir. Burada multipl BHK'lar ile başvuran ve Gorlin sendromu tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır. Sendromda eşlik eden diğer bulgular tanımlanarak, doğru tanıya ulaşmanın ve hastaların düzenli olarak takip edilmesinin öneminin vurgulanması amaçlanmaktadır.

OLGU: Altmış dört yaşında kadın hasta özellikle baş-boyun bölgesinde yerleşen multipl tümörler ile başvurdu. Hastanın yakınmaları yaklaşık 10 yıldır mevcuttu. Bu süreçte değişik merkezlerde toplam 14 adet lezyonu eksize edilmiş ve lezyonların histopatolojik incelemesi BHK ile uyumlu olarak sonuçlanmıştı. Dermatolojik muayenesinde yüzde sol orbita lateralinde, sağ orbita inferiorunda, sağ mandibula köşesinde, her iki retroauriküler bölgede, çok sayıda, yaklaşık 1-2 cm büyüklükte, çoğunluğu pigmente, bir kısmı ülsere papül ve plaklar saptandı. Lezyonlar klinik ve dermoskopik olarak BHK ile uyumlu idi. Hastada frontal çıkıntı, hipertelorizm ve palmoplantar çukurlar mevcuttu. Gorlin sendromu düşünülerek sendroma ait diğer bulgular araştırıldı. Göz hastalıkları, nöroloji, kardiyoloji, kadın hastalıkları ve doğum hastalıkları bölümlerine konsülte edildi ancak herhangi bir patoloji saptanmadı. Görüntülemelerde de (kranial BT, yüz MRG, akciğer grafisi ve el ve ayak grafileri) herhangi bir patoloji saptanmadı. Genetik test için yönlendirildi fakat hasta yaptırmak istemedi. Hastamızda çok sayıda BHK bulunması, palmoplantar çukurlaşma ve hipertelorizm varlığı Gorlin sendromu tanısı için gerekli 2 majör ve 1 minör kriteri karşılamaktaydı. Mevcut lezyonların eksizyonu için Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi bölümüne yönlendirildi. Kemoprofilaksi için Neotigason® 25mg/gün başlandı. Düzenli güneş koruyucu kullanımı ve takip önerildi.

TARTIŞMA-SONUÇ: Gorlin Sendromu BHK, iskelet anomalileri ve çenede gözlenen çok sayıdaki kistlerle karakterize otozomal dominant kalıtımlı bir hastalıktır. Hastalığın tanısı için bir major bulgu ve mutasyon saptanması; iki major bulgu veya bir major bulgu ve iki minör bulgu varlığı gerekmektedir. Major BULGULAR: 1- İkiden fazla BHK ya da 20 yaş altında bir tane BHK öyküsünün olması, 2- Çenenin odontojenik keratokistleri (histolojik olarak kanıtlanmış), 3- Üç ya da daha fazla palmoplantar çukurlanma, 4- Falx cerebri kalsifikasyonu, 5- Medulloblastom, 6-Birinci derece akrabada Gorlin Sendromu tanısının olmasıdır. Minör bulgular: 1- Makrosefali, 2- Bifid ya da birleşik kosta, 3- İskelet anomalileri ve radyolojik anomaliler, 4- Lenfomezenterik kist, 5- Over/kardiyak fibrom, 6- Yarık dudak-damak ve 7- Göz anomalilerdir. BHK'ler için tedavide ilk seçenek cerrahi eksizyondur. Çoklu cerrahi eksizyonlar hastalar için sıklıkla rahatsızlık, ağrı ve şekil bozukluğu kaynağı olduğundan, cerrahi olmayan yaklaşımlar çok sayıda küçük, nodüler tümör veya yüzeysel tümör bulunan hastalarda değerli seçenekler olabilir. Bunlara küretaj ve elektrodesikasyon, lazer tedavisi, topikal tedaviler ve fotodinamik tedavi dahildir. Oral retinoidlerin yüksek riskli hastalarda BHK gelişimini önlemede etkililiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.

Olgumuzda multipl BHK, frontal çıkıntı, hipertelorizm ve palmoplantar çukurlar dışında başka patoloji saptanmadı. Hastanın kabul etmemesi nedeniyle genetik analiz yapılamadı. Mevcut BHK'lerin cerrahi eksizyonu ve asitretin proflaksisi planlandı.

Anahtar Kelimeler: Bazal,Gorlin,Hücreli,Kanser,Sendrom

Resim1

Resim2

Resim3

Resim4

PS-26

Yüzde Geniş Plak Kutane Sarkoidoz Vakası

Eray Vatansever, Hülya Albayrak
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Tekirdağ

GİRİŞ: Sarkoidoz etiyolojisi bilinmeyen, nonkazeifiye granülomlarla karakterize kronik, inflamatuar, multisistem tutulum yapabilen bir hastalıktır. İlk olarak 1869 yılında Hutchison tarafından izole bir deri hastalığı olarak tanımlanmış, 1900 yılında ise Caesar Beck tarafından histolojik bulguları ve sistemik tutulumu vurgulanmıştır (1). Yaş, cinsiyet, etnik köken, coğrafi dağılım açısından tüm grupları etkilemekle beraber kadınlarda daha sık izlenmektedir. İleri yaşlarda göz ve deri tutulum sıklığı daha yüksektir (2). Biz burada tanı konmasında gecikilmiş bu vakayı sunmakla kutane sarkoidozun farklı klinik görünümlerine dikkat çekmek istedik.

OLGU: Yetmiş yaşında kadın hasta yaklaşık bir yıldır var olan sağ kulak arkasında şişlik ve büyüme şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde bilinen ek hastalığı olmayan hasta bu süreçte herhangi bir tedavi almamıştı. Yapılan dermatolojik muayenesinde; yüzün sağ yarımında kulaktan başlayıp çeneye doğru uzanım gösteren morumsu eritemli, palpasyonda ağrılı, endüre plak gözlendi. Aynı taraf kulak kepçesinde ödem, ensede düzgün sınırlı 1 cm çapında ele gelen LAP saptandı.Vücutta başka lezyonu olmayan hastaya lupus vulgaris, sarkoidoz, DLE, granüloma fasiale, kutane lenfoma ön tanılarıyla biyopsi yapıldı. Yapılan histopatolojik inceleme sonucunda; "irregüler akantoz gösteren çok katlı yassı epitel ile örtülü doku örneklerinde dermisde epiteloid görünümlü bazıları multinükleer histiyositler, lenfoplazmositer hücrelerin oluşturduğu granülomatöz inflamasyon ve sarkoidal tip granülomlar dikkati çekmektedir" şeklinde yorumlanmıştır. Göğüs hastalıklarına da konsülte edilen hastada tüberküloz dışlanmış olup, akciğer sarkoidozu da saptanmamıştır. Hasta öncelikle plak tip kutanöz sarkoidoz olarak değerlendirilip sistemik steroid tedavisine başlanmıştır. Rutin kontrollerinde dramatik yanıt gözlenen hastada steroid tedavisi tedricen azaltılarak stoplandı. Hastada postlezyonel pigmentasyon ile tam iyileşme gözlendi.

TARTIŞMA: Sarkoidozun patogenezi tam olarak aydınlatılamasa da inflamasyonun çevresel ve/veya enfeksiyoz antijenler, inorganik materyal, genetik ve bağışıklık sistemi gibi faktörler arasındaki karmaşık bir etkileşimin sonucu olduğu düşünülmektedir(3). Cutibacterium acnes, Mycobacterium spp, pestisitler, herbisitler, biyoaerosoller, berilyum, alüminyum, zirkonyum, tarımsal ajanlar ve diğer çevresel ajanlar da suçlanmıştır(3).Büyük taklitçi olarak değerlendirilen sarkoidoz klinikte karşımıza papül, plak, lupus pernio, psörisiform, iktiyoziform, atrofik, angiolupoid formlarda karşımıza çıkmaktadır. Daha az sıklıkta eritrodermik, tırnak, mukoza, skalp ve genital tutulumları da bildirilmiştir(4). Hastalığın teşhisinde punch veya insizyonel biyopsilere başvurulmaktadır. Patognomik bir klinik bulgusu ve altın standart tanı testinin olmaması sebebiyle klinisyenleri zorlayan bir hastalıktır. Sarkoidoz tanısı alan hastalar mutlaka sistemik tutulum yönünden

değerlendirilmelidir.Pulmoner, kardiyak, oküler,nörolojik, endokrinolojik tutulum açısından gerekli tetkikler istenmelidir.Vakamızda detaylı muayene ve konsültasyonlar yapılmış olup sistemik tutulum gözlenmemiştir.Tedavi seçenekleri arasında kortikosteroidler,anti-malariyal ajanlar, metotreksat, biyolojik ajanlar,doksisiklin ve azotiopürin yer almaktadır(5). Bu vaka ile farklı klinik sunumlarla karşımıza çıkan, büyük taklitçi olarak da bilinen sarkoidozun daha nadir görülen plak formunun da tanı koyarken akıllarda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: granülom,sarkoidoz, yüzde plak

İlk Başvuru

Yüzün sağ yarımında kulaktan başlayıp çeneye doğru uzanım gösteren morumsu eritemli, palpasyonda ağrılı, endüre plak

Tedavi Sonrası

Tedavi sonrası postlezyonel pigmentasyon ile tam iyileşme

PS-27

Hidroksiüre Kullanımına Bağlı Gelişen Kutanöz Ülser ve Tırnak Diskolorasyonu

Abdullah Kutay Masat, Tubanur Çetinarslan, Aylin Turel Ermertcan
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa

GİRİŞ: Hidroksiüre (HU), miyeloproliferatif neoplazilerin tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir antimetabolit ajandır. Kronik kullanımına bağlı olarak cilt yan etkileri gelişebilmektedir (1). Bu olgu sunumunda, esansiyel trombositemi (ET) tanısıyla 8 yıldır hidroksiüre kullanan bir hastada gelişen kutanöz ülserasyon ve tırnak diskolorasyonu sunulmuştur.

OLGU: 79 yaşında kadın hasta, ayak bileğinde yara ve tırnaklarda renk değişikliği şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın 7 aydır ayak bileğindeki yaranın giderek genişlediği, ayrıca 6 yıldır yaygın kaşıntısının ve tırnaklarında 5 yıldan uzun süredir renk değişikliği mevcut olduğu öğrenildi.

Özgeçmişinde 8 yıldır ET tanısıyla hidroksiüre kullandığı ve hastalığına yönelik yapılan genetik analizlerde JAK2 pozitif, MPL negatif sonucunun mevcut olduğu kaydedildi.

Dermatolojik muayenede, sağ ayak lateral malleolde eritemli plak zemininde krutlu ülser ve el ile ayak tırnaklarında yaygın hiperpigmente diskolorasyon tespit edildi. Klinik bulgular hidroksiüreye bağlı deri yan etkileri olarak değerlendirilerek biyopsi alındı ve hematoloji onayıyla hidroksiüre tedavisi kesildi. Histopatolojik incelemede yüzeyde erozyon ve ülserasyon, dermiste reaktif proliferasyon izlenerek kutanöz ülser tanısı kondu.

Hidroksiüre kesilmesini takiben hastanın 2 ay sonraki kontrol muayenesinde, ülserin tama yakın epitelize olduğu, eritemli plakta belirgin gerileme ve el tırnaklarındaki diskolorasyonunun tamamen, ayak tırnaklarındaki diskolorasyonun kısmi olarak düzeldiği izlendi.

SONUÇ: Hidroksiüre uzun dönem kullanımına bağlı olarak kutanöz toksisiteye neden olabilmektedir. Hidroksiüreye bağlı ülserasyonlar genellikle ilacın kesilmesiyle geriler (2). Bu nedenle, uzun süre HU tedavisi alan hastalarda deri ve tırnak değişiklikleri yakından izlenmeli, erken tanı ve müdahale ile morbidite azaltılmalıdır (3).

Kaynaklar:

1. Drooger J, Zomas A, Baars JW, et al. Cutaneous side effects of hydroxyurea: a report of 34 cases. European Journal of Haematology. 1999;62(3):227-231.

2. Sirieix ME, Debure C, Baudot N, et al. Leg ulcers and hydroxyurea: forty-one cases. Archives of Dermatology. 1999;135(7):818-820.

3. Buontempo MG, Chaudhry ZS, Raval RS, Mourtzanakis K, Ramachandran V, Shapiro J, Lo Sicco K. Hydroxyurea-induced melanonychia. JAAD Case Rep. 2023 Oct 14;42:91-94.

Anahtar Kelimeler: hidroksiüre, ülser, diskolorasyon, adverse, reaksiyon

Sırasıyla Hidroksiüre Kullanırken ve Bıraktıktan Sonra Kutanöz Ülser

PS-28

Büllöz Mastositoz: Olgu Sunumu

Hakan Ezer, Sema Aytekin
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

GİRİŞ-AMAÇ: Mastositoz etkilenen organlarda mast hücrelerinin anormal artışı ile karakterize, kutane ve sistemik formları olan ve çocuklarda nadir görülen bir hastalıktır. Çocukluk çağında daha sıklıkla kutane formu gözlenir. Bu özelliği ile sistemik bulgular gösteren ve şiddetli seyredebilen erişkin formundan farklılık gösterir. Ürtikeria Pigmentoza (makülopapüler mastositoz), diffüz kutanöz mastositoz ve soliter kutanöz mastositom olmak üzere üç alt formdan oluşmaktadır. Bu formlardan en sık görüleni Ürtikeria Pigmentoza'dır. İyi seyirli olmasına rağmen, %10'lara varan oranda anafilaksi gelişme riski nedeniyle yaşamsal önem gösterir. Burada nadir görülen bir büllöz soliter kutanöz mastositom olgusu sunmak istedik.

OLGU: On aylık erkek hasta, bel bölgesinde kızarıklık ve aynı bölgede ara ara olan şeffaf kabarcık şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde şikayetlerinin 6 ay önce başladığı, çoklu dış merkez başvurularında farklı zamanlarda topikal steroid ve antifungal tedavileri verildiği ancak fayda görmediği öğrenildi. Özgeçmişinde, olgunun miadında normal spontan vajinal yolla doğduğu ve ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslendiği, sonrasında ek besinlere başlandığı öğrenildi. Anne baba arasında akrabalık olmadığı, annenin ilk gebeliği olduğu, gebelik esnasında trizomi 21 tanısı aldığı ve doğumdan sonra bu tanı ile takiplerinin devam ettiği öğrenildi. Ek ilaç öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde gövde sağ midaxiller hatta umblikus hizasında yaklaşık 3x2cm boyutlarında portakal kabuğu görünümü olan eritemli plak üzerinde şeffaf bül izlendi (Resim 1). Mukozal lezyon izlenmeyen hastanının cildine yapılan bası ile yeni ürtikeryal lezyonlar beliriyordu. (Darier Bulgusu) (Resim 2). Diğer sistem bulguları doğaldı. Slit skin smear tzanck yayma yapıldı. Giemsa ile yapılan boyamada mast hücreleri izlendi. Sistemik tutulum açısından taranan hastada ek patoloji saptanmadı. Laboratuvar bulguları olağan sınırlarda izlenen hastaya büllöz mastositom tanısı koyuldu. 0.05mg/kg ketotifen 2x1 başlanan hastanın takiplerinde eritemli alanda gerileme ve krutlanarak iyileşen bül izlendi.(Resim 3)

SONUÇ: Yaşamın ilk iki yılında deri lezyonları görülmeye başlayan soliter kutanöz mastositom hastalarının çoğunda, ergenlikten önce lezyonlar skar bırakmadan kendiliğinden iyileşir. Tedavi esas olarak semptomatiktir. Çoğu vakada, tetikleyici faktörlerden kaçınılması yeterlidir. Oral H1 antihistaminikler pruritus ve kızarıklık semptomlarının tedavisinin temel taşıdır. Şiddetli vakalarda, ek fayda için oral H2 antihistaminikler eklenebilir. Soliter kutanöz mastositomlu hastalar anafilaksi riski altındadır, ancak bu risk diğer mastositoz tiplerine göre çok daha düşüktür. Bakıcılara ve yedi yaş üstü etkilenen hastalara epinefrini kendi kendilerine nasıl uygulayacakları öğretilmeli ve yanlarında epinefrin otoenjektörü bulundurulması söylenmelidir. Tipik lezyonlar ve semptomlar yoksa, büllöz soliter kutane mastositom ile ayırıcı tanıya

büllöz impetigo, primer herpes simpleks virüs enfeksiyonu, immüno-büllöz hastalıklar, neonatal lupus, inkontinensiya pigmenti ve eritema multiforme gibi diğer büllöz hastalıklar girmektedir. Tanı genellikle klinik ve histopatolojik inceleme ile konur. Tzanck yayması gibi basit bir teknik hızlı teşhise yardımcı olabilmektedir. Sonuç olarak, hastaların çoğunda birkaç yıllık süre içinde kendiliğinden iyileşme beklenir. Çoğu durumda semptomatik tedavi, tetikleyici faktörlerden kaçınmak ve kapsamlı bilgilendirme ile hastalara güvence vermek yeterlidir.

Anahtar Kelimeler: Büllöz mastositoz, tzanck yayma, Darier bulgusu

Resim 1

Resim 1: Portakal kabuğu görünümü üzerinde şeffaf bül

Resim 2

Resim 2: Darier bulgusu

Resim 3

Resim 3: Takiplerinde gerileyen eritem ve krut

PS-29

Skabiyes Enfestasyonu Sonrası Gelişen Persistan Kaşıntıda Ayırıcı Tanıda Dikkat Edilmesi Gereken Bir Klinik Varyant: Grover Hastalığı

Berna Eker[1], Musa Harun Göçmen[1], Elif Günay[1], Meltem Türkmen[2], Selcen Kundak[2]
[1]T.C. SBÜ İzmir Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir
[2]T.C. SBÜ İzmir Tıp Fakültesi, İzmir Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir

AMAÇ: Grover hastalığı (transient akantolitik dermatoz), sıklıkla yaşlı erkeklerde görülen, kaşıntılı ve papülovezikül döküntülerle seyreden nadir bir dermatozdur. Epidermal bariyeri bozan çevresel veya inflamatuar etkenlerin hastalığı tetiklediği düşünülmektedir. Bu olguda, skabiyes enfestasyonu sonrasında gelişen persistan kaşıntı ve döküntüler ile başvuran bir hastada Grover hastalığı tanısının konulması sunulmaktadır.

OLGU: 65 yaşında erkek hasta, ailesel skabiyes öyküsünü takiben başlayan yaygın kaşıntı nedeniyle başvurdu. Topikal permetrin ve sistemik ivermektin tedavisi sonrası kaşıntıda başlangıçta gerileme izlendi; ancak üç hafta içinde gövde üst bölümünde simetrik yerleşimli, kaşıntılı papülovezikül döküntüler gelişti. Lezyonlar sıcak duş sonrası artış göstermekteydi. Fizik muayenede aktif skabiyes bulgusu saptanmadı. Dermoskopide "delta-wing jet" paterni gözlenmedi, direkt mikroskopide parazit veya artefakt izlenmedi. Cilt biyopsisinde suprabazal akantoz, fokal akantoliz ve diskeratotik keratinositler gözlendi ve Grover hastalığı tanısı konuldu. Topikal kortikosteroid ve oral antihistaminik tedavi ile semptomatik düzelme sağlandı.

Sonuç: Skabiyes sonrası gelişen epidermal inflamasyon ve bariyer disfonksiyonu, Grover hastalığı gibi akantolitik dermatozların tetiklenmesine neden olabilir. Persistan kaşıntı ve dirençli döküntülerle başvuran yaşlı erkek hastalarda Grover hastalığı ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: dermatoz, döküntü, Grover, kaşıntı, skabiyes

Sol uylukta belirgin makülopapüler lezyonlar.

Uyluk arka yüzde yoğun papülovezikül lezyonlar.

PS-30

Alt Ekstremite Yerleşimli Dev Dermatofibrom Alt Tipi Olan Nadir Bir Olgu: Plak Benzeri Dermatofibrom

Beyza Çolpan[1], Tubanur Çetinarslan[1], Mehmet Gökalp Karasu[1], Mustafa Kürşat Evrenos[2], Peyker Temiz[3], Aylin Türel Ermertcan[1]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Manisa
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Manisa
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Manisa

GİRİŞ-AMAÇ: Dermatofibromlar, nadir görülen bazı farklı klinik formları olmakla birlikte genellikle çapı 1 cm veya daha az olan sert deri altı nodüllerle karakterize,iyi huylu, genellikle asemptomatik ancak bazen ağrı, hassasiyet veya kaşıntıya neden olabilen kutanöz yumuşak doku lezyonlarıdır. Dev dermatofibromlar, tipik dermatofibrom histopatolojik özellikleri gösteren, 5 cm'den büyük, iyi huylu, saplı lezyonlardır. Plak benzeri dermatofibromlar ise tipik olarak pedikülsüz dev dermatofibromların bir alt tipi olarak kabul edilir. Bu olguda,literatürde şimdiye dek sayılı olgu bildirilmesi sebebiyle dev dermatofibromun nadir bir alt tipi olarak tanımlanan; alt ekstremite yerleşimli sütlü kahve -viyole görünümlü, plak benzeri dermatofibromu olan 17 yaş erkek olgu klinik,-histopatolojik ve dermoskopik bulguları ile sunulmuştur.

