



Deri ve Zührevi  
Hastalıklar Derneği

Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet  
**12. DERMATOLOJİ  
BAHAR Sempozyumu**

**27-30 Nisan 2023**

*Hilton Dalaman Sarıgerme Resort & Spa*



**Bildiri Özet Kitabı**

## BİLİMSEL SEKRETERYA



Deri ve Zührevi  
Hastalıklar Derneği

**Adres: Kocamustafapaşa Caddesi No: 106 D:1 Fatih - İstanbul**

**Tel: +90 212 589 63 36**

**Fax: +90 212 589 63 36**

**E-posta: semrademirel@turkderm.org.tr**

**Web: www.turkderm.org.tr**

## KONGRE ORGANİZASYON



**Serenas Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.**

Adres: Hilal Mah. Cezayir Cad. No:13, 06550

Yıldız, Çankaya – Ankara / Türkiye

Tel: +90 312 440 50 11

E-posta: info@baharsempozyumu2023.com

Web: www.baharsempozyumu2023.com/tr

## YAYIN HİZMETLERİ



**BAYT, Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.**

Ziya Gökalp Cad. No: 30/31, 06420 Kızılay, Ankara

Tel: 0312 431 30 62 • Faks: 0312 431 36 02

www.bayt.com.tr

HOŞ GELDİNİZ .....	2
KURULLAR .....	3
BİLİMSEL PROGRAM .....	4
SÖZEL BİLDİRİLER .....	9
POSTER BİLDİRİLER .....	28
YAZAR DİZİNİ .....	52

Değerli Meslektaşlarımız,

Deri ve Zührevi Hastalıkları Bilimine büyük katkıları olan, hepimizin gururu değerli hocamız Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet, 1930 yılında derneğimizin kurucuları arasındadır, 1932 yılından itibaren derneğimizin başkanlığını yürütmüştür ve süreli bilimsel yayın organımız olan Türkderm - Türk Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi'nin 1936 yılında müessisi, sahibi ve başmuharriridir.

Yönetim kurulumuzun kararıyla Dermatoloji Bahar Sempozyumu, 12. sinden itibaren Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet Dermatoloji Bahar Sempozyumu olarak adlandırılacaktır. Bu vesile ile hocamızın aziz hatırasını rahmet ve minnet ile yad ediyorum.

Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği olarak düzenlemekte olduğumuz Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet 12. Dermatoloji Bahar Sempozyumu 27-30 Nisan 2023 tarihleri arasında Hilton Dalaman Sarıgerme'de gerçekleştirilecektir.

Sempozyumumuzun programı güncel bilimsel bilgiler ışığında olgular üzerinden tecrübe aktarımı olacak şekilde geliştirilmektedir. Programda alanında tecrübeli yerli ve yabancı bilim insanı konuşmacılar yer alacaktır. Sempozyumumuz mesleki becerilerimizin geliştirilmesine yönelik olarak pratik bilgilerin paylaşılacağı üç farklı kurs ile başlayacak, bilimsel oturumlar, sözlü ve poster bildirimleri- tartışmaları, uydu sempozyumu - endüstriyel bilgi paylaşımları ile devam edecektir. Sempozyumumuzun sonunda tıpta uzmanlık öğrencisi meslektaşlarımıza yönelik olarak sempozyum içeriği ile ilgili bir bilgi yarışması düzenlenecektir. Yarışmada başarılı olacak meslektaşlarımız mesleki pratiklerinde sıklıkla başvuracakları sürpriz ödüller kazanacaklardır.

Bilimsel ve sosyal açıdan verimli ve keyifli geçeceğine inandığımız sempozyumumuza yönetim kurulumuz ve düzenleme kurulumuz adına tüm meslektaşlarımızı davet etmekten onur duyuyorum.