OLGU: 17 yaş erkek hasta yaklaşık 5-6 senedir devam eden sol bacak ön yüzde leke şikayetiyle Pediatrik Dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol kruris medialinde yer alan 5x3 cm'lik alanda yerleşim gösteren çok sayıda, boyutları 1mm-5mm arasında değişen, ortası periferine göre daha kabarık zemini hafif eritemli,sütlü kahve-viyole renkli palpasyonda sert nodül-plaklar mevcut idi (Resim- 1). Yapılan dermoskopik muayenesinde multipl, santralde skar benzeri alanlar, periferal pigment ağı ve çevreye doğru spiküle ışınsal çizgiler izlendi (Dermlite DL4(-CA,USA) 10x polarize mod) (Resim- 2)(Resim-3). Olgunun diğer dermatolojik bulguları olağandı, vücudunda başka lezyon eşlik etmiyordu, bilinen bir hastalığı ve ailesinde benzer kutanöz lezyon öyküsü yoktu. Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alındı, sonrasında ön planda; dermatofibrom ve dermatofibrosarkoma protuberans ön tanılarıyla eksizyonel deri biyopsisi alınması amacıyla Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi bölümüne konsulte edildi. Hastanın alınan eksizyonel biyopsi materyalinde; epidermiste derin akantoz ve dermiste fibroblastik hücre proliferasyonu saptandı, bu bulgular dermatofibrom ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim-4). Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda dermatofibrom tanısı koyuldu. Mevcut eksizyon alanı ve vücutta oluşabilecek yeni lezyonlar açısından hasta tarafımızca rutin takibe alındı.

TARTIŞMA-SONUÇ: Dermatofibromlar, genellikle ekstremitelerde yerleşir ve 5 ila 20 mm boyutlarında papül veya nodül şeklinde asemptomatik olmakla birlikte hassasiyet, kaşıntı veya ülserasyon gösterebilir. Dev dermatofibromlar, bu lezyonların nadir görülen bir varyantı olup, literatürde tanımlanan vakaların büyük çoğunluğu pedinküle morfolojidedir. Öte yandan, plak benzeri dermatofibromlar, dev dermatofibromların ayrı bir alt tipi olarak kabul edilmekte olup, ilk tanımlandığı tarihten bu yana literatürde nadiren bildirilmiştir. Lezyonlar spontan olarak ya da travmatik etiyoloji sonrası gelişebilir. Klinik seyir sırasında yıllarca stabil kalabildikleri gibi, ana lezyon etrafında satelit lezyonların oluşumu ile progresyon gösterebilirler.Benign lezyonlar olup, tedavi genellikle lezyon semptomlara neden olmadıkça önerilmez. Hızlı büyüme,kanama gibi malignite düşündüren semptomlar varlığında histopatolojik inceleme için cerrahi eksizyon endikedir.Özellikle erken evrelerde dermatofibrosarkoma protuberans lezyonları ile benzer bir görünüme sahip olabileceği, bu lezyonların ayırıcı tanısını yaparken akılda tutulmalıdır. Atipik varyantlarda nüks ve nadiren metastaz görülebilir.Bazı seçilmiş vakalarda kriyoterapi alternatif bir tedavi seçeneği olarak tercih edilebilir. Sonuç olarak, bu olgu sunumu nadir izlenen dev dermatofibrom alt tipi olarak plak benzeri dermatofibromların klinik, histopatolojik ve dermoskopik özelliklerini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dermoskopi, dev dermatofibrom, dermatofibrosarkoma protuberans, kutanöz yumuşak doku tümörü, plak benzeri dermatofibrom

Resim -1

Sol kruris

Resim-2

Dermoskopik görüntü

Resim-3

Dermoskopik görüntü

PS-31

Pediatrik Alopesi Areata: Demografik ve Klinik Özelliklerin Retrospektif Değerlendirmesi

Elif Eriş[1], Sümeyye Güneş Takır[2], Belkız Uyar[2]
[1]Bingöl Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Bingöl
[2]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ-AMAÇ: Alopesi areata (AA), her yaşta görülebilen, skar bırakmayan otoimmün bir saç hastalığıdır. Vakaların önemli bir kısmı çocukluk çağında başlar. Pediatrik AA, yetişkinlerden farklı klinik özellikler ve seyir gösterebilir. Bu hastalığın çocukluk dönemindeki epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin anlaşılması; erken tanı, uygun tedavi ve prognoz açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmada alopesi areatalı pediatrik hastaların demografik ve klinik özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmada, Ocak 2022 ile Aralık 2024 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğinde AA tanısı almış, 0–18 yaş arası hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Tıbbi kayıtlar incelenerek hastaların tanı yaşı, cinsiyeti, saç dökülmesinin tipi ve yaygınlığı, tırnak tutulumları, aile öyküsü (AA veya otoimmün hastalık), eşlik eden hastalıklar ve SALT skoru verileri toplandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 41 hastanın 24'ü kız (%58,5), 17'si erkekti (%41,5). Yaşlar 5 ila 17 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 12,1±3,1 yıl olarak saptandı.Klinik formların dağılımı incelendiğinde, 31 hastada (%75,6) alopesi areata, 8 hastada (%19,5) alopesi totalis, 2 hastada ise (%4,9) alopesi universalis saptandı. On üç hastada (%31,7) tırnak tutulumu mevcuttu. Saçlı deri tutulumuna göre hastalık şiddeti (SALT skoru) değerlendirildiğinde, 30 hastada (%73,2) saç kaybı %25'in altında idi. Hastalığın seyri açısından değerlendirildiğinde, 16 hastada (%39) ilk atak, 15 hastada (%36,6) ise tekrarlayan ataklar görüldü. Aile öyküsü 8 hastada (%19,5), stres öyküsü ise 14 hastada (%34,1) mevcuttu. Eşlik eden komorbid durumlar arasında en sık atopik dermatit (%12,2), vitiligo (%4,9) ve otoimmün tiroid hastalığı (%2,4) saptandı. Tedavi seçenekleri arasında en sık tercih edilen yöntem topikal steroid tedavisi olup, diğer tedavi seçenekleri cignolin, difensipron (DPCP) ve sistemik ajanlardı.

SONUÇ: Çocukluk çağı alopesi areata genellikle sınırlı, yama tarzında saç dökülmesi ile başvurur ve hastalığın şiddeti bireyler arasında farklılık gösterebilir. Klinik seyir sırasında tırnak tutulumu ve eşlik eden otoimmün hastalıklar sık izlenmektedir. Hastaların önemli bir kısmında stres öyküsü, tetikleyici faktör olarak dikkat çekmektedir. Özellikle çok sayıda yama ile başlayan olguların alopesi totalis gelişimi açısından risk taşıyabileceği unutulmamalı ve bu hastalar yakın takip altında tutulmalıdır. Elde edilen bulgular, erken tanı konulmasının ve kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: alopesi areata, alopesi totalis, alopesi universalis

PS-32

Nadir Bir Elastolitik Dev Hücreli Granülom Varyantı: Papüler Form

Muhammed Ali Mergen[1], Tubanur Çetinarslan[1], Peyker Temiz[2], Mustafa Turhan Sahin[1], Aylin Turel Ermertcan[1]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Manisa
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Manisa

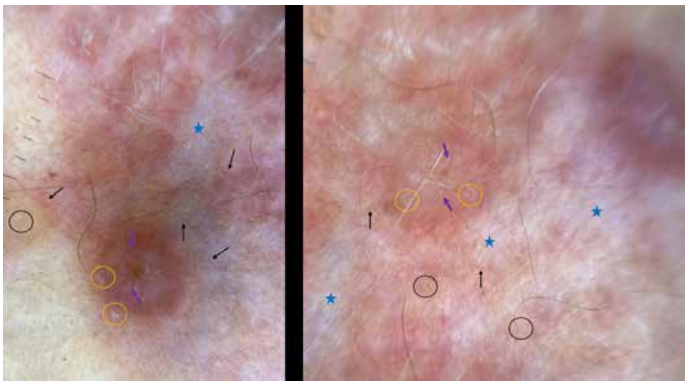
Elastolitik dev hücreli granülom (EDHG), sıklıkla orta yaşlı erişkinlerde görülen, güneş gören alanlarda ortaya çıkan, nadir, kronik, granülomatöz bir dermatolojik hastalıktır. Klasik olarak anüler, ortası atrofik, çevresi hafif kabarık plaklarla seyretmekle birlikte daha nadir olan papüler, retiküler, jeneralize ve dev formları da tanımlanmıştır. Etyopatogenezi kesin olarak bilinmemekle beraber aktinik ve inflamasyon teorileri mevcuttur. Bu raporda, Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) ile birliktelik gösteren bir papüler tip EDHG olgusu klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulgularıyla birlikte sunulmaktadır. Elli yaşında kadın hasta, sağ el dorsumunda yaklaşık üç yıldır devam eden, kaşıntılı kabarıklıklar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 23 yıldır bilinen AAA tanısı mevcuttu. Fizik muayenede sağ el sırtında merkezi atrofik ve hipopigmente, çevresi hiperemik-hiperpigmente çok sayıda 2×2 mm boyutlarında papülden oluşan plak izlendi. Lezyonlara yönelik dış merkezde uygulanan orta potent topikal kortikosteroid tedavisinden fayda görülmemişti. Sistemik sorgusu doğal olan hastanın, ek olarak unilateral renal agenezisi, auralı migreni ve dislipidemisi mevcuttu. Dermoskopik incelemede soluk pembe zemin üzerinde düzensiz yerleşimli polimorfik damarlar (lineer ve spermatozoa benzeri), sarı-turuncu yapısız alanlar ve beyaz yapısız alanlar saptandı. Papüllerin çevresinde ince beyaz skuamlar ve periferden merkeze doğru uzanan lineer damarlar izlendi. Hastadan granüloma anülare ve tinea incognito ve EDHG ön tanılarıyla biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede dermiste non-kazeifiye granülom yapıları, elastofagositoz ve çok çekirdekli dev hücreler saptandı. PAS, Giemsa ve EZN boyaları ile mikroorganizma veya musin birikimi saptanmadı. Klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulgular göz önünde bulundurularak EDHG tanısı kondu. Hastaya yüksek potent topikal kortikosteroid ve topikal takrolimus tedavileri dönüşümlü olarak verildi. Dördüncü ayda lezyonlarda belirgin regresyon gözlendi. Papüler tip EDHG, klasik anüler morfolojiden sapması, güneş görmeyen alanlarda yerleşebilmesi ve nadir görülmesi nedeniyle tanı koymada güçlük yaratabilir. Bu olguda AAA birlikteliği, EDHG'nin olası otoinflamatuar temelli bir mekanizmayla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Dermoskopi, granülomatöz hastalıkların ayırıcı tanısında önemli ipuçları sağlamakta; histopatoloji ile birlikte kullanıldığında doğru tanıya ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Bu bildiri, papüler varyantın dermoskopik bulgularının tanımlandığı ve AAA ile birlikteliği bildirilen ilk olgu olması açısından dikkat çekicidir. Benzer sistemik hastalıklarla eşlik eden vakaların paylaşılması, EDHG'nin etyopatogenezi hakkında daha fazla bilgi edinilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Elastolitik dev hücreli granülom, Papüler varyant, Ailesel Akdeniz Ateşi, Dermoskopi, Granülomatöz dermatoz, Otoinflamatuar hastalıklar

Resim-1

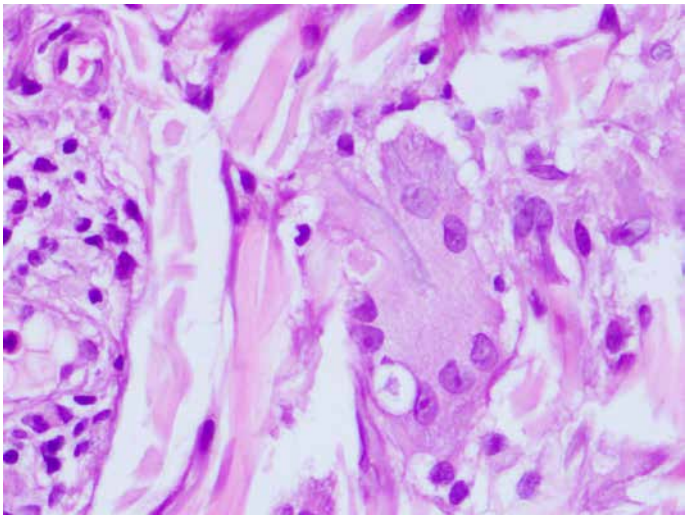
Sağ el dorsumda merkezi atrofik ve hipopigmente periferi kabarık ve hiperpigmente hafif kırmızı-viyole renkli 2mmx2mm boyutlarında çok sayıda papülden oluşan plak

Resim-2



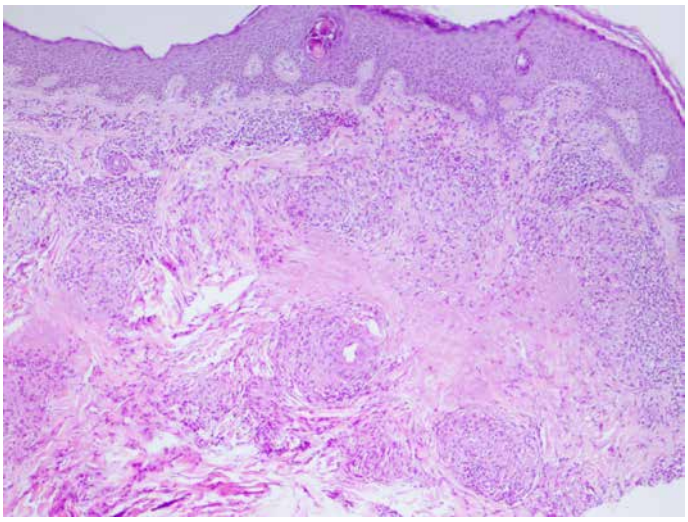
Soluk pembe zeminde dağılmış polimorf damarlar (siyah ok), beyaz yapısız alanlar (mavi yıldız), sarı-turuncu yapısız alanlar (siyah halka). Papül periferinden merkezine ilerleyen lineer damarlar (mor ok) ve papül kenarlarında ince beyaz skuamlar (turuncu halka). (Dermlite DL4, 10x. Polarize mod)

Resim-3



Multinükleer dev hücre sitoplazmasında fagosite elastik lif fragmanı (HE,x400)

Resim-4



Merkezinde dejenerasyon alanı ve periferinde palizadik histiyositler bulunan dermis yerleşimli granülom yapısı (HE,x40)

PS-33

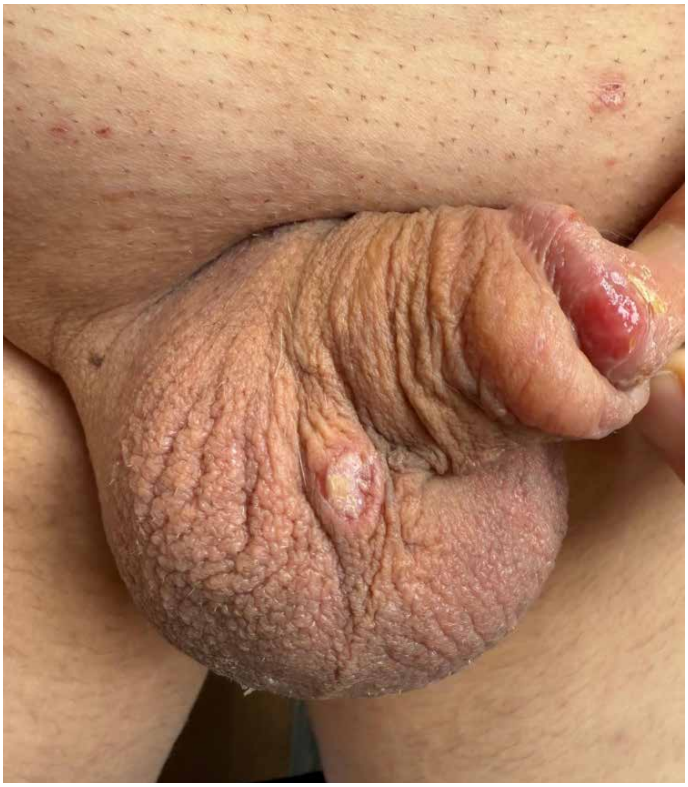
Renal Hücreli Karsinom Tanılı Hastada Nivolumab Kullanımı Sonrası Gelişen Eroziv Likenoid Dermatit Olgusu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Olcay Baş[1], Buse Gümüş Çakı[1], Tubanur Çetinarslan[1], Peyker Temiz[2], Kamer Gündüz[1], Aylin Türel Ermertcan[1]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı

Likenoid ilaç erupsiyonu, ilaç kaynaklı liken planus olarak da bilinir, çeşitli ilaçlarla ilişkili nadir bir kutanöz yan etkidir. Bu raporda, Nivolumab ile tedavi edilen renal hücreli karsinomlu 58 yaşında bir erkek hastada gelişen eroziv likenoid dermatit vakası sunulmaktadır. Hasta, son üç ayda alevlenme ile birlikte bir yıldır tekrarlayan penis ve skrotumda ülserler ve eritem ile başvurdu. Renal hücreli karsinom için Nivolumab ve benign prostat hiperplazisi için Silodosin kullanıyordu. Dermatolojik muayenede, glans penis, penis gövdesi ve skrotumda yüzeysel ülserler görüldü. VDRL, Anti-HIV, herpes ve hepatit için serolojik testler negatifti. İlaç erupsiyonu ve kutanöz metastaz ön tanılarıyla skrotumdan biyopsi planlandı ve sonuç likenoid dermatit ile uyumlu geldi. Fusidik Asit + Betametazon Valerat krem ve Hamamelis Virginiana krem ile ilk tedaviye rağmen genital bölgedeki ülserasyon devam etti ve ekstremitelerde yeni menekşe rengi papüller izlendi. Ekstremitelere haftaiçi Takrolimus Monohidrat Pomad, haftasonu Klobetazol 17-propiyonat krem günde bir kez başlandı.Genital bölgeye haftaiçi Takrolimus Monohidrat Pomad, haftasonu Metilprednisolon Aseponat krem günde bir kez başlandı. Yaklaşık 2 ay tedavi sonrasında lezyonların iyileştiği ve yerlerinde postinflamatuar hiperpigmentasyon kaldığı görüldü. Likenoid ilaç erupsiyonu, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarında yaşa bağlı fizyolojik düşüş, eşlik eden hastalıkların varlığı ve polifarmasi gibi faktörler nedeniyle yaşlı yetişkinlerde daha yaygındır. Bir bağışıklık kontrol noktası inhibitörü olan Nivolumab, büllöz liken ve liken planus pemfigoides dahil olmak üzere çeşitli likenoid reaksiyonlarla ilişkilendirilmiştir. Bu vaka, genital ülserasyonlarla gelen hastalarda, özellikle Nivolumab alan hastalarda ilaç reaksiyonlarının dikkate alınmasının önemini vurgular ve immünoterapinin olası olumsuz kutanöz etkileri konusunda farkındalık ihtiyacının altını çizer. Bu rapor, Nivolumab ile ilişkili ilaç kaynaklı likenoid dermatit hakkındaki sınırlı literatüre katkıda bulunarak, klinik uygulamada bu tür olumsuz etkilerin dikkatli bir şekilde izlenmesi ve zamanında yönetilmesinin gerekliliğini vurgular.

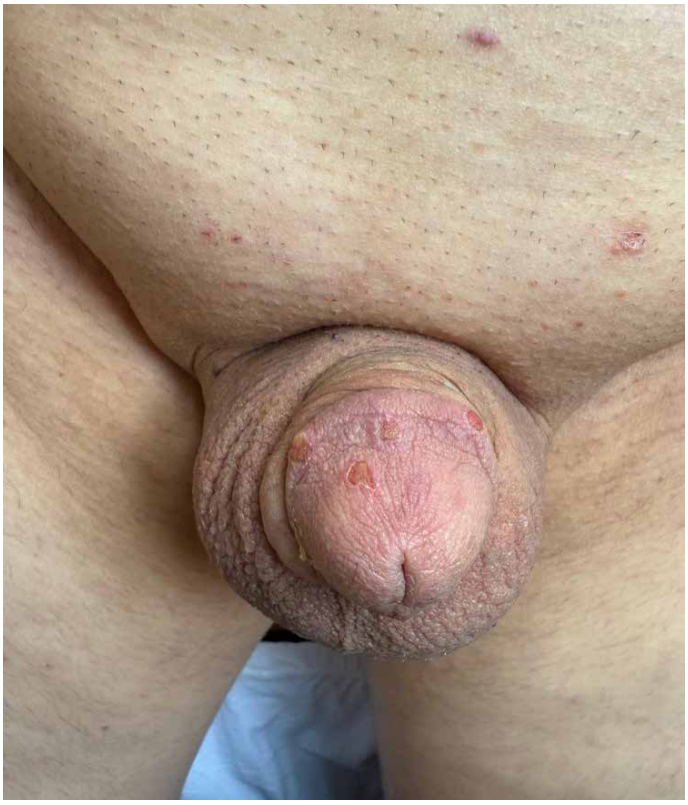
Anahtar Kelimeler: Likenoid İlaç Erupsiyonu, Nivolumab, Penil Ülserasyon

Resim 1



Glans peniste ve skrotumda yüzeye ülserler

Resim 2



Glans peniste ülserler

PS-34

Seboreik Keratozu Taklit Eden Multifokal Bowen Hastalığı (Skuamöz Hücreli Karsinoma in Situ): Olgu Sunumu

Göksu Dalgıç Demirtaş[1], Tubanur Çetinarslan[1], Peyker Temiz[2], Mustafa Turhan Şahin[1]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Manisa
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Manisa

Seboreik keratoz (SK), genellikle iyi sınırlı, hiperkeratotik, pigmente veya verrüköz yüzeye sahip, klinik olarak benign kabul edilen epidermal tümördür. Dermatolojik pratikte sık karşılaşılan bu lezyonlar, tipik görünümleri sayesinde genellikle tanınmaları kolaydır. Ancak bazı premalign (örn. aktinik keratoz) ve malign [örn. bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom (SCC)] kutanöz neoplaziler, hem klinik hem de dermoskopik olarak SK ile benzer özellikler sergileyebilir. Bu durum, yanlış tanılara veya tanıda gecikmelere neden olabilir. Bu bağlamda, Bowen hastalığı olarak da bilinen SCC in situ (SCCis), ayırıcı tanıda önem arz eden bir premalign lezyondur. Epidermisin tüm kalınlığını tutan atipi, nükleer pleomorfizm ve displazi ile karakterizedir. Klinik olarak genellikle eritemli, skuamlı ya da pigmente plaklar şeklinde görülür. Özellikle pigmente ya da hiperkeratotik varyantları, SK ile benzerlik göstererek tanısal güçlük yaratabilir. Bu olguda, sırt bölgesinde yıllardır mevcut olan, klinik olarak SK'yi düşündüren ancak dermoskopik incelemede şüpheli özellikler taşıyan bir lezyon incelenmiştir. Dermoskopide pembe zemin üzerinde lineer-düzensiz damarlar, parmak izi benzeri yapılar ve kahverengi noktalar saptanması üzerine biyopsi yapılmış, histopatolojik inceleme sonucunda multifokal Bowen hastalığı tanısı konulmuştur. Lezyon tam cerrahi eksizyon ile çıkarılmış ve hasta takibe alınmıştır. Dermoskopi, bu iki lezyonun ayırt edilmesinde kritik bir rol oynar. SK'de dermoskopik olarak komedo benzeri açıklıklar, milia-benzeri kistler ve beyin benzeri görünüm sık görülürken; Bowen hastalığında tipik olarak nokta ve glomerül damarlar, skuamlı yüzey, yamalı dağılımlı kahverengi globüller, homojen gri veya pembe alanlar ve retiküler pigmentasyon gözlenebilir. Literatürde yapılan çalışmalarda, dermoskopik olarak tipik SK bulguları göstermeyen lezyonlarda biyopsi ile malignite tanısı alma oranı %1.4–3.1 arasında bildirilmiştir. Bu nedenle, klinik olarak SK düşünülen ancak dermoskopik olarak atipik özellikler taşıyan lezyonlarda mutlaka histopatolojik inceleme yapılmalıdır. Bu yaklaşım, premalign ve malign olguların erken tanısı ve etkili tedavisi açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle Bowen hastalığı gibi erken dönemde tanınan premalign lezyonlarda, cerrahi eksizyon gibi lokal tedavi seçenekleri ile tam kür sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: seboreik keratoz, skuamöz hücreli karsinoma in situ (Bowen), dermoskopi

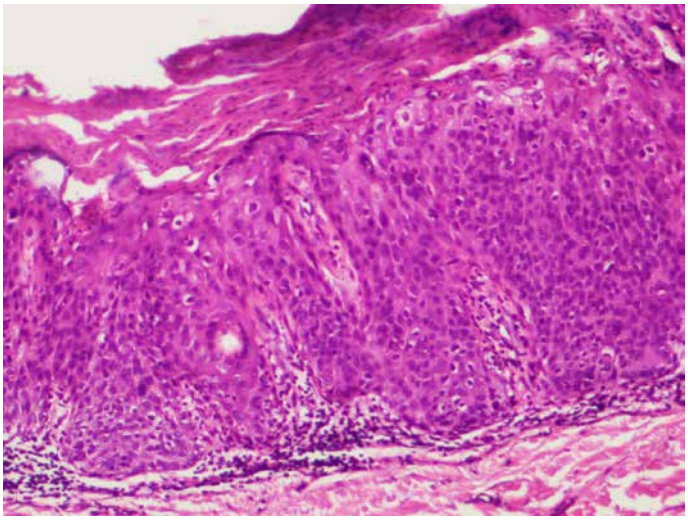
Resim 1

Gövde arka yüzde yerleşimli, multipl, hiperkeratotik yüzeye sahip, asimetrik kahverengi-sarı plaklar

Resim 2

Dermoskopik incelemede; pembe zemin üzerinde lineer-düzensiz damarlar, parmak izi benzeri yapılar, sarı hiperkeratotik papillamatöz büyüme alanları, multipl kahverengi noktalar

Resim 3



Yüzeyinde hiperkeratoz ve parakeratoz bulunan epidermiste tam kat atipi, hücresel proliferasyon, dizilim bozukluğu (HE,x40)

PS-35

Tekrarlayan Hidradenom: Keloid ile Karışan Nadir Bir Olgu

Funda Yüce[1], Muhammed Ensar Bildirici[1], Aslıhan Kul[1], Seden Atike Arsoy[2], İlteriş Oğuz Topal[1]
[1]Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Hidradenomalar apokrin veya ekrin ter bezlerinin nispeten nadir görülen tümörleridir. Genellikle baş ve boyun, gövde ve ekstremitelerde 3 ila 30 mm arasında değişen büyüklükte sert bir dermal nodül olarak görülürler ve zaman zaman deri değişiklikleriyle birlikte yavaşça büyürler. Genellikle yaşamın dördüncü ve sekizinci on yılı arasında teşhis edilirler. Bu bildirinin amacı, ön kol dorsumunda hidradenom tanısı alan 72 yaşındaki bir kadın hastayı sunarak, bu nadir tümörün klinik, radyolojik ve histopatolojik özelliklerini vurgulamak ve ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken noktaları ortaya koymaktır.

YÖNTEM: 72 yaşında kadın hasta sağ ön kol dorsumunda yaklaşık 1 senedir var olan asemptomatik bir kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde diyabet ve hipertansiyon dışında özellik bulunmuyordu. Fizik muayenede yaklaşık 2 cm çapında şeffaf, pembe renkli, infiltre, düzgün yüzeyli bir nodül saptandı (Resim-2). Nodül spiradenom, hidrokistoma ön tanıları ile total olarak eksize edildi. Hastanın takiplerinde, 1,5 ay sonra yara bölgesinde 1,5 x 1cm boyutlarında deriden kabarık siyah renk değişikliği olan nodüler lezyon görüldü ve ön planda keloid gelişimi olduğu düşünüldü. Dermoskopisinde yapısız siyah pigmentasyon ve skar ile uyumlu lineer beyaz çizgiler izlendi (Resim-2). Keloid olarak değerlendirilen lezyona intralezyonel triamsinolon uygulandı. Ancak lezyonun gerileme göstermemesi üzerine malign melanom, keloid ön tanılarıyla tekrar eksizyonel biyopsi planlandı.

BULGULAR: Hastanın rutin olarak istenen laboratuvar parametreleri normal sınırlardaydı. İlk yapılan biyopsi örneğinin histopatoloijk değerlendirmesi hidradenom ile uyumlu olarak raporlandı.

Skar alanında ikinci kere gelişen lezyonun yapılan immunohistokimyasal incelemelerinde CK7 ve EMA pozitifliği saptandı. Histopatolojik inceleme hidradenom ile uyumluydu.

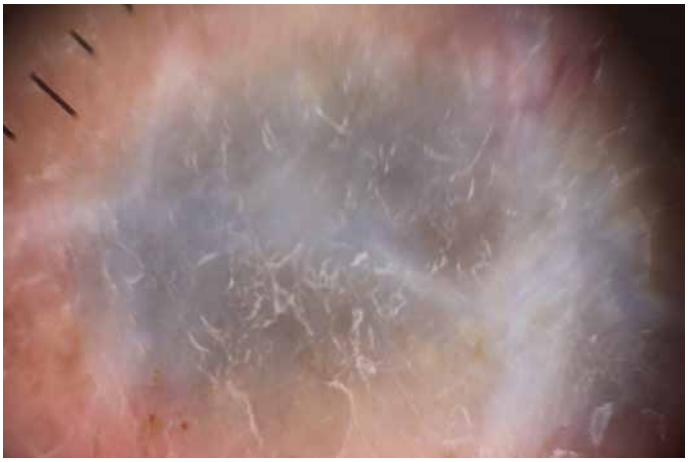
SONUÇ: Hidradenom ter bezlerinden köken alan nadir benign bir neoplazmdır. Cerrahi eksizyon, literatürde bildirilen düşük tekrarlama riskiyle tercih edilen tedavi olmaya devam etmektedir. İmmünohistokimyasal çalışmalar tanıyı doğrulamada anahtar rol oynamaktadır. Bu vaka, hidradenomaların tanısında histopatolojik ve immünohistokimyasal değerlendirmenin önemini, postoperatif dönemde gelişen yeni lezyonların yeniden değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Hidradenomaların nüks etme olasılığı göz önüne alındığında, uzun dönem takiplerin yapılması gerektiği, bunun yanı sıra potansiyel postoperatif komplikasyonların yönetimi

ve uygun tedavi planlamasının önem taşıdığı anlaşılmaktadır. Benign tümör eksizyonu yapıldıktan sonra insizyon alanında keloid benzeri bir cilt lezyonu geliştiğinde steroid tedavisine direnç varsa primer tümörün nüksü düşünülerek eksizyonel biyopsi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hidradenom, ekrin, apokrin, keloid

Resim1

Resim2



PS-36

Mikozis Fungoides Tümör D'emblée Nedir, Ne Değildir?

Utku Yağız[1], Anıl Ismaıl Basa[1], Ekin Şavk[1], Meltem Uslu[1], Münevver Güven[1], Aydan Yazıcı[1], İbrahim Meteoğlu[2]
[1]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabalim Dalı

GİRİŞ - AMAÇ: En yaygın kutanöz T hücreli lenfoma (KTHL) olan Mikozis fungoidesin (MF) klinik seyri son derece değişkendir. Tipik seyirli MF dışında farklı varyantları da vardır. Bu varyantlarla ilgili farkındalığın olması hastalığa tedavi yaklaşımını ve prognostik beklentiyi etkiler. Tümör d'emblee, daha önce yama veya plak evresi olmadan sağlam deriden gelişen tümör evresini temsil eden bir MF varyantıdır. MF d'emblee agresif bir tedavi gerektirdiğinden diğer KTHL'lerden ayırt edilmelidir. Tanıda anamnezde belirtilen sürenin kısalığı ve dramatik lezyon görünümü önemlidir. Kliniğimizde ilk aşamada tümör d'emblee olarak değerlendirdiğimiz bir olguyu büyük hücre transformasyonu gösteren MF tanısı alması nedeniyle sunmaktayız.

OLGU: 69 yaş erkek hasta, 3 aylık yara yakınmasıyla başvurdu muayene sırasında lezyon olan alanı açarak gösterdi. Başlangıçta kızarıklık kabarıklık olduğunu hızla yara açıldığını ifade etti. Hastanın gösterdiği alanda, karın sol lateralde 12.5x10 cm boyutunda ortası ülsere kenarları eleve, palpasyonla sert lezyon saptandı. Bu lezyonun alt komşuluğunda 2 adet boyutları medialde 4x3 cm, lateralde 5x4.5 cm olan benzer morfolojide ülsere tümörler de gözlendi. Hastanın bu diğer iki lezyon ile ilgili farkındalığı azdı. Anamnez öncelikle MF d'emblee'yi akla getirsede hastanın biyopsi öncesi tüm vücut muayenesinin de tamamlanması düşünüldü. Hastanın kapsamlı muayenesinde sağ omuzda eritemli skuamlı 12x15cm plak, sol frontalde kaşı ve orada ortaya çıkan alopesiyi de kapsayan hiperpigmente skuamlı atrofik 7x8cm yama, sakral bölgeyi de içerecek şekilde bilateral gluteada 20x20cm eritemli skuamlı plaklar gözlendi. Lenfadenopati saptanmadı. Sorgu derinleştirilmeye çalışıldığında, muayenede saptanan lezyonların uzun süredir olduğunu ifade eden hastadan daha fazla bilgi edinilemedi. Biyopsi öncesinde hastane kayıtlarımız incelendiğinde hastanın 4 yıl önce gluteal bölgedeki lezyondan yakınarak başvurusu olduğu ancak alınan biyopsi örneğinin superfisyal perivasküler spongiotik dermatit olarak raporlandığı öğrenildi. Sağ omuzdaki infiltre plaktan (1. örnek) ve sol lomber bölgedeki dev tümöral lezyondan (2. örnek) 2 adet punch biyopsi alındı. Biyopsi sonuçları 1. örnek için erken evre MF ve 2. örnek için tümöral evre MF olarak değerlendirildi. İkinci bir merkezde yinelenen histopatolojik incelemede iri, pleomorfik hücrelerin; lezyonu oluşturan hücrelerin %25'inden fazlasını oluşturduğu ve yüksek proliferatif aktivite gösterdiği (Ki-67 %60) raporlanmış olup bulgular MF büyük hücre transformasyonu" ile uyumlu saptandı. Diğer tamamlayıcı tetkikleri sonucunda Evre 2B MF olarak değerlendirilen hastaya hematoloji bölümünün önerisiyle brentuksimab tedavisi başlandı.

TARTIŞMA - SONUÇ: Tümör d'emblee, yama veya plak

olmadan tümör gelişimiyle karakterize nadir bir MF çeşididir. Ülserasyon ve sekonder enfeksiyon gösterebilir. MF'nin d'embleé formu histopatolojik olarak MF'nin klasik tümör evresinden farklı değildir. Ancak prognoz klasik MF'e kıyasla çok daha vahimdir. Vakaların çoğunda hızlı progresyona bağlı sistemik tutulum ve ölüm gözlenmektedir. Hastamızın anamnezindeki kısa süre ile muayenede gösterdiği lezyonlar öncelikle MF d'embleeyi düşündürmüştür. Ancak tüm vücut muayenesinin yapılması ve hastane kayıtlarının kontrolü ile prognostik olarak daha iyimser yaklaşılabilecek klasik tipte bir MF olgusu ile karşılaşıldığı anlaşılmıştır. Bu olgumuz bize dermatolojik muayenenin hastaların izin verdiği alanlar ile sınırlı kalmamasının önemini hatırlatırken hasta ifadesinin yorumlanmasında her zaman bir kuşku payı bırakmanın ve düzenli medikal kayıt tutmanın başarılı hekimlik için ne kadar gerekli olduğunu da vurgulayıcı olmuştur. Vesile ile her ne kadar bizim olgumuz olmasa da MF d'emblee'yi ilk tanımlayan otörler olan Jean Baptiste Emile Vidal ve asistanı Louis-Anne-Jean Brocq'u da anarız.

Anahtar Kelimeler: brentuksimab, kutanöz T hücreli lenfoma, mikozis fungoides, tumör d'emblee,

ilk muayene

tedavi sonrası

PS-37

Oral Mukozada Lökoplaki;Sekonder Sifiliz Olgusu

Sema Aytekin, Fatih Noyan, Umut Günal
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,Tekirdağ

GİRİŞ: Sifiliz, treponema pallidum spiroketinin neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır.Hastalık cinsel temas, transfüzyon veya gebelikte vertikal yolla bulaşır. Sifiliz rezervuarı insandır.Dermatolojideki büyük taklitçi hastalıklardan biridir ve tanı genellikle gecikir. Kutanöz bulgular oldukça değişkendir ve makülopapüler döküntüler, palmoplantar lezyonlar, mukoid plaklar (condyloma lata) ve alopesi içerir. İkincil evre ile ilişkili klinik bulguların spektrumu çok geniştir ve diğer birçok hastalığı taklit eder.Oral mukozal bulgular bu aşamada nadir değildir ve izole olarak görülebilir; bu durum da tanıda gecikmelere sebebiyet vermektedir.

OLGU: 60 yaşında erkek hasta dermatoloji kliniğine üç ay önce başlayan oral mukozada yaygın döküntüyle başvurdu. Döküntüsünün başlangıçta gövdede başladığını ancak daha sonra ekstremitelere yayıldığını ve kendi kendine tedavi kullanmadan vücut döküntülerinin gerilediğini bildirdi. Özgeçmişinde son birkaç yıldır şüpheli cinsel ilişki olmadığını söyleyen hasta, HIV veya diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara dair herhangi bir geçmişi olmadığını belirtti. Fizik muayenede, kafa derisi, yüz, boyun, gövde,ekstremiteler ve genital bölgede aktif lezyon görülmedi. Oral mukoza muayenesinde sert damakta iki adet, dil altında bir adet kenarı eritemli beyaz renkli plaklar görüldü.Ön tanılarımız sifiliz müköz plak,inflamatuvar barsak hastalığının oral tutulumu ve beyaz süngerimsi nevüs idi.Yapılan geniş kan tetkikleri sonucunda serolojik kan tetkiklerinde sifiliz(total antikor) 30,43 s/CO ve vdrl-rpr 1/128 pozitif görüldü. Hastaya deposilin 2.400.000 IU,2 haftalık tedavi düzenlendi. 2 hafta sonra poliklinik kontrolüne gelen hastanın oral mukoza lezyonlarında belirgin iyileşme izlendi.

TARTIŞMA: Klinik tablonun heterojenliği nedeniyle sfiliz teşhisi koymak zor olabilir.Oral mukozada klinik prezentasyon en sık iki fenotip şeklinde tanımlanmıştır:Erozif/ülseratif mukozal lezyonlar ve dildeki mukoza plakları.Karşılaşılan diğer formlar lökokeratotik plaklar ve nodüler lezyonlardır. Oral bulgular sekonder sifilizde sık görülür ve genellikle izole olarak gözlemlenir. Bu formlar, tanıya kadar geçen uzun süreden de anlaşılacağı üzere, klinisyenler için oldukça zorlayıcı olabilir. Mevcut olduğunda, eş zamanlı veya geçmişteki cilt döküntüleri tanıyı yönlendirmeye yardımcı olabilir, ayrıca ilişkili anal veya genital erozyonlar ve cinsel yolla bulaşan hastalık risk faktörlerinin varlığı, genellikle ilk muayenede göz ardı edilmektedir. Tanı genellikle serolojik testlerle doğrulanır ve başlıca tedavisi antibiyotiklere dayanır.

Anahtar Kelimeler: sekonder sifiliz,lökoplaki,cinsel yolla bulaşan hastalık

Tedavi Öncesi ve Sonrası

Tedavi Öncesi ve Sonrası

PS-38

Omalizumab ile Başarılı Tedavi Edilen Total IgE Değeri Normal İzole Anjiyoödem Olgusu

Aysun Aydın, Seray Külcü Çakmak
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara

AMAÇ: Anjiyoödem, cilt ve mukozanın derin dokularında plazma ekstravazasyonuna bağlı oluşan ödeme sekonder meydana gelen bir hastalıktır. Genellikle yüz bölgesinde ağrılı, sınırları belirgin olmayan, renksiz veya açık pembe renginde şişliklerle karakterizedir. Histaminerjik ve nonhistaminerjik mekanizmalarla meydana gelebilir. Histaminerjik anjiyoödemde histamine bağlı kaşıntılı plaklar eşlik ederken nonhistaminarjik anjiyoödem bradikinine bağlı meydana gelen izole anjiyoödemdir. İzole anjiyoödem altta yatan sebeplere göre idiopatik, herediter, kazanılmış ve anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitör ilişkili anjiyoödem olarak sınıflandırılır. İzole Anjiyoödem tedavisinde c1 inhibitör konsantresi, ikatibant, ekallantid, taze donmuş plazma gibi altta yatan sebebe yönelik tedaviler kullanılır. Omalizumab, immunglobulin E (IgE) ağır zincirine bağlanan anti-IgE antikorudur. IgE'ye bağlanarak serbest IgE miktarını, mast hücre ve bazofil degranülasyonunu buna bağlı olarak histamin salınımını azaltarak etki eder. Mekanizması tam olarak aydınlatılmamış da olsa izole anjiyoödem tedavisinde omalizumabın kullanıldığı başarılı olgular bildirilmiştir. Burada omalizumab ile başarılı tedavi edilen izole anjiyoödem olgusu sunulması amaçlanmaktadır.