**Prof. Dr. Fatih GÖKTAY**  
*Sempozyum Başkanı*

**YÖNETİM KURULU ve KONGRE DÜZENLEME KURULU**

**Sempozyum Başkanı**

Prof. Dr. Fatih GÖKTAY

**Sempozyum Sekreteri**

Prof. Dr. İlkin ZİNDANCI

**Sempozyum Düzenleme Kurulu**

Doç. Dr. Algün POLAT EKİNCİ

Uzm. Dr. Ozan ERDEM

Doç. Dr. Andaç SALMAN

Prof. Dr. Fatih GÖKTAY

Prof. Dr. Zafer TÜRKOĞLU

Prof. Dr. Şirin YAŞAR

Prof. Dr. İlkin ZİNDANCI

28 NİSAN 2023, CUMA			
SAAT	SALON A	SAAT	SALON B
08:00-08:50	<b>SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 1</b> Oturum Başkanları: <b>Andaç Salman, Ozan Erdem</b>	08:00-08:50	<b>SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 2</b> Oturum Başkanları: <b>İlteriş Topal Oğuz, Algün Polat Ekinci</b>
08:00-08:10	<b>SB-01 /</b> çanakkale'deki fabry hastalarının dermatolojik tutulum açısından değerlendirilmesi <b>Özge Kaya</b>	08:00-08:10	<b>SB-06 /</b> Oral isotretinoin tedavisi alan hastalarda hekim yönetiminin değerlendirilmesi <b>Rumeysa Nur Algan</b>
08:10-08:20	<b>SB-02 /</b> Primer ve sekonder sifiliz olgularının değerlendirilmesi: Büyük taklitçinin covid-19 pandemisi ile gizli yükselişi <b>Zeynep Keskinaya</b>	08:10-08:20	<b>SB-07 /</b> Biyolojik ajan tedavisi sırasında yapılan hepatit B aşısının etkinliğinin değerlendirilmesi <b>Gizem Karapınar</b>
08:20-08:30	<b>SB-03 /</b> Aurikuler kutanöz leishmaniasis: 12 Hastanın retrospektif değerlendirilmesi <b>Kadir Kaya</b>	08:20-08:30	<b>SB-08 /</b> Annelerin çocuklarını ve kendilerini güneşten koruma alışkanlıkları <b>Melek Aslan Kayıran</b>
08:30-08:40	<b>SB-04 /</b> Hafif yama tipi alopesi areatada oksidatif stres ilişkisi: Vaka kontrol çalışması <b>Sümeyye Altıntaş Kakşi</b>	08:30-08:40	<b>SB-09 /</b> Akne vulgaris hastalarında paraoksonaz enzim aktivitesinin ölçümü ve P/Q 192 polimorfizminin belirlenmesi <b>İlkay Can</b>
08:40-08:50	<b>SB-05 /</b> Akromegali hastalarında deri bulguları ve eşlik eden endokrinopatilerle ilişkisi <b>Hülya Albayrak</b>	08:40-08:50	<b>SB-10 /</b> Büllöz pemfigoid'te periostin hastalık aktivitesi ve kaşıntı şiddetini belirlemede belirteç olarak kullanılabilir mi? <b>Kamer Faruk Coşkun</b>
08:50-09:00	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>		
09:00-10:00	<b>OTURUM:</b> <b>ALERJİ VE ATOPIK DERMATİT</b> Oturum Başkanları: <b>Rafet Koca, Özlem Su Küçük</b>	09:00-10:00	<b>OTURUM:</b> <b>KOLLAJEN DOKU HASTALIKLARI</b> Oturum Başkanları: <b>Derya Uçmak, Ayşe Kavak</b>
09:00-09:15	Ürtiker <b>Emek Kocatürk Göncü</b>	09:00-09:15	Skleroderma <b>Aslı Aksu Çerman</b>
09:15-09:30	Atopik dermatit tanısı ve tedavisi <b>Andaç Salman</b>	09:15-09:30	Lupus ve dermatomiyozit <b>Derya Uçmak</b>
09:30-09:45	Zor olgularla atopik dermatit <b>Zafer Türkoğlu</b>	09:30-09:45	Kutane vaskülitler <b>Filiz Cebeci</b>
09:45-10:00	<b>Tartışma</b>	09:45-10:00	<b>Tartışma</b>
10:00-10:15	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>		
10:15-10:45	<b>UYDU SEMPOZYUMU</b> Gerçek yaşam deneyimleri ışığında copellor ile hızla başlayan sürdürülebilir tam iyileşme Moderatör: <b>İlkin Zindancı</b> Konuşmacılar: <b>Şirin Yaşar, Algün Polat Ekinci</b>		
10:45-11:00	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>		
11:00-11:45	<b>KONFERANS</b> <b>KUTANE LENFOMALARDA FARKLI KLİNİK GÖRÜNÜMLER</b> Oturum Başkanları: <b>Nahide Onsun, İlkin Zindancı</b> Konuşmacı: <b>Can Baykal</b>		
11:45-12:00	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>		