OLGU: Sistemik lupus eritematozus tanılı 23 yaşında kadın hasta, 6 aydır göz etrafı ve dudaklarda şişme şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Başvusu sırasında hasta lupus için metotreksat 10 mg, plaquanil 400mg kullanmaktaydı. Hastanın vücudunda kaşıntı, kızarıklık ve kabarıklık hiç olmamış. Yeni başlanan veya değiştirilen ilaç kullanım öyküsü mevcut değil. Hasta 6 ay önce bu şikayetlerle dış merkez dermatoloji kliniğine başvurmuş. Anjiyoödem tanısı alarak hastaya prednizolon 15 mg başlanmış. Hasta 5 ay boyunca 15 mg, 2 hafta 10 mg, 2 gün 7.5 mg prednizolon kullanmış. Hastanın prednizolon kullanımına rağmen ilk 5 ayda 1 defa, prednizolon doz düşümü sırasında 3-4 defa yüzde ve gözde şişlikleri olmuş. Poliklinik başvurusunda dermatolojik muayenede hastanın sağ periorbital bölgesinde ve alt dudağında şişlik mevcuttu. Ürtikeryal plak, uvula ödemi yoktu. Hastanın rutin laboratuvar tetkiklerinde anlamlı değişiklik izlenmedi. Total IgE değeri normal düzeyde izlendi. Hastadan istenen C1q düzeyi düşük; C1 inhibitörü, C1 inhibitör aktivitesi ve C4 düzeyi normal değer aralığındaydı. Hasta ön planda izole idiopatik anjiyoödem olarak değerlendirildi. Hastanın prednizolon tedavisi kesilerek yerine prednol 32 mg tedavisi başlandı. Hastanın anjiyoödemi kontrol altına alındıktan sonra hastaya endikasyon dışı olarak 300 mg omalizumab subkutan enjeksiyon şeklinde yapıldı. Takibinde prednol dozu 6 mg'a düşüldü. Romatolojinin kararı ile sistemik lupus tedavisi için prednol dozu 6 mg devam edildi. Hastaya aylık periyotlarla 4 kez omalizumab 300 mg subkutan enjeksiyon şeklinde yapıldı. Hastanın omalizumab tedavisi başladıktan sonra takibinde anjiyoödem atağı görülmedi.

SONUÇ: Histamin aracılı mekanizmanın dışlandığı, total IgE düzeyi normal olan izole anjiyoödem olgumuzda omalizumab tedavisine yanıt alınması, bu ilacın klasik endikasyonları dışında da etkili olabileceğini düşündürmektedir. Altta yatan etiyolojisi netleştirilemeyen ve konvansiyonel tedavilere yanıtsız dirençli seyreden izole anjiyoödem olgularında omalizumab, güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik anjioödem, İzole anjioödem, Omalizumab, Total IgE

PS-39

Büllöz Eritema Multiforme Benzeri Lineer IgA Dermatoz

Betül Şereflican[1], Belgin Küçükyangöz[1], Ayşegül Kalkan[1], Selma Erdoğan Düzcü[2]
[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: Lineer IgA dermatozu (LAD), anüler veya gruplar halinde yerleşen papüller, veziküller ve gergin büllerle seyreden; subepidermal bül oluşumu ve bazal membranda lineer IgA antikor birikimi ile karakterize otoimmün büllöz bir hastalıktır. LAD genellikle idiyopatik olarak ortaya çıkmakla birlikte, ilaçlar, travma, maligniteler ve gastrointestinal bozukluklara sekonder olarak da gelişebilmektedir.1,2 Bu olguda vankomisin tedavisi sonrası ortaya çıkan bir büllöz eritema multiforme benzeri LAD vakası sunulmaktadır.

Olgu: 78 yaşındaki kadın hastada, mitral kapak etrafında vejetasyon ve infektif endokardit tanısıyla seftriakson ve vankomisin antibiyotik tedavisine başlandı. Tedavinin altıncı gününde, hastanın vücudunda yaygın eritemli morbiliform döküntülerin gelişmesi üzerine seftriakson tedavisi kesildi; vankomisin tedavisine devam edildi. Makülopapüler lezyonların gerilemesinin ardından, tedavinin 14. gününde hastada genital bölgede yanma hissiyle birlikte eritem ve erozyonlar gözlendi. Bunu takiben, oral mukozada erozyon, konjonktivalarda hiperemi ve üst ekstremitelerde eritemli zemin üzerinde gergin büller ve yer yer targetoid lezyonlar gelişti. Hastanın histopatolojik incelemesinde epidermiste basket ağı tarzında hiperkeratoz, dermoepidermal bileşkeden tam kat ayrışma, ayrışma alanında fibrin, nötrofil ve eozinofil infiltrasyonu saptandı. Ayrıca, nükleer irileşme gösteren akantolitik hücreler ile yüzeyel dermiste endotelleri belirgin damar yapıları çevresinde eozinofil, nötrofil ve lenfosit infiltrasyonu izlendi. Direkt immünofloresan incelemede bazal membranda lineer IgA ve C1q birikimi ile birlikte hafif düzeyde lineer IgG ve C3 pozitifliği saptandı. Hasta, klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda ilaç ilişkili eritema multiforme benzeri LAD olarak değerlendirildi. Sorumlu ilacın kesilmesi ve kısa süreli sistemik steroid tedavisi ile lezyonlar tamamen geriledi.

TARTIŞMA: Lineer IgA dermatozu (LAD), erken çocukluk döneminde ve yetişkinlerde genellikle 6. dekadda ortaya çıkan, bimodal dağılım gösteren nadir bir subepidermal vezikülobüllöz hastalıktır.2,3 LAD'de kutanöz bulgular heterojen olup, büllöz pemfigoid (BP) benzeri "mücevher kümesi" konfigürasyonunda gergin arkiform büller veya dermatitis herpetiformiste (DH) olduğu gibi gruplanmış papülovezikül-ler izlenebilir. Ayrıca, eritema multiforme, Stevens-Johnson sendromu ve toksik epidermal nekroliz (TEN) ile benzer klinik bulgular da bildirilmiştir.4 LAD'nin heterojen klinik tablosu nedeniyle, ayırıcı tanıda pek çok vezikülobüllöz hastalık yer almaktadır. LAD tanısı, klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde konur; kesin tanı ise bazal membran bölgesinde lineer IgA birikiminin gösterilmesiyle doğrulanır.2,4,5 Yetişkinlerde LAD etiyolojisinde ilaçlar önemli rol oynamaktadır. Vankomisin, ilaç kaynaklı LAD vakalarının yaklaşık %50'sinden sorumlu olup en sık suçlanan ajandır. Antibiyotikler (Penisilin, sefalosporin vs), antihipertansifler (özellikle kaptopril), analjezikler ve antiepileptikler etiyolojide sıklıkla yer alan ilaçlardır.1,3 İlaç kaynaklı LAD, büllöz eritema multiforme, toksik epidermal nekroliz veya morbiliform döküntülerle klinik bulgu verebilir.6 Genellikle, ilaca maruziyetten 7-14 gün sonra ortaya çıkar ve ilacın kesilmesinden sonra haftalarca yeni lezyonlar gelişebilir. Ancak çoğu vakada ilaç kesildikten sonra 2-6 hafta içinde bulgular geriler.2,4,5 İlaç ilişkili LAD hastalarında mukokutanöz belirtiler, idiyopatik formdakilerle benzerlik gösterir. Mukozal tutulum, idiyopatik formlarda %40 oranında bildirilmiş olup, güncel vaka serilerinde ilaca bağlı LAD ile idiyopatik form arasında belirgin bir fark saptanmamıştır.7 Olgumuzda da deri lezyonlarına mukozal tutulumu eşlik etmekteydi. Bu olgu eritema multiforme benzeri ilaç ilişkili LAD nadir görüldüğü için sunulmaktadır.

SONUÇ: Tetikleyici ajanın tanımlanması ve kesilmesi, ilaç ilişkili LAD vakalarının tanı ve tedavisinde kritik bir rol oynamaktadır. Farklı klinik görünümlerde ortaya çıkabilmesi ve nadir görülmesi nedeniyle vezikülobülloz lezyonları olan ve ilaç reaksiyonu düşünülen hastalarda ilaç kaynaklı LAD ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lineer IgA büllöz dermatozu, Makülopapüler İlaç erupsiyonu, Eritema Multiforme

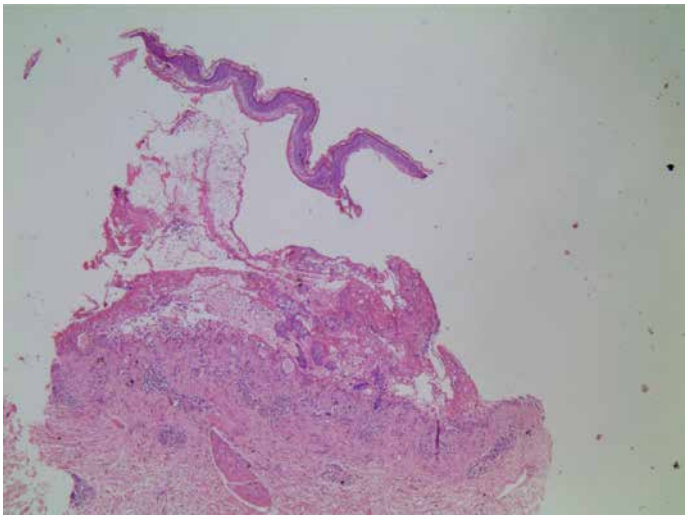
Resim 1

Kollarda eritemli zeminde gergin büller

Resim 2

Kollarda targetoid lezyonlar ve gergin büller

Resim 3



Dermoepidermal bileşkede tam kat ayrışma(HEx40)

PS-40

Akut miyeloid löseminin ilk bulgusu olarak pubis bölgesinde tek lezyonla kendini gösteren büllöz piyoderma gangrenozum olgusu

Pınar Ünveren Büyükarslan, Sena Yeşildağ Demir, Meltem Uslu, Ekin Şavk, Münevver Güven, Aydan Yazıcı
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Aydın

GİRİŞ-AMAÇ: Piyoderma gangrenozum (PG), nadir görülen, ağrılı nekrotik ülserlerle karakterize nötrofilik bir dermatozdur. Olguların yaklaşık %50'sine lenfoproliferatif hastalıklar, inflamatuar barsak hastalığı ve romatoid artrit gibi sistemik hastalıklar eşlik edebilmektedir. Klasik, büllöz, püstüler, vejetatif olmak üzere dört klinik varyantı bulunmaktadır. Büllöz piyoderma gangrenozum vakaların yaklaşık %70'inde hematolojik maligniteler eşlik edebilmektedir. Klasik PG genellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkarken büllöz piyoderma gangrenozum yüz, eller ve bacaklarda bulunabilir. Literatürde çok az sayıda genital PG vakası rapor edilmiştir.

OLGU: 26 yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan, 10 ay önce vajinal doğum yapmış olan kadın hasta, acil servise bir haftadır genital bölgede şişlik, kızarıklık, sertlik ve ağrı yakınması ile başvurmuş. Yakınmaları daha önce dış merkezden önerilen, 5 gün kullandığı amoksisilin, 4 gün kullandığı siprofloksasisin, metronidazol ve NSAİ'ye yanıtsızmış. Lezyon alanında geçmişte başkaca bir deri bozukluğu öyküsü yokmuş. Vücut ısısı 38.5 0C, C reaktif protein 262 mg/L, lökosit 3500/ml, hemoglobin 9.3 g/dL, trombosit 83000/ml saptanan hasta acil servisten enfeksiyon hastalıklarına yönlendirilmiş. Bu bölüm tarafından yatırılarak Fournier gangreni, PG öntanıları ile parenteral seftriakson ve klindamisin tedavisi başlanan hasta üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, plastik ve rekonstruktif cerrahi, genel cerrahi bölümlerine ve tarafımıza konsulte edildi. Hastanın muayenesinde mons pubis ve perinede eritemli, keskin, sirsine kenarlı, endure, yer yer hemorajik, yer yer seröz içerikli vezikül ve büller barındıran 15x20 cm boyutunda plak (Resim 1) görüldü. Plak sınırında tinea korporisi anımsatan iç içe geçmiş iki halka ve bu halkalar boyunca vezikülasyon dikkati çekmekteydi. Krepitasyon ve malodor yoktu. MR ve USG görüntülemesinde mons pubis ve perinede selülit ile uyumlu deri-subkutan doku değişimi dışında patoloji saptanmadı. PG, örümcek ısırığı reaksiyonu, ektima gangrenozum ve vaskülit ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Histopatolojide epidermiste spongioz, ekzositoz, yüzeyel ve derin dermiste yoğun mikst enflamatuar hücre infiltrasyonu, nekrozis görüldü. PAS boyama negatif izlendi. Bakteriyel ve mikotik doku kültür çalışmaları negatif sonuçlanan hastanın tanısı PG lehine değerlendirilerek 60 mg/gün prednizolon, topikal kortikosteroid ve topikal antibiyotik, potasyum permanganat ile atuşman tedavisi başlandı. Pansitopenisi nedeniyle hematoloji bölümünce değerlendirilen hasta, incelemeler sonucunda akut myeloid lösemi tanısı aldı, hastaya kemoterapi ve kemoprofilaksi planlandı. Sistemik steroid tedavisiyle hastanın deri bulguları tama yakın geriledi.

SONUÇ: PG, travma veya sistemik hastalıklarla ilişkili ola-

bilen steril, idiyopatik, ülseratif, nötrofilik bir dermatozdur. Lezyon tipik olarak bir püstül olarak başlar ve daha sonra morumsu sınırları olan ülsere lezyona ilerler. Güncel bir derlemede, literatürde genital yerleşimli 90 PG olgusu bulunduğu bildirilmiştir. Olgularda kadın erkek oranı eşit olup hastaların ilk başvurusunda öntanılar genellikle enfeksiyon, abse ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar olarak belirtilmiştir. PG vakalarının yaklaşık %50'si inflamatuar bağırsak hastalığı, romatoid artrit ve hematolojik maligniteler gibi sistemik hastalıklarla ilişkilidir. Hematolojik malignitelere eşlik eden PG'lerin en sık ülseratif tipte oldukları ve belirsiz öneme sahip monoklonal gamopati (MGUS) ve miyelodisplastik sendromla (MDS) ilişkili oldukları saptanmıştır. Bunları AML izlemekte olup bu durumda en sık büllöz PG izlenmektedir. Hematolojik malignite ile ilişkili PG'si olan hastaların genellikle ileri yaş hastalar olduğu görülmüştür. Genç yaşta ve pubik bölgede tek lezyonlu tutulumu olan PG olgumuzu sıradışı özellikleri nedeniyle paylaşmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: akut miyeloid lösemi, büllü hastalıklar, piyoderma gangrenozum

Resim 1

Mons pubis ve perinede eritemli, keskin, sirsine kenarlı, endure, yer yer hemorajik, yer yer seröz içerikli vezikül ve büller barındıran 15x20 cm boyutunda plak

PS-41

Klinik ve Dermoskopik olarak Bazal Hücreli Kanseri Taklit Eden Kutanöz Layşmanyazis: Olgu Sunumu

Ahmet Aligül, Tubanur Çetinarslan, Aylin Türel Ermertcan
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi, Dermatoloji ABD

AMAÇ: Kutanöz Layşmanyazis klinik varyantlarının geniş olmasından dolayı ayrıcı tanıda akılda bulundurması gerektiği vurgulanmıştır.

OLGU: 86 yaşında kadın hasta, sol frontal bölgede merkezi ülsere çevresi eritemli lezyon şikayeti ile başvurdu. Hastanın dermoskopik bakısında merkezinde kanama odaklar içeren ülser alanı çevresinde kıvrımlı damarlar izlenmekteydi. Deri kanserleri ile benzer klinik ve dermoskopik özellikleri olan lezyondan klinik şüphe ile alınan direk parazitolojik incelemesi Laysmanyazis ile uyumlu gelmiştir.

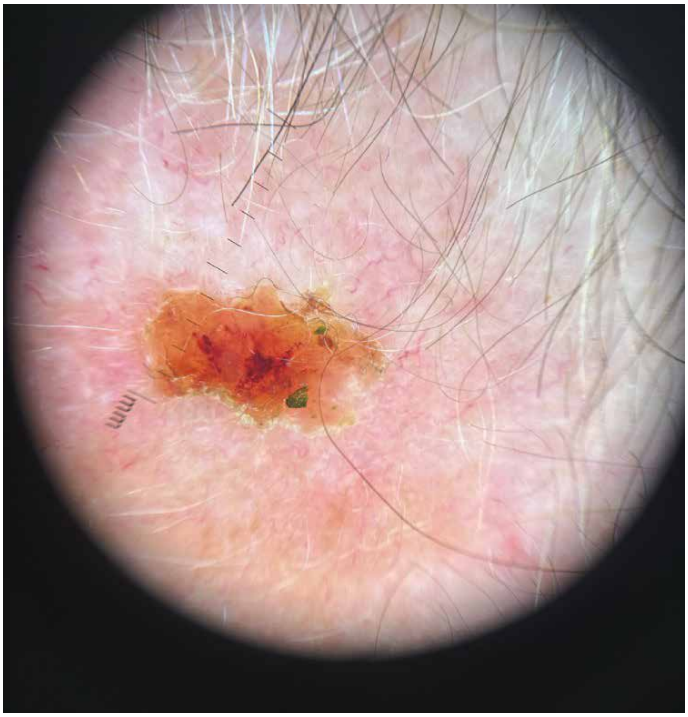
SONUÇ: Kutanöz Laysmanyazis lezyonlarının çoğunlukla yüz ve boyun gibi güneş gören yerlerde bulunmasi, subjektif yakinmalara yol açmaması, klinik progresyonunun yavaş olmasından dolayı ileri yaşlarda ortaya çıktığında bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinomu taklit edebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinom, Kutanöz Layşmanyazis, Taklit

Resim 1

Resim. 1: Merkezi ülsere eritemli plak

Resim 2



Resim.2: Merkezinde kanama odakları içeren ülser alanı çevresinde kıvrımlı damarlar.

PS-42

Sezaryen Skarında gelişen Kutanöz Endometriozis Olgusu ve Dermoskopik özellikleri:Nadir bir Antite

Şule Yıldız Sağcan Tercan[1], Ergün Tercan[2], Muhammet Canbulut[1], Peyker Temiz[3], Cemal Bilaç[1]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Manisa
[2]Merkezefendi Devlet Hastanesi,Manisa
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,Patoloji Ana Bilim Dalı,Manisa

GİRİŞ VE AMAÇ: Kutanöz endometriozis, endometrial bezler ve stroma deride bulunduğunda ortaya çıkar. Primer ve sekonder kutanöz endometriozis olarak ikiye ayrılabilir. Primer kutanöz endometriozisin etiyolojisi belirsizdir ve spontan olarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Sekonder kutanöz endometriozisin ise, endometriyal dokunun deriye implantasyonu ile sonuçlanan abdominal veya pelvik cerrahi ile ilgili prosedürlerden sonra tohumlama nedeniyle meydana geldiği varsayılmaktadır. Genellikle üreme çağındaki kadınlar etkilenmektedir. Klasik prezentasyonu, ortalama 2 cm çapında sert bir papül veya nodüldür. Hastalar genellikle adet sırasında döngüsel ağrı, ele gelen bir kitle, şişlik ve bazen deride etkilenen bölgelerde kanamadan şikayet ederler. Tanının doğrulanması, lezyonun biyopsisi ve histopatolojik inceleme ile yapılabilir. Histopatolojik incelemede, endometriyal glandlar ve stroma görülmektedir. Tedavide geniş kenarlı cerrahi eksizyon ve hormonal ajanlar (gonadotropin salgılatıcı hormon agonistleri, danazol gibi) kullanılmaktadır. Bu bildiride, alt karın bölgesindeki sezaryen skarı üzerinde yerleşim gösteren kutanöz endometriozis olan bir olgunun; klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulguları sunulmuştur.