## 28 NİSAN 2023, CUMA

SAAT	SALON A	SAAT	SALON B
12:00-12:30	<b>UYDU SEMPOZYUMU</b> Olgularla erken evre "Mikozis Fungoides" ve etkili tedavi yöntemi BEXATEN Oturum Başkanı: <b>Recep Dursun</b> Konuşmacı: <b>Aslı Aksu Çerman</b>		
12:30-13:30	<b>ÖĞLEN YEMEĞİ</b>		
	<b>DERMATOLOJİK CERRAHİ KURSU</b> Kurs Moderatörleri: <b>Fatih Göktay, Ozan Erdem</b>		
13:30-14:15	<b>OTURUM: GENEL PRENSİPLER</b> Oturum Başkanı: <b>Aslı Tatlıparmak</b>	13:30-14:00	<b>UZMANINA DANIŞ-1</b> <b>FOTOTERAPİ</b>
13:30-13:45	Pre-operatif değerlendirme ve anestezi teknikleri <b>Sezgi Sarıkaya Solak</b>		Moderatör: Ertan Yılmaz Panelistler: <b>Dilek Seçkin,</b> <b>Dilek Bayramgürler</b>
13:45-14:00	Deri cerrahisinde tehlikeli bölgeler <b>Aslı Tatlıparmak</b>		
14:00-14:15	<b>Tartışma</b>		
14:15-14:30	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>		
14:30-15:45	<b>OTURUM: DERİ CERRAHİSİ</b> Oturum Başkanı: <b>Gonca Elçin</b>	14:30-15:00	<b>UZMANINA DANIŞ-2</b> <b>HİDRADENİTİS SUPPURATİVA</b>
14:30-14:45	Cerrahi malzemeler ve sütür materyalleri <b>Tamer İrfan Kaya</b>		Moderatör: <b>Rafet Koca</b> Panelistler: <b>Ercan Çalışkan,</b> <b>İlteriş Oğuz Topal</b>
14:45-15:00	Biyopsi ve eksizyon teknikleri <b>Gonca Elçin</b>		
15:00-15:30	Mohs Cerrahisi prensipleri ve cerrahi defektlerin rekonstrüksiyon yöntemleri (Mohs Surgery principles and reconstruction methods of surgical defects) <b>Emi Dika</b>		
15:30-15:45	<b>Tartışma</b>		
15:45-16:00	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>		
16:00-17:00	<b>OTURUM: TIRNAK CERRAHİSİ</b> Oturum Başkanı: <b>Fatih Göktay</b>	16:00-16:30	<b>UZMANINA DANIŞ-3</b> <b>CİNSEL YOLLA BULAŞAN</b> <b>HASTALIKLAR</b>
16:00-16:15	Tırnak batması <b>Ozan Erdem</b>		Moderatör: <b>Kenan Aydoğan</b> Panelistler: <b>Emine Tamer,</b> <b>Emel Güngör</b>
16:15-16:45	Tırnak biyopsi teknikleri <b>Fatih Göktay</b>	16:30-17:00	<b>UZMANINA DANIŞ-4</b> <b>AKNEDE TEDAVİ YÖNETİMİ</b>
16:45-17:00	<b>Tartışma</b>		Moderatör: <b>Zafer Türkoğlu</b> Panelist: <b>Filiz Cebeci</b>
17:00-17:15	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>		
17:15-18:00	<b>KONFERANS</b> <b>İLERİ TIRNAK CERRAHİSİ</b> <b>(ADVANCED NAIL SURGERY)</b> Oturum Başkanı: <b>Fatih Göktay</b> Konuşmacı: <b>Eckart Haneke</b>		
17:15-17:45	<b>Konuşma</b>		
17:45-18:00	<b>Tartışma</b>		