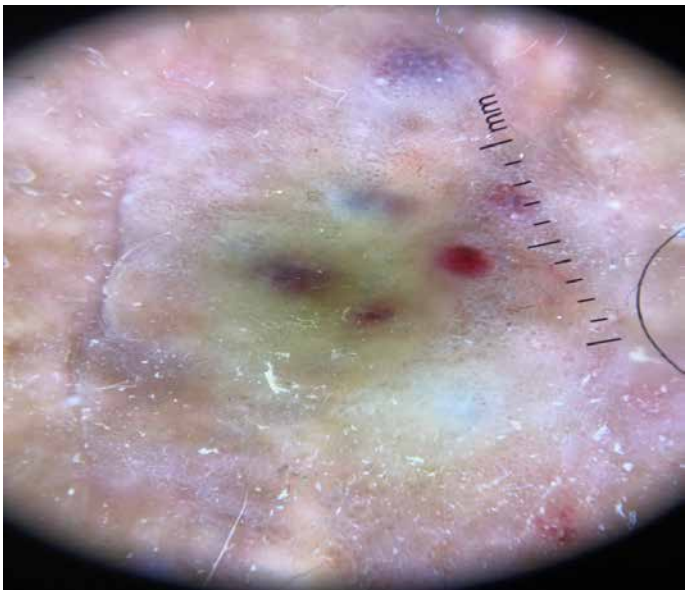
OLGU: Yirmi sekiz yaşında kadın hasta, yaklaşık dört ay önce fark ettiğini belirttiği, alt karın bölgesindeki sezaryen skarı üzerinde mor renkli şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde alt karın bölgesinde, düzgün yüzeyli, yaklaşık 1 cm çapında, morumsu renkli nodül saptandı. Hastanın herhangi bir subjektif bulgusu (ağrı, akıntı, kanama gibi) yoktu. İki yıl önce geçirilmiş bir sezaryen operasyon öyküsü mevcuttu. Hastaya yapılan yüzeyel ultrason sonucu; umblikusun 2-3 cm inferiorunda, siyanotik, egzofitik, deri altı uzanım gösteren, 10x13 mm boyutlarında, 14 mm derinliğe sahip, içinden belirgin arteryel akımın geçtiği heterojen iç yapıda (solid-kistik komponentin de bulunduğu) lezyon izlendiği rapor edildi. Dermoskopik bakıda, eritematöz-viyolase lezyonda noktasal damarlar, beyaz skar benzeri yapılar, kırmızı ve mor klodlar izlendi. Klinik, dermoskopik ve radyolojik bulgularla kutanöz endometriozis olarak değerlendirilen hastanın lezyonu total cerrahi eksizyonla eksize edildi ve histopatolojik inceleme sonucunda da kutanöz endometriozis tanısı doğrulandı.

Anahtar Kelimeler: Dermoskopi,Endometriozis,Sezaryen

Resim 1.Klinik Görünüm

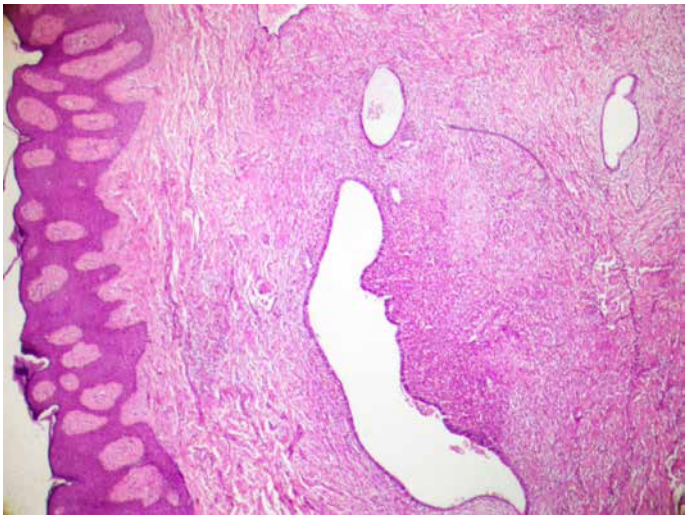
Sezaryen skarında 1.5x1 cm boyutlarında morumsu düzgün yüzeyli nodül

Resim 2.Dermoskopik Görünüm



Eritematöz-viyolase lezyonda noktasal damarlar,beyaz skar benzeri yapılar,kırmızı ve mor klodlar izlendi.

Resim3.Histopatolojik görünüm.



Dermiste endometrial bez ve stromal elemanlardan oluşan dağınık adalar

PS-43

Palmar Lokalizasyonlu Eritema Anulare Sentrifugum: Nadir Bir Olgu Sunumu

Elif Banu Yıldıran[1], Hilal Kul[1], Buğra Burç Dağtaş[1], Cem Leblebici[2], Vildan Baş[1], Ayşe Esra Koku Aksu[1]
[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

GİRİŞ: Eritema anulare sentrifugum (EAS), nadir görülen ve etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, kronik seyirli, yüzeyel ya da derin tipte olabilen inflamatuvar bir dermatozdur. Klinik olarak çoğunlukla gövde ve proksimal ekstremitelerde yerleşen, merkezi soluk, periferik eritemli anüler şekilli plaklarla karakterizedir [1-2]. Lezyonlar genellikle asemptomatik olup zamanla santralden perifere doğru ilerleme gösterir. Genellikle idiyopatik olmakla birlikte enfeksiyonlar, ilaçlar, maligniteler, otoimmün hastalıklar gibi birçok tetikleyici faktöre sekonder gelişebilir [1-2]. Palmar bölge yerleşimi son derece nadirdir ve literatürde sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir.

AMAÇ: Bu sunumda, EAS'ın atipik bir yerleşim alanı olan palmar bölgede görüldüğü, nadir bir olgu sunulmaktadır.

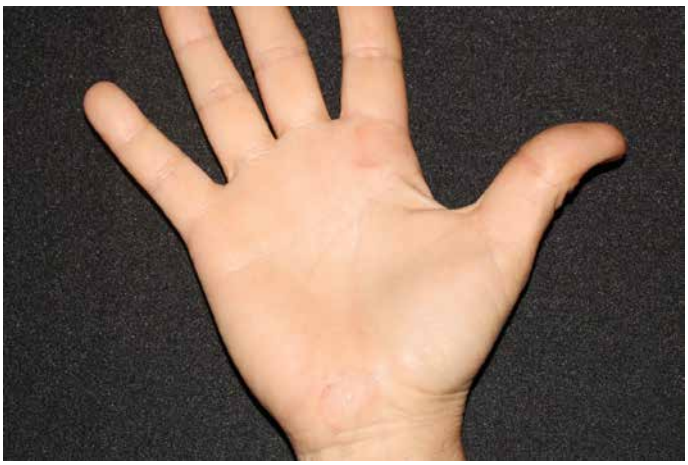
OLGU: 60 yaşında kadın hasta, 25.12.2024 tarihinde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'ne avuç içlerinde 2 aydır devam eden kızarıklık ve kaşıntı şikayetleriyle başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral palmar bölgelerde, merkezi soluk, periferde eritemli, boyutları 3-4 cm arasında değişen anüler plaklar izlendi. Hasta daha önce topikal kortikosteroid ve epitelizan ajanlar kullanmış, bu tedaviye kısmi yanıt almıştı. Klinik bulgularla tinea manum ön tanısıyla KOH testi uygulandı. KOH sonucunun negatif gelmesi üzerine hastadan granuloma annulare, elastosis perforans serpiginosa, sarkoidoz, interstisyel granülomatoz dermatit ve anüler elastolitik dev hücreli granülom ön tanılarıyla 1 adet insizyonel punch biyopsi alındı. Biyopsi sonucunda: Epidermiste parakeratoz, düzensiz akantoz, belirgin spongioz, lenfosit egzositozu, fokal spongiotik mikroveziküller ve seyrek diskeratotik hücreler; yüzeyel dermiste perivasküler hafif lenfohistiyositik infiltrasyon ve ekstravaze eritrositler izlendi. PAS-AB boyası ile mikroorganizma saptanmadı. Histolojik tablo subakut spongiotik dermatit ile uyumlu olup, EAS bağdaşan nitelikteydi. Bu histopatolojik ve klinik bulgular ışığında hastaya EAS tanısı ile topikal klobetazol propiyonat 1x1 tedavisi başlandı ve etiyoloji araştırmak amacıyla malignite taraması için dahiliye, kadın doğum ve genel cerrahi polikinliklerine yönlendirildi. Hastanın 2 hafta sonraki kontrolünde mevcut tedavi ile lezyonlarda belirgin gerileme izlendi. Malignite taramaları sonucunda herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

SONUÇ: EAS sıklıkla gövdede lokalize olurken, palmar bölge yerleşimi oldukça nadirdir. Sunulan bu olgu, EAS'ın atipik yerleşimi açısından dikkat çekicidir. Palmar bölgede görülen anüler plaklar, özellikle dermatofit enfeksiyonları (tinea manum) ile klinik olarak benzerlik gösterebilir. Bu nedenle EAS'ın ayırıcı tanısında tinea her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak tinea manum'un sık görüldüğü, EAS'ın ise oldukça nadir raporlandığı palmar bölge gibi lokalizasyonlarda, KOH testi tanı sürecinde kritik rol oynar. Bu olguda KOH testinin negatif oluşu, tanının tekrar gözden geçirilmesine ve biyopsi ile kesin tanıya ulaşılmasına olanak sağlamıştır. EAS genellikle gövde ve proksimal ekstremitelerde görülse de, atipik lokalizasyonlarda anüler lezyonlarla başvuran hastalarda EAS tanısı mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Ayrıca, EAS bazı olgularda sistemik hastalıklar, özellikle de maligniteler ile ilişkili olabileceği için, tanı konulan hastalarda malignite taramasının ihmal edilmemesi büyük önem taşımaktadır

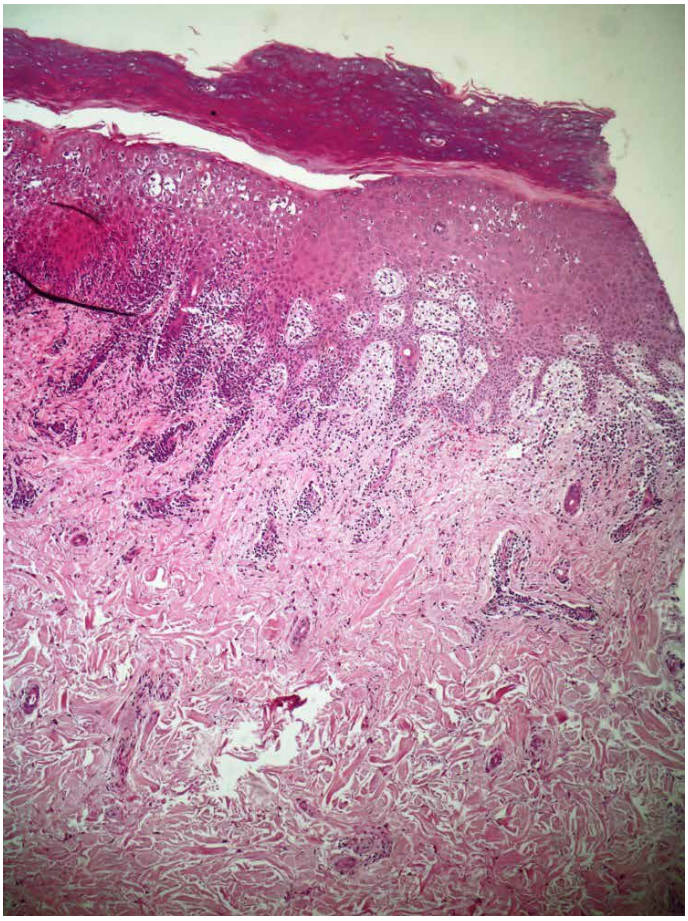
Anahtar Kelimeler: Anüler, Eritem, Palmar

1

2

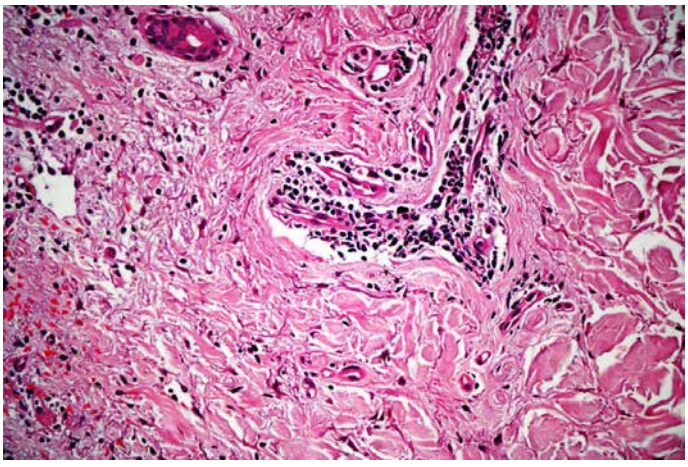


3



Epidermiste hiperkeratoz ve akantoz

4



Yüzeyel dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon

PS-44

2 Aylık Kız Bebekte İncontinencia Pigmenti (Bloch-Sulzberger Sendromu)

Gülcan Saylam Kurtipek, Emre Sünbüloğlu,
Fatma Tunçez Akyürek, Cahit Yavuz
Selçuk Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

GİRİŞ: İncontinentia pigmenti (IP) veya Bloch-Sulzberger sendromu, nadir görülen X'e bağlı dominant bir genodermatozdur. IKBKG genindeki (eskiden NEMO veya nükleer faktör kappa esansiyel modülatörü olarak bilinen) bir mutasyonun sonucu oluştuğu bilinmektedir. IP tüm hastalarda deriyi etkileyen ancak aynı zamanda dişler, saç, tırnaklar, gözler ve Merkezi Sinir Sistemi(MSS) gibi diğer ektodermal dokuları da etkileyen bir multisistem bozukluktur. Deri lezyonları yenidoğan döneminden başlayarak aylar ve yıllar içerisinde birbiriyle örtüşebilen dört evreden oluşan tipik klinik görünümü ile tanı almaktadır. IP'nin en tipik özelliği 4 klinik aşamadan olmasıdır,bazen bu aşamalar iç içe girebilir belirli sırayı takip etmeyebilir,çok kısa sürebilir veya 3.aşama olarak başlayabilir. Bu klinik görünümler: vezikobüllöz aşama, verrüköz aşama, hiperpigmente aşama ve son olarak genellikle ömür boyu süren hipopigmente/atrofik aşamalardan oluşur. IP tanısı klinik olarak konulabilir ve genetik testlerle doğrulanabilir. Prognoz değişkendir ve deri ve organ tutulumunun derecesine bağlıdır. Deri bulgularına bağlı önemli bir sekel yoktur, ancak şiddetli göz ve MSS anormallikleri yüksek morbidite ve mortaliteye neden olur. Ek olarak, nöbetler ve yapısal MSS anormallikleri olan hastalar en büyük gelişimsel gecikme ve bozulma riskine sahiptir. Önemli oftalmik veya nörolojik bozukluğu olmayan hastaların prognozu iyidir.Deri lezyonları, yenidoğan döneminden başlayarak aylar ve yıllar içinde gelişen dört aşamalı tipik klinik görünümle son derece tanısaldır.

AMAÇ: Nadir görülmesi ve kliniğinin değişken evrelerden oluşması ile birlikte bu genodermatozun klinik özelliklerini vurgulamak ve genetik danışmanlık da dahil olmak üzere disiplinler arası yönetimin önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

VAKA: 2 aylık kız bebek, doğumdan itibaren var olan gövde ve ekstremitelerde sıvı kabarcıkcıklar ve sonraki kontrollerinde koyu renk değişikliği şikayeti ile kliniğimize başvurdu. 39 haftalık sezeryan ile 3320 gram olarak doğan kız bebeğin dış merkezde mevcut deri lezyonları nedeniyle doğum sonrası 10 gün küvezde takibe alınmış. Anne-baba arasında akrabalık yok. Kliniğimize 45 günlük iken vezikülobüllöz lezyonları nedeniyle pediatri polikliniğinden konsülte edilen hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde; kollarda, ayak bileklerinde veziküller ve veziküllerin açılmasına sekonder kurutlar, gövdede yaygın olmak üzere basmakla solan eritem ve deskuamasyon mevcuttu. Deri lezyonları için topikal fusidik asit-hidrokortizon kombinasyonu ve bariyer krem önerilen hastanın 15 gün sonra kontrol muayenesinde; bilateral kol ve bacaklarda blaschko çizgileriyle uyumlu hiperpigmente retiküler yamalar ve palmoplantar bölgede 2-3 adet sarı hiperkeratotik papüller izlendi. Hastanın gövde ve ekstremitesindeki girdap şeklinde pigmente yamalar, incontinensi pigmenti ile uyumlu olarak değerlendirildi. Deri lezyonlarına eşlik edebi-

lecek patolojilerin araştırılması için göz,nöroloji, diş hekimi ve genetik analiz için genetik bölümüne konsülte edildi.

SONUÇ: 1.5 ve 2 aylıkken kliniğimize başvuran ve başvurularında farklı karakterdeki lezyonları olan kız bebeğe inkontinensia pigmenti tanısı konulup göz, nöroloji, diş ve genetik taramaları için ilgili bölümlere yönlendirildi. Biz bu vakayı nadir görülmesi ve kliniğinin değişken evrelerden oluşması ile birlikte bu genodermatozun klinik özelliklerini vurgulamak ve genetik danışmanlık da dahil olmak üzere disiplinler arası yönetimin önemini vurgulamak için bildirdik.

Anahtar Kelimeler: İncontinentia pigmenti, yenidoğan, X'e bağlı

RESİM 1

Sağ ön kol ve bacakta blaschko çizgilerine uyumlu alanlarda eritemli zeminde üzeri hafif kurutlu plaklar (45 günlükken olan görünümü)

RESİM 2

Bilateral bacaklarda ve sağ lomber bölgede blascko çizgilerine uyumlu alanlarda retiküler hiperpigmente plaklar (2 aylıkken olan görünümü)

RESİM 3

Sol el 2.parmak ve sağ ayak plantar alanda lineer sarı renkte hiperkeratotik plaklar (2 aylıkken olan görünümü)

PS-45

Nadir Görülen Bir Lokalizasyon: Deksketoprofene Bağlı İzole İntertrijinöz Yerleşimli Likenoid İlaç Erüpsiyonu Olgusu

Gizem Kaya Efe[1], Tubanur Çetinarslan[1], Peyker Temiz[2], Aylin Türel Ermertcan[1]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

Likenoid ilaç erüpsiyonu (LE) çeşitli ilaçlara bağlı olarak gelişen nadir görülen kutanöz advers reaksiyondur. Klinik olarak gövde ve ekstremitelerde simetrik dağılım gösteren, liken planusa(LP) benzeyen, düz yüzeyli, eritemli veya morumsu papüllerle karakterizedir. Lezyonların ortaya çıkışı, ilacın başlanmasından birkaç hafta ile bir yıl veya daha uzun süreye kadar değişebilir.

Bu raporda 68 yaşında erkek hastada intertrijinöz bölgeye lokalize yerleşimli deksketoprofene bağlı likenoid ilaç erüpsiyonu sunulmaktadır; literatür gözden geçirildiğinde izole intertrijinöz bölgede tutulumla seyreden likenoid ilaç erüpsiyonu olgusu oldukça nadirdir.

68 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 senedir her iki koltuk altında ve kasık bölgesinde leke ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Hastanın dermatolojik fizik muayenesinde her iki aksillar ve inguinal bölgede simetrik yerleşimli mor renkli papüller mevcuttu (Resin 1). Hastanın özgeçmişinde 15 gün önce benign prostat hiperplazisi nedeniyle doksazosin tedavi başlandığı ve uzun süredir sık deksketoprofen kullanım öyküsü olduğu öğrenildi.

Seroloji tetkiklerinde anti-HBS +, anti-HBC IgG +, anti-HBC IgM – saptandı. Geçirilmiş hepatit B enfeksiyonu olarak değerlendirildi. Aksilla ve inguinal bölgeden liken planus ve likenoid ilaç erüpsiyonu ön tanıları ile 4 mm punch ile deri biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermisin hemen altında bant şeklinde kronik yangısal hücre infiltrasyonu ve eozinofiller görülmüştür. Arada apoptotik cisimcikler ve melanin inkontinensi saptandı. Klinik ve histopatolojik bulguların korelasyonu ile hasta LeE olarak değerlendirildi. Topikal kortikosteroid tedavisi başlandı.

LE, klinik ve histopatolojik olarak liken planusa benzeyen, birçok ilaca bağlı gelişebilen inflamatuar bir deri hastalığıdır. Sorumlu ilacın başlanması ile lezyonların ortaya çıkması arasındaki süre, kullanılan ilaca, dozuna, hasta yanıtına ve eş zamanlı alınan diğer ilaçlara bağlı olarak haftalar, aylar sürebilmektedir. Sıklıkla sorumlu tutulan ajanlar arasında; ACE inhibitörleri, tiazid diüretikleri, antimalarialler, NSAİİ, TN-F-a inhibitörleri, tirozin kinaz inhibitörleri, allopurinol gibi ilaçlar bulunmaktadır. Histolojik incelemede likenoid interfaz dermatit izlenir.

LE insidansı tam olarak bilinmemektedir. Genellikle yaşla birlikte artan ilaç kullanımı nedeniyle orta-ileri yaşta daha sık görülür; vaka serilerinde, hastalığın başlangıcındaki ortalama yaşın 44-66 arasında olduğu bildirilmiştir. Gözlemsel bir çalışmadan elde edilen demografik veriler, hastaların çoğunun 50 (%66,7) yaş üzerinde olduğunu doğrulamış; yaş aralığı ise 37 ile 61 yıl arasında değişmiştir. LE çocuklarda son derece nadirdir ve literatürde yalnızca birkaç olgu bildirilmiştir.

Lezyonlar genellikle gövde ve ekstremitelerde grube ve birleşme eğiliminde olan, düz yüzeyli, eritematöz – viyolase renkli papüllerle karakterize simetrik döküntü şeklinde ortaya çıkar. LP lezyonlarına oldukça benzer; ancak LE' de lezyonlar daha az monomorfiktir ve belirgin deskuamasyon ile birlikte ekzematöz veya psoriaziform morfoloji gösterebilir. Liken planusa özgü olan Wickham çizgileri genellikle bulunmaz; ancak varlığı, LE' nu dışlamaz.

LE lezyonları lokalize yada yaygın olabilir, genellikle simetrik bir dağılım gösterir. Lokalize yerleşimli lezyonlar güneş gören bölgelerde sınırlı kalabilir ve güneşle şiddetlenme eğilimi gösterebilir. LP'den farklı olarak, LE' na ait lezyonlar özellikle ekstremitelerin ekstansör yüzeyleri ile ellerin dorsal yüzeylerinde yerleşme eğilimindedir.

LE genellikle sorumlu olan ilacın bırakılmasıyla birkaç hafta veya aylar içinde kendiliğinden gerileme eğilimindedir. Sorumlu ilacın kesilemediği, yaygın tutulum olan hastalarda ve semptomatik olması halinde tedavi seçenekleri arasında: baslıca tedavi secenekleri topikal ve sistemik steroidler, oral retinoidler bulunmaktadır.

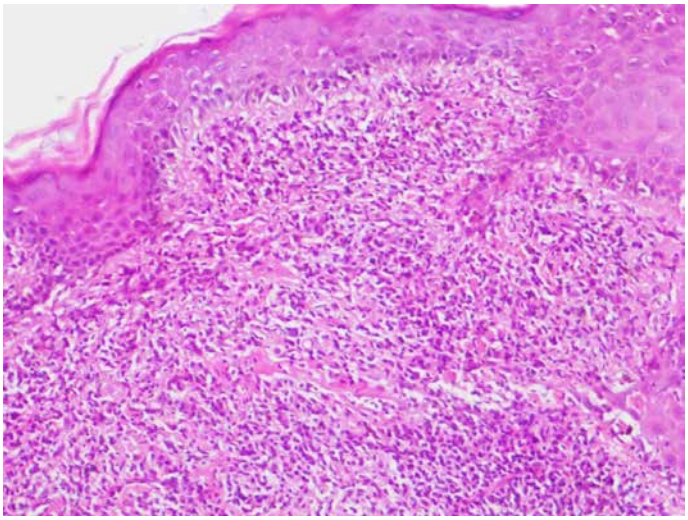
Bu vakayı deksketoprofen kullanımına bağlı oluşan LİE lezyonlarının vücudun başka yerinde tutulum olmadan lokalize olarak aksilla ve inguinal bölgeye yerleşmesi nedeniyle paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: ilaç, papül, viyolase

Resim 1

Aksillada mor renkli birleşme eğilimde papüller

Resim 2



Epidermiste bazaloid dejenerasyona yol açan bant tarzında yangısal hücre infiltrasyonu ve melanin inkontinensi

PS-46

Diode Lazer Epilasyonu ile Gelişen Fox-Fordyce Olgusu

Sevde Ateş Altunlu, Selcen Kundak
İzmir Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İzmir

GİRİŞ: Fox-Fordyce hastalığı, nadir görülen, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, apokrin bezlerin kronik, kaşıntılı, papüler erüpsiyonudur. İlk defa 1902 yılında Fox ve Fordyce tarafından tanımlanmıştır. Klinik olarak aksilla, areola, pubik bölge, umblikus ve perineum gibi apokrin bezlerin bulunduğu yerde deri renginde, kaşıntılı, birbirinden ayrık, foliküler papüller şeklinde görülür. Genellikle puberteden sonra görülmekle birlikte kadın erkek oranı 9/1'dir. Bu olgu 26 yaş kadın hastada diode lazer uygulaması sonrasında her iki aksiller bölgede gelişen Fox-Fordyce hastalığına dikkat çekmek için ve topikal retinoik aside verilen yanıt nedeniyle sunuldu.

OLGU: Yirmi altı yaşında kadın hasta her iki koltuk altında kaşıntılı kabarıklıklar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünden şikayetlerinin 4 aydır devam ettiği, 9 seanslık diode lazer epilasyonu uygulamasının 5. seansı sonrasından itibaren oluştuğu öğrenildi. Deri muayenesinde her iki aksiller bölgede deri renginde, 2-4 mm çaplarında, birbirinden ayrık çok sayıda papüler lezyon saptandı. Sistemik muayenesinde patolojiye rastlanmadı. Rutin laboratuvar verileri normal sınırlardaydı. Olgunun aksiller bölgesinden punch biyopsi örneği alındı. Histopatolojisinde epidermiste hiperkeratoz, follikülde hafif infindibuler dilatasyon, keratin tıkaç ve follikül epitelinde diskeratotik hücreler görüldü. İmmünhistokimyasal incelemede follikül yapısı etrafında CD68 ile boyanan histiyositler mevcuttu. Olguya klinik ve histopatolojik bulgular ışığında Fox-Fordyce hastalığı tanısı kondu. Hastaya günde bir %0.05 tretinoin krem tedavisi verildi. Altı haftalık tedavi sonucunda kaşıntı şikayetlerinde ve lezyonlarda gerileme görüldü. İrritasyon nedeniyle tedavi kesildi, pulsed dye lazer ile tedavi takibine devam edildi.

SONUÇ: Fox-fordyce hastalığı nadir olarak bildirilen, apokrin bezlerin bulunduğu bölgelere lokalize, kaşıntılı, kronik, papüler lezyonlarla karakterize bir hastalıktır. İlk defa Fox ve Fordyce tarafından 1902 yılında tanımlansa da temel histopatolojik özellikleri 1956'da Shelley ve Levy tarafından belirtilmiştir. Hastalığın gerçek insidansı bilinmemektedir. Olguların %90'ı kadındır ve sıklıkla 15-35 yaş arasında görülür. Puberte öncesi ve menopozdan sonra nadir görülmesi, gebelik başlangıcında lezyonların iyileşmesi ve östrojen tedavisine yanıt vermesi nedeniyle hormonel faktörlerle ilişkili teoriler belirtilmiştir. Etyolojisi tam olarak bilinmemektedir, genetik, emosyonel ve yapısal faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Patogenezde ilk olay apokrin kanalın distal bölümünün keratinöz obtrüksiyonudur. Terin retansiyonu apokrin kanalın intraepidermal bölümünün yırtılması ile sonuçlanır ve bir mikrovezikül meydana gelir. Daha sonra bu vezikülün çevresinde lokalize bir inflamatuar reaksiyon belirgin hale gelir. Ayırıcı tanıda liken planus, liken nitidus, kontakt dermatit, siringoma, enfeksiyöz follikülit, skabies, ve böcek ısırıkları akla gelmelidir. Tedavisinde klindamisin solüsyonu, tretinoin krem, elektrokoagülasyon, kriyoterapi, topikal ve int-

ralezyonel steroidler, pulsed dye lazer ve fraksiyonel lazer uygulanabilmektedir. Bu olgu ile nadir görülen Fox-fordyce hastalığının diode lazer epilasyonuna bağlı gelişmesine, giderek kontrolsüzce yaygınlığı artan lazer epilasyon uygulamalarının arttığının farkında olarak anamnezde sorgulanması gerektiğine dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: diode lazer, fox-fordyce, pulse dye lazer, tretinoin

Resim 1

Her iki aksiller bölgede kaşıntılı, birbirinden ayrık, 2-4 mm çaplı, deri renginde papüler lezyonlar

Resim 2

4 haftalık %0.05 tretinoin tedavisi sonrası lezyonlarda iyileşme

Resim 3

%0.05 tretinoin tedavisinin 10. hafta sonucu

PS-47

Bacakta Kaşıntılı Kırmızı Soliter Lezyon: Multinükleer Hücreli Anjiohistiositom, Atipik Yerleşimli Nadir Bir Prezentasyon

Tuğçe Kılıç Ballı[1], Buğra Burç Dağtaş[1], Yasemin Dündar Şahin[1], Vildan Manav[1], Ayşe Esra Koku Aksu[1], Cem Leblebici[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

GİRİŞ: Multinükleer anjiohistiositom (MAH), fibrohistiositik ve vasküler proliferasyonla karakterize nadir görülen bir antite olup klinikte soliter/multiple eritematöz, viyolese papül, nodül ve plaklarla prezente olur. En sık akral bölgelerde, özellikle üst ekstremitelerde yerleşir; ikinci sıklıkta ise alt ekstremitelerde görülür. Literatürde bildirilen olguların yaklaşık %79'u kadın hastalardır ve ortalama tanı yaşı 50–60 arasındadır. MAH'ın etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, travma, inflamatuvar süreçler ve neoplazilere bağlı reaktif bir proliferasyon olabileceği düşünülmektedir. Östrojen reseptör alfa alt ünitesinde artmış ekspresyon saptanmış olup bu durum kadın cinsiyette sık görülmesini açıklayabilir. MAH, benign seyri nedeniyle çoğu olguda tedavi gerektirmez. Kozmetik endişelerin ön planda olduğu durumlarda cerrahi eksizyon, kriyoterapi veya lazer uygulamaları gibi müdahale seçenekleri değerlendirilebilir. Ancak bu yöntemlerin skar ve dispigmentasyon gibi komplikasyonlara yol açabileceği hastaya açıklanmalı ve tedavi kararı hasta ile birlikte verilmelidir. MAH'ın nadir görülmesi ve dermoskopik olarak spesifik bulgularının olmaması nedeniyle tanıda klinik şüphe ve deneyimli bir dermatopatolog ile multidisipliner yaklaşım önemlidir.

OLGU: 33 yaş erkek hasta yaklaşık 1 yıldır bacağında mevcut olan kaşıntılı kırmızı kabarıklık sebebi ile kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sağ kruris anteromediyal yüzde lokalize yaklaşık 1.5 cm çaplı, kırmızı-kahverengi endüre plak ve plak üzerinde ekskoriasyonlar mevcuttu. Ek muayene bulgusu saptanmadı. Dermoskopik incelemede homojen kırmızı renk ve yer yer skar benzeri beyaz alanlar mevcuttu. Hastaya dermatofibrom, kaposi sarkomu, sarkoidoz ve prurigo nodularis ön tanıları ile total eksizyon yapıldı. Histopatolojik kesitlerde epidermiste fokal parakeratoz, akantoz, yüzeyel dermiste bant oluşturan yoğun lenfohistiositik hücre infiltrasyonu vaskülerite artışı yüzeye dik yer yer paralel, kalın kolajen demetleri; multinükleer seyrek mezenkimal dev hücre izlendi. Yapılan immün histokimyasal çalışmada SOX10 negatif, CD68 pozitif olarak sonuçlandı. Bu bulgular doğrultusunda hastaya multinükleer anjiohistiositom tanısı konuldu.

SONUÇ: MAH, nadir görülmesi ve spesifik klinik ve dermoskopik bulgularının olmaması nedeniyle ancak klinik şüphe ve dermatopatolojik değerlendirme ile tanı koyulabilir. Genellikle orta-ileri yaş kadınlarda ve akral bölgelerde lokalizedir. Literatürde bildirilen MAH olguları 250'nin altındadır ve gerçek prevelansı halen net değildir. Asemptomatikya da hafif pruritik, uzun süreli, kırmızı-kahverengi papül, nodül veya plaklarla prezente olan hastalarda ayırıcı tanıda MAH akılda bulundurulmalıdır. Nadir görülen bu antitedeön tanılar arasında MAH yer almaması tanının geç konması ve tekrarlayan biyopsi alınmasına neden olabilmektedir. Benign seyri nedeniyle agresif tedaviden kaçınılmalı, tedavi kararı lezyonun yeri, hastanın deri tipi ve kozmetik beklentilerini göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1 Teixeira V, Serra D, Pereira N, Tellechea O. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a new case report with dermoscopy. Dermatol Online J. 2014;20 pii.

2 Roy SF, Dong D, Myung P, McNiff JM. Multinucleate cell angiohistiocytoma: A clinicopathologic study of 62 cases and proposed diagnostic criteria. J Cutan Pathol. 2019 Aug;46(8):563-569.

3 Applebaum DS, Shuja F, Hicks L, Cockerell C, Hsu S. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a case report and review of the literature. Dermatol Online J. 2014;20:22610.

4 Chu JN, Brown RA, Kim J, Pol-Rodriguez MM. Mildly pruritic violaceous papules on the dorsum of the left hand. Clin Exp Dermatol. 2015;40:580-2.

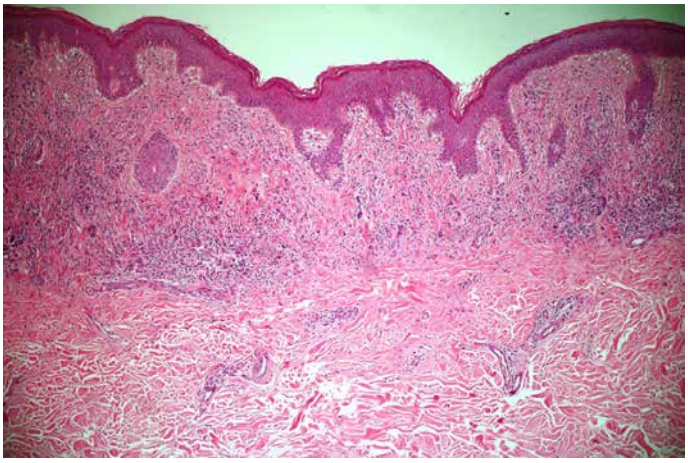
5 Frew JW. Multinucleate cell angiohistiocytoma: clinicopathological correlation of 142 cases İth. insights into etiology and pathogenesis. Am J Dermatopathol. 2015;37:222-8.

Anahtar Kelimeler: Multinükleer anjiohistiositom, vasküler proliferasyon, benign deri tümörü

1- Klinik Görsel

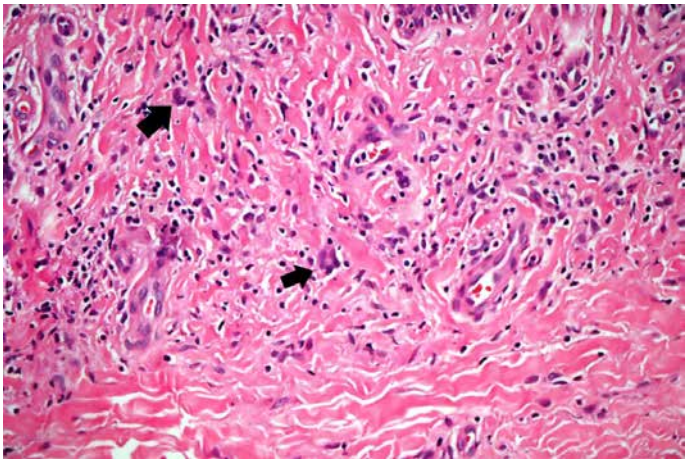
Sağ kruris anteromedial yüzde yerleşimli, yaklaşık 1 cm çapında, kırmızı-kahverengi renkte, hafif endüre plak lezyon.

Histopatoloji Görsel 1



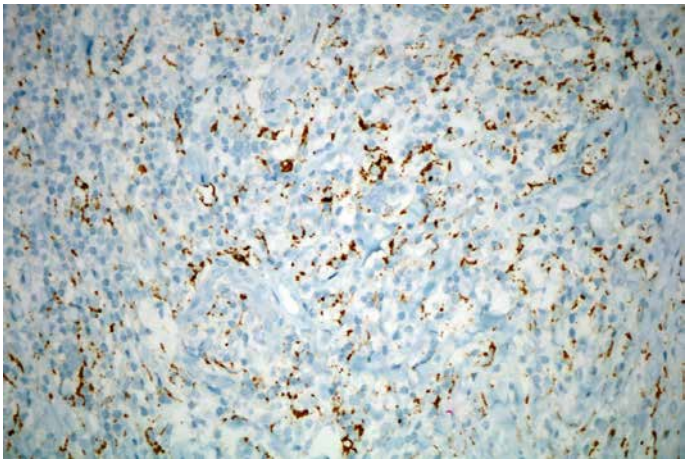
Akantotik epidermis altında yüzeyel dermiste kalın kolajen lifleri arasında perivasküler seyrek lenfositik hücre infiltrasyonu (HEx100)

Histopatoloji Görsel 2



Yüzeyel dermiste artmış vaskülarite arasında seyrek multinükleer dev hücre (ok ile işaretli) (HEx400)

Histopatoloji Görsel 3



İmmunhistokimyasal çalışmada CD68 pozitifliği

PS-48

Aynı Gen, Farklı Hikâye: İki Olguda Herediter Hemorajik Telenjiektazi'nin Klinik Yüzleri

Gözde Atmaca, Veysi Yılmaz, Ayşe Deniz Yücelten
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Herediter Hemorajik Telenjiektazi (HHT; Osler-Weber-Rendu hastalığı), otozomal dominant (OD) kalıtılan, multisistemik bir vasküler hastalıktır. Deri, mukozalar ve iç organlarda yaygın telenjiektaziler ve/veya arteriyovenöz malformasyonlar ile karakterizedir. Bu vasküler lezyonlardan kaynaklanan tekrarlayan ve şiddetli hemorajiler görülebilir. ENG,ACVRL veya SMAD4 genlerindeki mutasyonlar HHT kliniğine neden olabilir. Tanı, klinik bulgular ve genetik analizlerin birlikte değerlendirilmesiyle konulmalıdır.

Bu olgu sunumunda, genetik olarak ACVRL1 ortak mutasyonu gösteren; ancak hastalık başlangıç yaşı ve klinik seyir açısından farklılık gösteren iki HHT hastası ele alınarak, tanı sürecinde genetik analizlerin önemi ve viseral tutulumun yönetimi tartışılacaktır.

OLGU-1: Bilinen hastalığı olmayan 58 yaşındaki erkek hasta, birkaç aydır yüzdeki kırmızı lekeler nedeniyle başvurdu. Yüzde, kulaklarda, dudaklarda çok sayıda eritemli-morumsu, punktat telenjiektaziler(Resim-1) izlendi. Ayrıca epistaksis ataklarının olduğu, bu durumun babasında da görüldüğü öğrenildi. Hastanın saçlı derisi ve kulak heliksinden alınan biyopsi örneklerinde yüzeyel ve derin dermiste dilate, ektatik damar yapıları izlendi. Bulgular, venöz malformasyon ve anormal damar proliferasyonu ile uyumlu bulundu. Genetik değerlendirmede ACVRL1 c.1298C>T(p.Pro433Leu) geninde heterozigot mutasyon tespit edildi ve klinik tanı desteklendi Epistaksis dışında sistemik şikâyeti olmayan hastada demir eksikliği anemisi saptandı. PT, aPTT değerleri normaldi. Endoskopi, kolonoskopi, transtorasik ekokardiyografi ve beyin MRI doğaldı. Rutin kontrolde 3 yılda bir endoskopi/kolonoskopi ve 5 yılda bir transtorasik EKO önerildi. Çocuklarına tarama amaçlı genetik değerlendirme yapılması önerildi.