## 29 NİSAN 2023 CUMARTESİ

SAAT	SALON A	SAAT	SALON B
08:00-08:50	<b>SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 3</b> Oturum Başkanları: <b>İlkin Zıncancı, Burçe Can Kuru</b>	08:00-08:50	<b>SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 4</b> Oturum Başkanları: <b>Zafer Türkoğlu, Filiz Topaloğlu Demir</b>
08:00-08:10	<b>SB-11 /</b> Likenoid dermatozların klinik ve histopatolojik bulgularının retrospektif değerlendirilmesi <b>Ayşe Aysima Çüçen</b>	08:00-08:10	<b>SB-16 /</b> Erişkin psoriasis hastalarında asitretin ve metotreksat sağ kalımı ve ilişkili faktörler <b>Merve Hatun Erkeyman</b>
08:10-08:20	<b>SB-12 /</b> Rozasea hastalarında oküler demodex tutulumu: Yirmi hastanın analizi <b>Nazlı Caf</b>	08:10-08:20	<b>SB-17 /</b> Mikozis fungoides hastalarının klinik ve histopatolojik özelliklerinin retrospektif değerlendirilmesi <b>Dilanur Sultan Seçilmiş</b>
08:20-08:30	<b>SB-13 /</b> Psoriasis vulgaris hastalarında psoriatik artrit farkındalığına yönelik anket çalışması <b>Batuhan Güler</b>	08:20-08:30	<b>SB-18 /</b> Gorlin sendromu: Geniş bir seride klinik bulguların değerlendirilmesi <b>Elizaveta Melnicova</b>
08:30-08:40	<b>SB-20 /</b> Sakal dökülmesi nedenlerinin trikoskopik bulgular ışığında değerlendirilmesi: Ön sonuçlar <b>İlksen Yağmur Tezer</b>	08:30-08:40	<b>SB-19 /</b> Erişkin ve juvenil ksantogranülom klinik ve histopatolojik bulguların karşılaştırılması; Tek merkezli geniş olgu serisi <b>Fatma Kübra Gül Çiftçi</b>
08:40-08:50	<b>SB-15 /</b> Traksiyonel alopesilerde risk faktörleri ve trikoskopik bulgular <b>Öykü Gönüllü</b>	08:40-08:50	<b>SB-14 /</b> Geç basınç ürtikeri: Klinik özellikler, eşlik eden hastalıklar ve tedavi yanıtları <b>Sinem Ayşe Örnek</b>
08:50-09:00	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>		
09:00-10:00	<b>OTURUM: PSÖRİAZİS</b> Oturum Başkanları: <b>İlknur Altunay, Dilek Seçkin</b>	09:00-10:00	<b>OTURUM: SAÇ HASTALIKLARI</b> Oturum Başkanları: <b>Özlem Dicle, Güneş Gür Aksoy</b>
09:00-09:15	Özel durumlarda tedavi: Pediyatrik, geriyatrik, gebelik ve laktasyon <b>Zeynep Topkarcı</b>	09:00-09:15	Alopesi areata <b>Güldehan Atış</b>
09:15-09:30	Özel bölgelerde tedavi: Saçlı deri, genital, tırnak, palmoplantar <b>Algün Polat Ekinci</b>	09:15-09:30	Skatrisyel alopesiler <b>Deren Özcan</b>
09:30-09:45	Zor olgularda tedavi <b>Filiz Topaloğlu Demir</b>	09:30-09:45	Androgenetik alopesiler <b>Özlem Dicle</b>
09:45-10:00	<b>Tartışma</b>	09:45-10:00	<b>Tartışma</b>
10:00-10:15	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>		
10:15-10:45	<b>UYDU SEMPOZYUMU</b> Gerçek yaşam verileriyle "Mikozis Fungoides" tedavisinde güçlü seçenek: Beksar Moderatör: <b>İlkin Zıncancı</b> Konuşmacı: <b>Şirin Pekcan Yaşar</b>	 NOBEL	
10:45-11:00	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>		
11:00-11:45	<b>KONFERANS</b> <b>DERMATOLOJİDE NON-İNVAZİV GÖRÜNTÜLEME TEKNİKLERİNİN KULLANIMI</b> (THE USE OF NON-INVASIVE IMAGING TECHNIQUES IN DERMATOLOGY) Oturum Başkanları: <b>Mehmet Salih Gürel, Andaç Salman</b> Konuşmacı: <b>Paola Pasquali</b>		