OLGU-2: Yedi yaşında, otizm tanılı kız hasta yaygın morumsu kabarık cilt lezyonları ile başvurdu. Muayenesinde vücutta yaygın, hiperkeratotik, morumsu, vasküler görünümlü nodüler lezyonlar (Resim 2-3) ve sırtta subkutan üç nodül (Resim-3) izlendi. Hastanın 3 aylıkken yapılan görüntülemelerinde prevertebral, torakolomber, preorbital ve femoral bölgelerde arteriyovenöz özellikler gösteren malformasyonlar tespit edilmişti. Genetik incelemede ACVRL1 geninde c.653G>A(p.Arg218Gln) heterozigot mutasyon saptanarak HHT tanısı konuldu. Ailede klinik belirti olmaksızın annesinde ACVRL1 heterozigot mutasyon görüldü. Endoskopi (Resim-4) ve kolonoskopide özofagus ve rektumda vasküler polipoid lezyonlar izlendi. Kardiyak, abdominal tetkikleriyle laboratuvar sonuçları normaldi. Cilt lezyonlarına ek viseral tutulum nedeniyle sirolimus 0,5 mg/gün oral solüsyon tedavisi başlandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Olgularımızda ACVRL1 mu-

tasyonu bulunmasına rağmen, mutasyonların farklı lokasyonlarda olmasıyla birlikte klinik seyirde belirgin farklılık gözlenmiştir. Ayırıcı tanılardan, Blue Rubber Bleb Nevus Sendromu, deri ve iç organlarda venöz malformasyonlarla seyreder, genellikle sporadiktir ancak bazen OD geçiş gösterebilir ve TEK gen mutasyonu ile ilişkilidir. Lezyonlar mavi-mor, lastik kıvamında ve genellikle doğumda veya yenidoğanda ortaya çıkar; ağrılı olabilir. Kanama komplikasyonlarına ek bağırsaklarda intususepsiyon gelişebilir. Generalize esansiyel telenjiektazi, sistemik ve mukozanın tutulmaması, geç başlangıç yaşı ve aile öyküsünün bulunmamasıyla ayırt edilebilir. OD herediter benign telenjiektazi, ilerleyici olmayan cilt lezyonları ile seyreder, doğumdan sonra veya erken çocuklukta ortaya çıkar. Fabry hastalığındaki anjiyokeratomlar HHT'de görülen vaskuler lezyonlari taklit edebilir; ancak HHT'den farklı olarak göz, böbrek ve kardiyak tutulumun olduğu lizozomal bir depo hastalığıdır. Uzun dönemde, HHT hastalarında progresif viseral tutulum ve komplikasyonların önlenmesi nedeniyle gastrointestinal, nörolojik, pulmoner, kardiyak sistem taramaları yapılmalı; aile bireyleri genetik ve klinik olarak değerlendirilmelidir. Komplike olgularda mTOR inhibitörleri, vasküler anormalliklerin ilerlemesini yavaşlatarak tedaviye katkı sağlayabilir. Olgularımız, hastalığın geniş klinik spektrumunu ve tanısal sürecin çok yönlülüğünü ortaya koymakta; genetik analizlerin tanıdaki önemini vurgulamaktadır. Sonuçta, HHT düşünülen hastalarda genetik analiz yapılması, sistemik tutulum açısından detaylı taramalarla desteklenmeli ve viseral tutulum saptanan hastalarda uygun önleyici tedaviler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: herediter hemorajik telenjiektazi, arteriovenöz malformasyon, telenjiektazi, epistaksis, ACVRL1 geni

Resim-1

Yüzde, kulaklarda ve dudaklarda çok sayıda eritemli-morumsu, punktat telenjiektaziler

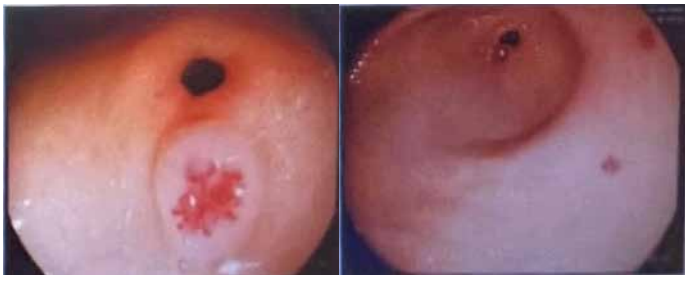
Resim-2

Sağ ön kol ve sol kaş medialinde hiperkeratotik, morumsu, vasküler görünümlü nodüler lezyonlar

Resim-3

Vücutta yaygın hiperkeratotik, morumsu, vasküler görünümlü nodüler lezyonlar, sırtta subkutan nodüller

Resim-4



Endoskopide özofagusta vasküler polipoid lezyonlar

PS-49

Büyük Taklitçi: Sarkoidoz

Hayrunnisa AL[1], Tubanur Çetinarslan[1], Aylin Turel Ermertcan[1], Işıl İnanır[1], Peyker Temiz[2]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD

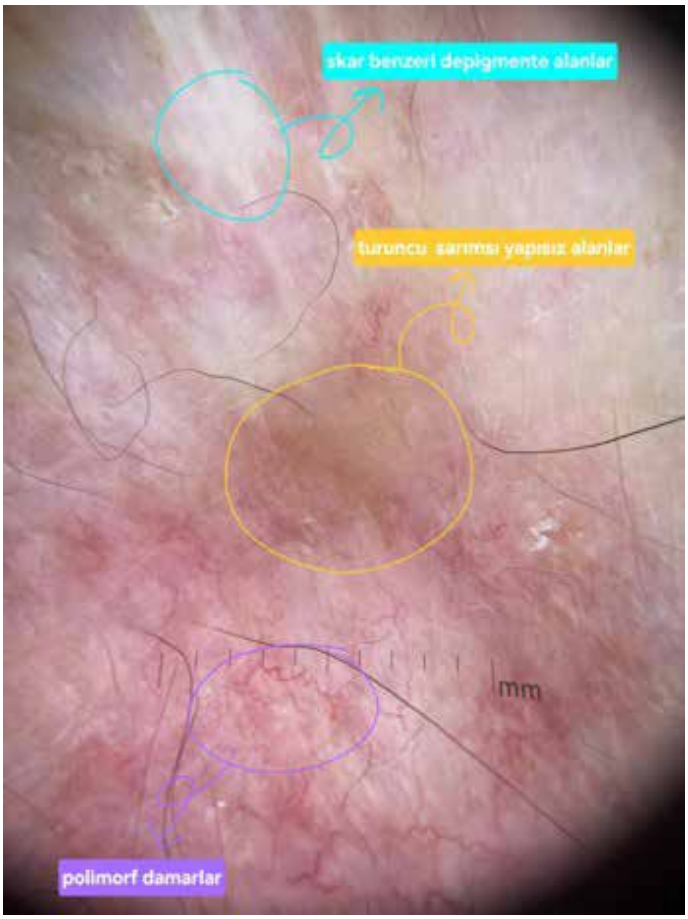
Granülomatöz dermatitler, benzer özellikler gösteren geniş bir grubu kapsamaktadır. Enfeksiyöz veya non enfeksiyöz etiyolojide olabilir. Bazıları deride sınırlıyken bazıları sistemik hastalığın bir parçası olarak karşımıza çıkabilir. Non enfeksiyöz granülomatöz hastalıklar arasında; sarkoidoz, crohn, orofasial granülomatöz, granuloma anulare, anular elastositik dev hücreli granülom, nekrobiyozis lipoidika, nekrobiyotik ksantogranüloma vb yer alır. Kutanöz sarkoidozda papüller, plaklar, nodüller, skar sarkoidozu ve lupus pernio vb spesifik, kalsinozis cutis ve eritema nodosum gibi non spesifik lezyonlar görülebilir. Daha az sıklıkta skatrisyel/non skatrisyel alopesi, eritrodermi, tırnak distrofisi ve verrüköz, iktiyoziform, psoriaziform, hipopigmente veya ülseratif lezyonlar görülebilir.Sarı-turuncumsu yapısız alanlar, polimorf damarlar, foliküler tıkaçlar, skar benzeri depigmentasyon, milia benzeri kistler kutanöz sarkoidoz dermoskopik bulgularıdır. Bu raporda klinik, dermoskopik, histopatolojik olarak sarkoidoz tanısı konulmuş 71 yaş kadın hastadan bahsedeceğiz.71 yaş kadın hasta, 20-25 yıldır devam eden son 1 ayda artan vücutta kızarık yuvarlak döküntüler nedeniyle başvurdu. Dermatolojik fizik muayenesinde dirseklerde, el dorsumunda, sol dizde, sağ ayak dorsumunda eritemli annuler tarzda nodül ve plaklar görüldü. Dermoskopisinde polimorf damarlar, sarı-turuncumsu yapısız alanlar, skar benzeri depigmente alanlar görüldü.Bilinen romatoid artrit tanılı hasta 3 yıldır metotreksat kullanıyordu. Hipertrofik lichen planus, sarkoidoz, granüloma anulare, erüptif ksantom, multiple kollajenoma ön tanıları ile sol dirsek medialinden 4 mm punç biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede yüzeyel ve derin dermiste rastgele dağılmış, birbirinden bağımsız, multinükleer dev hücreler içeren, non-kazeifiye histiyositik çıplak granülomlar görüldü. Klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulgularla sarkoidoz tanısı konuldu. Kutanöz sarkoidoz tanısı klinikopatolojik korelasyon ile konur. Tanı konduktan sonra sistemik tutulum araştırılmalıdır. Diğer granülomatöz patolojiler dışlanmalıdır. Çoğu hastada tedavi gerekli değildir, sistemik tutulum varsa tedavide oral kortikosteroidler, azatioprin, metotreksat, mikofenolat mofetil, siklosporin, siklofosfamid, leflunomid, hidroksiklorokin ve infliximab veya adalimumab gibi biyolojik ajanlar kullanılabilir. Çoğu hastalığı taklit edebilen sarkoidoz tanısını koymak güç olsa da anamnez, fizik muayene ve histopatolojik doğrulama ile tanıya gitmek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, granülomatöz, taklitçi

sarkoidoz

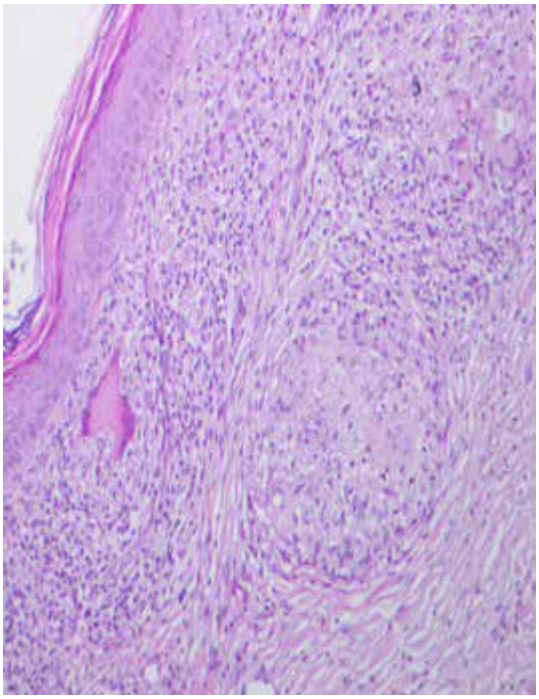
elde anuler eritemli plak

sarkoidoz dermoskopi



Dermoskopide; polimorf damarlar, sarı-turuncumsu yapısız alanlar, skar benzeri depigmente alanlar

sarkoidoz patoloji



yüzeyel ve derin dermiste rastgele dağılmış, birbirinden bağımsız, multinükleer dev hücreler içeren, non-kazeifiye histiyositik çıplak granülomlar

sarkoidoz1

sağ dirsekte annuler plak

PS-50

Proliferatif Trikilemmal Tümör; Genç Erkek Hastada Klinik Ve Histopatolojik Özellikleri İle Olgu Sunumu

Hazan Aksoy[1], Tubanur Çetinarslan[1], Peyker Temiz[2], Aylin Türel Ermertcan[1]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

GİRİŞ: Trikilemmal kistler kıl folikülünün dış kök kısmından kaynaklanan nadir tümörlerdir. Genellikle orta yaşlı kadınlarda daha sık izlenir. %90'dan fazlası saçlı deride görülmekte ve saçlı derinin en sık görülen kutanöz kistidir. Ancak literatür incelendiğinde boyun, gövde, kasık, mons pubis, vulva, gluteal bölge, üst ve alt ekstremiteler, dirsek, el sırtı, işaret parmağı, yüz, alın, burun, gözkapağı, dudak ve ağız içi hatta kafa tabanı tutulumları bildirilmiştir. Trikilemmal kistlerin proliferatif ve basit kist olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Proliferatif trikilemmal tümör'ler (PTT), yoğun kıl folikülü bulunan bölgelerde daha sık meydana gelir. Basit trikilemmal kistler benign olarak düşünülmesine rağmen, proliferatif trikilemmal kistler lokal olarak agresif davranış gösterebilirler. Büyük boyutlu ülsere kitleler haline gelebilir. Hatta nadir olarak malign transformasyon, bölgesel lenf nodu tutulumu ve uzak metastaz da gösterbilirler. Etiyolojide kesin olmamakla birlikte inflamasyon ve travma sorumlu tutulmaktadır. Burada nadir görülmesi sebebiyle genç erkek hastada ortaya çıkan proliferatif trikilemmal tümör sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

OLGU: 21 yaş erkek hasta 1 yıldır alın sağ lateralinde izole papüler lezyon ile başvurdu (Resim 1). Dış merkezde verruka vulgaris düşünülüp 4 kere 15 gün arayla kriyoterapi uygulandığı ancak lezyonda küçülme olmadığı ve son kriyoterapiden 1 ay sonra tarafımıza başvurduğu öğrenildi. Lezyonda kaşıntı, ağrı, büyüme tariflemedi. Ek hastalık ya da düzenli kullandığı ilaç yoktu. Dermatolojik fizik muayenesinde sağ frontal bölgede yumuşak eritemli papüler soliter lezyon izlendi. Tüm vücut muayenesinde başka patoloji izlenmedi. Lezyonun dermoskopik bakısında elementer lezyonun değerlendirilmesi öncesinde uygulanan kriyoterapi nedeniyle suboptimal olarak yapıldı (Resim 2). Hasta piyojenik granülom ve verruka vulgaris ön tanılarıyla eksizyonel biyopsi için plastik ve rekonstrüktif cerrahiye yönlendirildi. Histopatolojik inceleme proliferatif trikilemmal tümör olarak sonuçlandı. Mikroskobik incelemede cerrahi sınırlarda tümör saptanmadı. Sonrasında hasta takiplere gelmedi.

TARTIŞMA: Saç foliküllerinin dış kök kılıfından türeyen ve trikilemmal keratinizasyon gösteren deri tümörleri, trikilemmal kistler, proliferatif trikilemmal kistler ve malign proliferatif trikilemmal tümörlerdir. Proliferatif trikilemmal kistler genellikle kafa derisinde görülen, ekzofitik lezyonlar veya çok loblu nodüller şeklinde ortaya çıkar. Bu kistler, sıklıkla alopesiye yol açabilir. En çok kadınlarda ve özellikle 60 yaş üstü bireylerde gözlemlenir. Proliferatif türün epitel proliferasyonunun, travma veya kronik inflamasyon gibi etkenlerin

bir sonucu olarak başladığı düşünülmektedir. Lezyonun hızlı büyümesi, travma sonrası veya kendiliğinden gerçekleşmiş ve bazı yazarlara göre malign dönüşümü gösterdiği bildirilmiştir. Klinik olarak, lezyonun boyutu, ülserasyon, varlık süresi ve büyüme paterni, bening ile malign lezyonlar arasında bir fark yaratmamaktadır. Proliferatif trikilemmal tümörün histolojik olarak en ayırt edici özelliği, trikilemmal keratinizasyonun bulunmasıdır; bu, çekirdekli epitel hücresinin, granüler tabaka oluşmadan direkt olarak keratinize, çekirdeksiz bir hücreye dönüşmesiyle gerçekleşir. Tümör hücreleri, bazen ilk bakışta skuamöz hücreli karsinom olasılığını akla getiren nükleer atipi gösterebilir. Bu lezyonlar, boyut açısından 1 cm ile 10 cm arasında değişebilir, ancak 25 cm'ye kadar büyüyen vakalar da bildirilmiştir. Proliferatif trikilemmal tümörler, yerel olarak agresif olabilen ve potansiyel olarak kötü huylu olmasına rağmen, uzak metastazlar oldukça nadirdir. Sitolojik atipi ve karsinomatöz değişiklikler gösteren vakalar, geniş lokal eksizyonla tedavi edilmelidir. Lokal eksizyon sonrası bu lezyonların nüks etme eğilimi olduğu bilinmektedir; 185 vakayı içeren bir meta-analiz, lokal nüks oranını %3,7 olarak ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: erkek, genç, proliferatif trikilemmal tümör

Resim 1: Başvuru anında lezyonun makroskopik görüntüsü

Resim 2: Lezyonun dermoskopik bakısı

PS-51

Gastrik Bypass Sonrası Malabsorpsiyona Bağlı Gelişen Deri Bulguları

Sarina Ghaderivaghari, Mustafa Andıç, Deniz Yucelten
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Malabsorpsiyon, bariatrik cerrahi sonrası gelişebilen ciddi komplikasyonlardan biridir. Gastrik bypass sonrası besin emiliminde azalma, uzun vadede protein-enerji malnütrisyonu, elektrolit eksiklikleri ve vitamin/mineral yetmezlikleri ile kendini gösterebilir. Bu olguda, gastrik bypass sonrası kronik malabsorpsiyona sekonder gelişen deri bulguları olan bir hasta sunulmaktadır.

OLGU: Altı yıl önce gastrik bypass operasyonu geçiren 34 yaşındaki kadın hasta, son zamanlarda ortaya çıkan yaygın vücut döküntüleri ile başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde total protein, albumin, potasyum, fosfor, kalsiyum, magnezyum, vitamin A, vitamin D, B12 ve çinko düzeylerinde düşüklük saptandı. Hemoglobin (Hgb) düzeyi düşük bulunurken, folik asit, ferritin, demir, vitamin C ve vitamin E düzeyleri normaldi. Uzun süredir kronik hipoalbuminemi ile takip edilen hastanın renal protein kaybı açısından değerlendirilmesinde böbrek kaynaklı kayıp saptanmadı. Bu nedenle malabsorpsiyona sekonder protein kaybı düşünülerek genel cerrahiye bypass kapatılması açısından danışıldı; ancak cerrahi bölümü bu yönde bir endikasyon olmadığını belirtti.

Hastanın bilateral alt ekstremitelerinde ağrı şikayeti de mevcuttu. Nöroloji tarafından yapılan elektromiyografide (EMG), alt ekstremitelerde duyu ve motor sinirlerin etkilendiği kronik aksonal polinöropatik tutulum saptandı. Ön planda nutrisyonel polinöropati düşünüldü.

Fizik muayenede, tüm vücutta yaygın kserosis, sırt bölgesinde yer yer eritemli, kahverengimsi, ince skuamlı plaklar; bilateral el ve ayak bileklerinde, ayak dorsumuna kadar uzanan eritemli, egzamatize plaklar; ayrıca dizlerde ve uyluk medialinde eritemli, yer yer purpurik, ince skuamlı plaklar mevcuttu. Pretibial alanda ve ayak sırtında ödem izlendi.

Klinik bulgular, beslenme eksikliklerine bağlı deri lezyonları ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Hastadan alınan deri biyopsisinde yüzeyde kalın parakeratoz, epidermiste normal yapı izlendi. Dermiste ise süperfisyal perivasküler kronik inflamasyon, papiller dermal ödem, seyrek eritrosit ekstravazasyonu ve tüm dermiste kollajen liflerde hafif incelme saptandı. Bulgular malabsorpsiyonla uyumlu olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Gastrik bypass sonrası gelişen malnütrisyon, dermatolojik bulgularla kendini gösterebilir ve tanıda önemli ipuçları sunabilir. Bu olgu, bariatrik cerrahi sonrası ortaya çıkabilecek uzun dönem malnütrisyonun dermatolojik belirtilerle nasıl kendini gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Hastanın cilt bulguları, yaygın besin eksikliklerinin erken tanınmasına katkı sağlayabilir. Bu nedenle, bariatrik cerrahi geçiren hastalarda düzenli laboratuvar takibi, besin desteklerinin zamanında başlanması ve malnütrisyona bağlı gelişebilecek dermatolojik ve nörolojik semptomların erken dönemde tanınması, ilerleyici komplikasyonları önlemek açısından büyük önem taşımaktadır. Multidisipliner takip, bu tür komplikasyonların önlenmesinde kritik rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gastrik Bypass, malabsorpsiyonun deri bulguları, bariatrik cerrahi sonrası kronik malabsorpsiyon

Resim 1

dizlerde ve uyluk medialinde eritemli, yer yer purpurik, ince skuamlı plaklar

Resim 2

ayak bileklerinden ayak dorsumuna kadar uzanan eritemli, egzamatize plaklar

Resim 3

Sağ diz üzerinde eritemli kahverengi ince skuamlı plak

Tablo 1

Eksik Besin	Dermatolojik Bulgular	Ek Sistemik Bulgular
A vitamini	Kserosis, foliküler hiperkeratoz	Niktalopi, konjunktival kuruluk
B1 (Tiamin)	Cilt hassasiyeti, ödem	Wernicke ensefalopatisi, beriberi
B2 (Riboflavin)	Angular stomatit, glossit, seboreik dermatit	Fotofobi, anemi
B3 (Niasin)	Fotosensitif dermatit (Pellagra)	Diyare, demans ("3D": Dermatit, Diyare, Demans)
B6 (Piridoksin)	Seboreik dermatit benzeri lezyonlar, cheilitis	Periferik nöropati
B7 (Biotin)	Alopesi, peri-oral dermatit	Letarji, depresyon
B9 (Folat)	Mukozal ülserler, solukluk	Makrositik anemi
B12 (Kobalamin)	Hiperpigmentasyon, vitiligo benzeri lezyonlar	Makrositik anemi, subakut kombine dejenerasyon
C vitamini	Purpura, peteşi, diş eti kanaması (skorbüt)	Yorgunluk, ekimoz, yara iyileşmesinde gecikme
D vitamini	Kaşıntı, kuru cilt, psöriyaziform plaklar	Osteomalazi, kas güçsüzlüğü
E vitamini	Peteşi, kserosis	Nöromüsküler disfonksiyon
K vitamini	Ekimoz, peteşi	Pıhtılaşma bozuklukları
Çinko	Akral eritematöz dermatit, alopesi	Tat kaybı, diyare, yara iyileşmesinde gecikme
Demir	Koilonişi, alopesi, solukluk	Mikrositik anemi
Bakır	Kıvrımlı, hipopigmente saç	Nörolojik semptomlar
Selenyum	Tırnak distrofisi, alopesi	Kardiyomiyopati, kas zayıflığı

Nutrisyonel eksikliklerin deri ve sistemik bulguları

PS-52

Trikotillomani Tanısında Trikoskopik Bulguların Rolü: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Gökalp Karasu, Tubanur Çetinarslan, Aylin Turel Ermertcan
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Manisa

AMAÇ: Trikotillomani (TTM), bireyin tekrarlayıcı şekilde kendi saçını koparmasıyla karakterize, obsesif-kompulsif bozukluklar ve ilişkili bozukluklar sınıfında yer alan bir hastalıktır. Bu olgu sunumu, saç dökülmesi şikayeti ile başvuran bir çocuk hastada TTM'nin klinik, dermatoskopik ve psikiyatrik yönleriyle değerlendirilmesini ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktır.

YÖNTEM: Polikliniğimize saç dökülmesi şikayetiyle başvuran 11 yaşında erkek hastanın klinik değerlendirmesi, mikolojik incelemesi, trikoskopik bulguları ve psikiyatrik görüşme sonuçları göz önünde bulundurularak tanı süreci yürütüldü. Saçlı deri trikoskopi ile detaylı şekilde incelendi. Mikolojik analiz ile enfeksiyöz nedenler dışlandı. Anamnez ve ailesel gözlemlerle psikososyal faktörler değerlendirildi.

BULGULAR: Hastanın yaklaşık 3-4 aydır saç dökülmesi şikayeti olduğu, dökülmeye hafif kaşıntının eşlik ettiği öğrenildi. Ailesel öyküde benzer durum bulunmuyordu. Frontal bölgede sınırlı bir alanda farklı uzunluklarda saç tellerinin yer aldığı, 15x8 cm boyutlarında, kanama odakları içeren saçsız bir alan gözlendi. Mikoloji tetkiki negatifti. Trikoskopik değerlendirmede yaygın siyah noktalar, farklı uzunluklarda kırılmış saçlar, "V" şekilli saçlar, coiled saçlar ve foliküler kanama alanları saptandı. Skar dokusu izlenmedi. Hasta başlangıçta dökülmenin farkında olmadığını belirtmiş, daha sonra saçlarını kendi eliyle kopardığını ifade etmiştir. Babası, çocuğun sosyal izolasyon eğilimi gösterdiğini, okulda yalnız kalmayı tercih ettiğini, tek başına ormana giderek uzun süre vakit geçirdiğini ve akademik başarısında düşüş yaşandığını bildirmiştir.

SONUÇ: Trikotillomani, çocukluk çağında saç dökülmesi ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gereken bir bozukluktur. Fizik muayene ve trikoskopik bulgular tanıda önemli ipuçları sağlarken, hastanın psikososyal durumu da tanının doğrulanmasında büyük rol oynar. Bu olguda TTM tanısı klinik ve dermatoskopik bulgularla desteklenmiş, hasta Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları birimine yönlendirilmiştir. Trikotillomani olgularının yönetiminde multidisipliner yaklaşım oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Dermatoskop,, Saç dökülmesi, Trikoskopi, Trikotillomani

Klinik

Frontal bölgede farklı uzunlukta kırık saçların ve kanama odaklarının eşlik ettiği alopesik alan

Trikoskopi-1

Siyah noktalar, coiled saçlar, V bulgusu, kanama odakları

Trikoskopi-2

Farklı uzunlukta kırık saçlar,siyah noktalar, coiled saçlar, V bulgusu

PS-53

Bleomisin ile Kemoembolizasyona Bağlı Sekonder Flajellat Hiperpigmentasyon

Kutay Ok, Göksu Dalgıç, Tubanur Çetinarslan, Cemal Bilaç, Aylin Türel Ermertcan
Manisa Celal Bayar Üniversitesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Manisa

Toksik ajanlar veya ilaçlara bağlı gelişen hiperpigmentasyon, edinilmiş hiperpigmentasyon vakalarının %10 ila %20 'sini oluşturur. Bu duruma santral sinir sistemi ilaçları, antineoplastik ajanlar, antienfektif ilaçlar, antihipertansifler ve hormonlar gibi birçok farklı ilaca bağlı ortaya çıkabilir. Bu ilaçlardan biri olan bleomisin, Streptomyces verticillatus tarafından üretilen, DNA sentezini bozan ve DNA iplikçiklerinin kopmasına neden olan sitotoksik bir antibiyotiktir. Bleomisin; bazı malignitelerin sistemik tedavisinde, verruca vulgaris ve vasküler malformasyonların intralezyonel tedavisinde ve pnömotoraks tedavisinde intraplevral olarak kullanılabilir. Bleomisin'in bilinen advers etkileri arasında febril reaksiyonlar, aşırı duyarlılık, pruritus, kilo kaybı, iştahsızlık, tümör ağrısı, pulmoner fibrozis, flebit, eritem, deride deskuamasyon, mukozit, sklerotik değişiklikler, subungual hiperkeratoz, onikoliz, alopesi ve hiperpigmentasyon yer alır.

Bu raporda, hemanjiom nedeniyle bleomisin ile kemoembolizasyon yapılan hastada gelişen flajellat hiperpigmentasyon vakasını sunuyoruz.

44 yaşında kadın hasta, gövdesinde ve bacaklarında kahverengi renk değişikliği şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Şikayetlerinin yaklaşık bir ay önce başladığını ve lezyonların hafif kaşıntılı olduğunu ifade etti. Hastanın anamnezinde 1 ay önce karaciğer yerleşimli hemanjiom nedeniyle bleomisin ile kemoembolizasyon yapıldığı ve sonrasında lezyonların ortaya çıktığı öğrenildi. Bunun dışında başka herhangi bir hastalık, ilaç ve besin tüketim öyküsü yoktu. Dermatolojik fizik muayenede, sırtta, kollarda ve bacaklarda çok sayıda lineer kahverengi hiperpigmentasyon görüldü.

Hastaya klinik bulgularla ve öyküsüne dayanarak Bleomisin kaynaklı flagellat hiperpigmentasyonu tanısı konuldu ve topikal metil prednizolon ve oral bilastin tedavisi verildi. Lezyonları 6 hafta sonra geriledi.

Bleomisin kaynaklı hiperpigmentasyon diffüz veya flagellat hiperpigmentasyon gibi spesifik bir görünümde olabilir; flagellat hiperpigmentasyon, hastaların ellerinin ulaşabildiği bölgelerde veya diğer minör travmalarda görülen lineer eritematöz veya lineer hiperpigmente maküller olarak ortaya çıktığı bir durumdur.

Bleomisin kaynaklı hiperpigmentasyon; patern, yoğunluk ve lezyon dağılımı açısından geniş bir yelpazede ortaya çıkabilir ve bu özellikler bazı durumlarda benzersiz bir klinik tablo olan flagellat hiperpigmentasyon olarak isimlendirilir.

Flagellat hiperpigmentasyon ilk kez bleomisin ile ilişkili olarak tanımlanmış olsa da; peplomisin, dosetaksel gibi diğer ilaçlarla; dermatomiyozit, erişkin tip Still hastalığı gibi romatolojik durumlarla ve "Shiitake mantar dermatiti" gibi diğer nadir durumlarla da ilişkili olabilir. Lezyonlar çoğunlukla sırt ve yan taraflarda yer alır, genellikle kaşıntı ile birliktedir ve zamanla lineer eritematöz döküntüler hiperpigmente hale gelir.

Flagellat hiperpigmentasyon, bleomisine maruz kalanların %8 ila %66'sında görülebilir. Genellikle 90 ila 285 mg'lık kümülatif dozlardan sonra ortaya çıkar, ancak nadiren tek doz sonrası da görülebilir. Önceleri sadece sistemik bleomisin kullanımı sonrası görüldüğü düşünülmekteydi; literatürde lokal uygulama sonrası gelişen sadece iki vaka bildirilmiştir,kemoembolizasyon sonrası gelişen vaka ise hiç bildirilmemiştir. Bizim olgumuz kemoembolizasyon sonrası gelişen ilk flagellat hiperpigmentasyon olgusudur.

Ayırıcı tanıda mekanik travma;dermatomyozit,yetişkin still hastalığı gibi romatolojik hastalıklar;peplomisin,dosetaksel,-bendamustine gibi diğer kemoterapötik ajanlara bağlı pigmentasyonlar;dermatografizm,fotodermatit gibi diğer pruritik dermatozlar düşünülebilir.

En etkili tedavi, risk-yarar analizi yapıldıktan sonra bleomisin tedavisinin kesilmesidir. İlacın kesilmesi sonrası kendi kendini sınırlayan geçici bir durumdur. Bizim vakamızda hemanjiom tedavisinde tek seferlik bleomisin kullanılmış olup doz tekrarı yapılmamıştır. Topikal ya da sistemik kortikosteroidler ve oral antihistaminikler destek tedavisi olarak kullanılabilir. Hastamıza topikal kortikosteroid ve oral antihistaminik tedavisi başlandı. Hastamızın lezyonları tedaviyle geriledi.

Bu olgu, bleomisin ile ilişkili flagellat hiperpigmentasyonun tipik klinik görünümüdür. Ayrıca olgumuz kemoembolizasyon sonrası gelişen ilk flagellat hiperpigmentasyon olgusu olması sebebiyle literatüre katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bleomisin,Kemoembolizasyon,Flajellat Hiperpigmentasyon

Ense ve Omuzda Flajellat Hiperpigmentasyon

Göğüs Ön Yüzünde Flajellat Hiperpigmentasyon

Sol Bacakta Flajellat Hiperpigmentasyon

Sırtta Flajellat Hiperpigmentasyon

PS-54

Unilateral segmental konjenital vasküler malformasyon zemininde gelişen piyojenik granülom: Dermoskopik ve klinik bulgularıyla nadir bir olgu sunumu

Mehmet Ali Alakaşlı[1], Tubanur Çetinarslan[1], Peyker Temiz[2], Aylin Turel Ermertcan[1]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Manisa
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Manisa

Venöz malformasyonlar, en yaygın konjenital vasküler malformasyon türlerinden biridir ve genellikle baş, boyun, ekstremiteler ve gövde gibi bölgelerde bulunur. Kapiller malformasyonlar da sık görülen venöz malformasyonlar arasında yer alır. Bu lezyonlar, hormon duyarlı olup ergenlik ve hamilelik dönemlerinde büyüyebilir. Tedavi seçenekleri arasında cerrahi müdahale, skleroterapi ve ablatif tedaviler bulunur. Piyojenik granülom; edinsel, benign vasküler tümörlerden biridir ve genellikle hormon duyarlıdır. Çoğunlukla soliter, kırmızımsı papül veya nodül şeklinde görülür. Bu bildiride unilateral segmental konjenital vasküler malformasyon zemininde gelişen piyojenik granülom vakası klinik, histopatolojik ve dermoskopik bulguları ile raporlanmıştır.

21 yaşında bir kadın hasta, sol kolundaki doğum lekesi üzerinde gelişen ve bir yıldır sık kanama gösteren yara şikayeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Dermatolojik muayenede, sol meme lateralinden başlayarak sol aksilla ve sol kol medialinden seyrederek sol ön kol fleksör ve ekstansör bölgelere yayılan unilaterel konjenital kapiller hemanjiyom ve sol ön kolun ekstansör yüzeyinde 1 cm çapında parlak kırmızı nodül saptanmıştır. Diğer sistem bulguları olağandı. Dermoskopik muayenede kırmızı yapısız alanlar ve beyaz çizgiler görüldü. Hastanın nodüler lezyonu piyojenik granülom ve amelanotik melanom ön tanılarıyla plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümü tarafınca total eksize edildi.

Histopatolojik incelemede fibromiksoid stroma ile lobüllere ayrılmış yoğun endotel hücreleri içeren kapiller ve venüller saptandı. Klinik, histopatolojik ve dermoskopik bulgular göz önünde bulundurularak lobüler kapiller hemajiyom (piyojenik granülom) tanısı konuldu.

Konjenital kapiller hemanjiyomlar, venöz malformasyonların yaygın türlerinden biridir ve zamanla büyüyebilirler. Piyojenik granülomlar ise lokal travmalar, ilaçlar ve genetik yatkınlıkla ilişkilidir. Hastalığın tanısı için çoğunlukla öykü, fizik muayene ve dermoskopik inceleme yeterli olabilse de tanının doğrulanabilmesi için histopatolojik inceleme gereklidir. Piyojenik granülomlar sık sık kanama ve ülserasyon gösterebildiği için ana tedavi seçeneği cerrahi eksizyondur. Konjenital kapiller malformasyon zemininde gelişen piyojenik granülomun birlikte görüldüğü olguların sayısı oldukça sınırlıdır ve dermoskopik bulguların tanımlandığı vakaya rastlanmamıştır. Olgumuzu; nadir bir olgu olması ve bizim vakamızda olduğu gibi pyojenik granülomun bazı olgularda amelanotik melanomdan ayırt edilmesi için cerrahi eksizyonunun gerekmesini vurgulamak amacıyla sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Konjenital venöz malformasyon, piyojenik granülom, dermoskopi

Kırmızı yapısız alanlar ve beyaz çizgilerin görüldüğü dermoskopik bulgu

Sol meme lateralinden başlayarak sol aksilla ve sol kol medialinden seyrederek sol ön kol ekstansör bölgesine yayılan unilaterel konjenital kapiller hemanjiyom

Sol meme lateralinden başlayarak sol aksilla ve sol kol medialinden seyrederek sol ön kol fleksör bölgesine yayılan unilaterel konjenital kapiller hemanjiyom

Sol ön kolun ekstansör yüzeyinde 1 cm çapında parlak kırmızı nodül

PS-55

Geç Başlangıçlı Herediter Epidermolizis Bülloza

Veysi Yilmaz[1], Gözde Atmaca[1], Ayşe Deniz Yucelten[1], Esra Hilal Ceylan[2], Pınar Ata[2]
[1]Marmara Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Epidermolizis Büllosa (EB), cilt ve mukozal yüzeylerde travma ile oluşan büller ve erozyonlarla karakterize, nadir genetik bir hastalıktır. Hastalık çoğunlukla yenidoğan ya da erken çocukluk döneminde başlar, ancak nadiren geç başlangıçlı formlar bildirilmiştir. EB'ye bağlı büllöz lezyonlar, otoimmün büllöz hastalıklar (büllöz pemfigoid, akkiz epidermolizis bülloza) ve büllöz ilaç reaksiyonları ile karışabilir. Genetik testler, doğru tanı konulmasında önemli bir rol oynar. Bu poster, geç başlangıçlı iki EB olgusunu sunmaktadır.

OLGULAR: Olgu 1: 38 yaşında erkek hasta 4-5 yıldır vücutta tekrarlayan veziküler döküntü nedeniyle başvurdu. Hastanın altı kardeşinin ikisinde de benzer öykü mevcuttu. Hastanın ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde gövde ve ekstremitelerde vezikülobüllöz ve krutlanmış lezyonlar (Resim-1), tırnaklarda distrofik değişiklikler (Resim-2) izlendi. Hastadan alınan histopatolojik örneklemede dilate vasküler yapılar içinde nötrofiller, perivasküler alanda minimal lenfositik infiltrasyon saptandı, direkt immunfloresan inceleme (DİF) negatifti. Genetik değerlendirmede ITBG4 c.1642G>A (p.Gly548Arg) homozigot mutasyon olarak saptandı.

OLGU 2: 24 yaşında erkek hasta 3-4 yıldır vücutta tekrarlayan vezikülobüllöz lezyonlar şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral el, ayak ve dizlerde vezikülobüllöz lezyonlar mevcuttu. (Resim-3). Hastanın 2 erkek kardeşinde de benzer öykü bulunmaktaydı. Biyopside subepidermal ayrışma ve vezikül lümeninde eozinofiller izlendi. DİF negatifti. Hastaya yapılan genetik analiz sonucunda ITGB4 c.1642G>A (p.Gly548Arg) homozigot mutasyon olarak saptandı.

TARTIŞMA: EB, genetik olarak heterojen bir hastalık olup, genellikle çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte, son yıllarda yapılan çalışmalar, bazı geç başlangıçlı EB olgularının da olduğunu göstermektedir. ITGB4 mutasyonlarının neden olduğu Junctional Epidermolysis Bullosa (JEB) formlarında klasik olarak doğumdan itibaren başlayan şiddetli cilt frajilitesi görülür. Ancak, erişkin yaşta başlangıç gösteren daha hafif fenotipler de bildirilmektedir.

Burada sunulan her iki olguda da ITGB4 homozigot mutasyonu tespit edilmiştir. ITGB4 mutasyonlarının hemidesmozomal proteinlerin dağılımını bozduğunu ve hücre yapışmasını azalttığı gösterilmiştir. Son yapılan yapısal analizler, ITGB4 p.Gly548Arg gibi mutasyonların, protein yapısını değiştirerek hücre-matriks etkileşimini zayıflattığını göstermektedir. Bu durum, hastalarda tekrarlayan büllöz lezyonlar ve gecikmiş yara iyileşmesi ile sonuçlanmaktadır.

Klinik olarak, erişkin başlangıçlı EB vakaları, otoimmün büllöz hastalıklar (büllöz pemfigoid, akkiz epidermolizis bülloza) veya büllöz ilaç reaksiyonları ile karışabilir. Büllöz pemfigoid, özellikle yaşlı hastalarda daha sık görülse de, bazen genç erişkinlerde de ortaya çıkabilir. DIF'e lineer C3 ve IgG birikimi olması ayırt edici bir özelliktir. Akkiz epidermolizis bülloza ise kolajen VII'ye karşı otoantikorların geliştiği otoimmün bir hastalık olup, EB ile klinik olarak benzer bulgular gösterebilir. Bu nedenle, DIF negatifliği ve genetik testlerin pozitifliği, EB tanısını doğrulamada kritik öneme sahiptir.

Bu olgular, ITGB4 mutasyonlarının geç başlangıçlı EB fenotipine yol açabileceğini ve otoimmün büllöz hastalıklarla karışabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Epidermolizis Bülloza, Geç başlangıç, ITGB4

Junctional Epidermolizis Bülloza Klinik Tablo

JEB Tipi	Kalıtım Tipi	İlgili Proteinler / Genler	Klinik Özellikler
Şiddetli JEB (eski adıyla Herlitz tipi)	Otozomal resesif	Laminin 332 (LAMA3, LAMB3, LAMC2)	Doğumda başlar, yaygın büller, mukozal tutulum, yaşamı tehdit eder
Orta şiddette JEB	Otozomal resesif	Laminin 332, Kollajen XVII (COL17A1)	Daha az şiddetli, deri iyileşmesi, mukozal tutulum olabilir
Geç başlangıçlı JEB	Otozomal resesif	Kollajen XVII (COL17A1), LAMB3, ITGB4/ITGA6	Genç yaşta başlar, lokalize büller
JEB, pilor atrezi ile birlikte	Otozomal resesif	İntegrin α6β4 (ITGA6, ITGB4)	Neonatal pilor atrezi, ciddi deri lezyonları
JEB, interstisyel akciğer hastalığı ve nefrotik sendrom ile	Otozomal resesif	İntegrin α3 (ITGA3)	Deri + akciğer + böbrek tutulumlu nadir form
Lokalize JEB	Otozomal resesif	Laminin 332, Kollajen XVII, İntegrin α6β4, İntegrin α3	Hafif, sınırlı büller
JEB inversa	Otozomal resesif	Laminin 332	Büller daha çok vücut katlantılarında
JEB-larengo-onyko-kutanöz sendromu	Otozomal resesif	Laminin α3 alt birimi	Larenks, tırnak ve deri tutulumu

Resim-1

Uyluk posteriorunda intakt bül, hemorajik lezyonlar ve post inflamatuvar hiperpigmentasyon

Resim-2

El ve ayak tırnaklarında distrofik değişiklikler

Resim-3

Organizasyon Sekretaryası

FİGÜR
KONGRE & ORGANİZASYON

Figür Kongre Organizasyonları ve Tic. A.Ş.
19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center No: 4
34360 Şişli / İstanbul
Tel: 0 212 381 46 00 - Faks: 0 212 258 60 78
E-mail: egedermatoloji@figur.net

www.egedermatoloji.org