## 29 NİSAN 2023 CUMARTESİ

SAAT	SALON A	SAAT	SALON B
11:45-12:00	ÇAY/KAHVE ARASI		
12:00-12:30	<b>UYDU SEMPOZYUMU</b> Tremfya ile psoriasisde sürdürülebilir tam temizlenme Moderatörler: <b>Müge Güler Özden, Ercan Çalışkan</b> Konuşmacılar: <b>Filiz Topaloğlu Demir, Meltem Türkmen</b>		
12:30-13:30	ÖĞLEN YEMEĞİ		
13:30-14:15	<b>KONFERANS</b> <b>KLİNİK, CERRAHİ VE HİSTOPATOLOJİK YÖNLERİYLE LONGİTUDİNAL MELANONİŞİ</b> <b>(CLINICAL, SURGICAL AND HISTOPATHOLOGICAL ASPECTS OF LONGITUDINAL MELANONYCHIA)</b> Oturum Başkanı: <b>Fatih Göktay</b> Konuşmacı: <b>Eckart Haneke</b>		
14:15-14:30	ÇAY/KAHVE ARASI		
14:30-15:00	<b>UYDU SEMPOZYUMU</b> SKYRIZI ile sürdürülebilir yüksek etkililik ve iyileşen yaşamlar Moderatör: <b>Ertan Yılmaz</b> Konuşmacılar: <b>Tuğba Özkök Akbulut, Sezgi Sarıkaya Solak</b>		
15:00-15:15	ÇAY/KAHVE ARASI		
15:15-16:15	<b>OTURUM: BÜLLÜ HASTALIKLAR</b> Oturum Başkanları: <b>Soner Uzun, Algün Polat Ekinci</b>	15:15-16:15	<b>OTURUM: PEDİYATRİK DERMATOLOJİ</b> Oturum Başkanları: <b>Deniz Yücelten, Serap Utaş</b>
15:15-15:30	Sık görülen büllü hastalıklarda tanı <b>Züleyha Özgen</b>	15:15-15:30	Yeni hastalıklar <b>Burçe Can Kuru</b>
15:30-15:45	Sık görülen büllü hastalıklarda tedavi ve takip <b>Bilgen Çakıl Erdoğan</b>	15:30-15:45	Tedavide yenilikler <b>Deniz Akkaya</b>
15:45-16:00	Büllü hastalıklarda zor olgular <b>Soner Uzun</b>	15:45-16:00	Olgularla genodermatozlarda tanısal ipuçları <b>Deniz Yücelten</b>
16:00-16:15	Tartışma	16:00-16:15	Tartışma
16:15-16:30	ÇAY/KAHVE ARASI		
16:30-17:00	<b>KONFERANS</b> <b>SUNUM TEKNİKLERİ</b> Oturum Başkanı: <b>Fatih Göktay</b> Konuşmacı: <b>Ertuğrul Hasbi Aydemir</b>	<b>KONFERANS</b> <b>ATİPİK MİKOZİS FUNGOİDES OLGULARINDA</b> <b>KLİNİKOPATOLOJİK KORELASYON</b> Konuşmacılar: <b>İlkin Zindancı, İtr Ebru Zemheri</b>	
17:00-17:45	<b>KONFERANS</b> <b>BEHÇET HASTALIĞI'NIN DÜNÜ, BUGÜNÜ VE YARINI</b> Oturum Başkanı: <b>Emine Derviş</b> Konuşmacı: <b>Erkan Alpsoy</b>		
17:45-18:00	ÇAY/KAHVE ARASI		
18:00-18:45	<b>OTURUM: POSTER TARTIŞMASI</b> Moderatör: <b>Tülin Mansur</b>		

## 30 NİSAN 2023 PAZAR

SAAT	SALON A
	<b>KOZMETİK DERMATOLOJİ KURSU</b> Moderatörler: <b>Şirin Yaşar, Emre Kaynak</b>
<b>08:00-09:00</b>	<b>OTURUM: BOTULİNÜM TOKSİN</b> Oturum Başkanları: <b>Ayşe Akman Karakaş, Zehra Aşiran Serdar</b>
<b>08:00-08:15</b>	Genel özellikler, çeşitleri ve güvenlik profili <b>Gülşen Tükenmez Demirci</b>
<b>08:15-08:30</b>	Üst yüz ve alt yüz uygulamaları <b>Ayşe Akman Karakaş</b>
<b>08:30-08:45</b>	Komplikasyonlar ve yönetimi <b>Zehra Aşiran Serdar</b>
<b>08:45-09:00</b>	<b>Tartışma</b>
<b>09:00-09:15</b>	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>
	<b>OTURUM: DOLGU UYGULAMALARI</b> Oturum Başkanları: <b>Yelda Kapıcıoğlu, Sadiye Kuş</b>
<b>09:15-09:30</b>	Genel özellikler, çeşitleri ve güvenlik profili <b>Şükran Sarıgül Güdük</b>
<b>09:30-09:45</b>	Üst yüz ve alt yüz uygulamaları <b>Sadiye Kuş</b>
<b>09:45-10:00</b>	Komplikasyonlar ve yönetimi <b>Yelda Kapıcıoğlu</b>
<b>10:00-10:15</b>	<b>Tartışma</b>
<b>10:15-10:30</b>	<b>ÇAY/KAHVE ARASI</b>
	<b>OTURUM: LAZER UYGULAMALARI</b> Oturum Başkanı: <b>Gökhan Gökler</b>
<b>10:30-10:45</b>	Olgularla vasküler lezyonlarda lazer uygulamaları <b>Gökhan Gökler</b>
<b>10:45-11:00</b>	Olgularla pigment lezyonlarda lazer uygulamaları <b>Sevinç Elinç Aslan</b>
<b>11:00-11:15</b>	Olgularla skar tedavisi ve rejuvenasyon amaçlı lazer uygulamaları <b>Emre Kaynak</b>
<b>11:15-11:30</b>	<b>Tartışma</b>
<b>11:30-12:15</b>	<b>Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet Asistan Bilgi Yarışması</b>
<b>12:00-12:30</b>	<b>ÖDÜL TÖRENİ VE KAPANIŞ</b>

SÖZEL  
BİLDİRİLER

SB-01

## ÇANAKKALE'DEKİ FABRY HASTALARININ DERMATOLOJİK TUTULUM AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özge Kaya

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Çanakkale

**Amaç:** Fabry hastalığı, 117000 doğumda bir görülen,  $\alpha$ -galaktozidaz A genindeki mutasyondan kaynaklanan, X'e bağlı resesif geçişli multisistemik bir lizozomal depo hastalığıdır (1,2). Her yaş grubuna özel farklı sistemik bulguların olması tanının atlanmasına yol açmaktadır (3).

Diffüz angiokeratomlar en karakteristik deri bulgusu olmakla birlikte variköz venler, lenfödem, göz kapaklarında ödem, fotosensitif alanlarda bulunan telenjiektaziler ve anhidroz/hiperhidroz gibi terleme bozuklukları daha az bilinen deri bulgularıdır (3-5). Hastaların genellikle ilk başvuru sebebi olan deri tutulumunun iyi bilinmesi erken tanı açısından oldukça önemlidir. Biz de Çanakkale'de üçüncü basamak bir hastanede Fabry Hastalığı tanısı alan yedi olguyu dermatolojik tutulum açısından incelemeyi ve hastalığın farkındalığını arttırmak amacıyla bu bildiri sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya sadece enzim aktivitesi ve/veya gen analiz değerlendirilmesi yöntemiyle Fabry hastalığı tanısı alan hastalar dahil edildi. Hastane kayıt sistemindeki verilere göre hastalarla iletişime geçildi. Hastalar dermatoloji polikliniğine kontrol amaçlı çağırıldı. Hastaneye gelemeyen hastalarla görümlü iletişim yöntemiyle dermatolojik bulgular değerlendirildi.

**Bulgular:** Yaşları 52-74 arasında değişen dört bayan ve yaşları 18-20 arasında değişen üç erkek hasta olmak üzere toplam yedi hasta değerlendirildi. Hastalarda en sık saptanan dermatolojik bulgu terleme bozukluğu (n=6, %85,7). Terleme bozukluğu beş hastada anhidroz, bir hastada hiperhidroz şeklindeydi. Anhidrozu olan hastalarda sıcak intoleransı mevcuttu. İki erkek hastada yaygın, iki bayan hastada yaygın olmayan anjiokeratom olmak üzere toplam dört hastada anjiokeratom mevcuttu. İki bayan hastada variköz venler, iki bayan hastada göz kapaklarında ödem, bir erkek hastada lenfödem saptanırken, hiçbir hastada telenjiektazi mevcut değildi. Fabry hastalığına özgü deri bulguları dışında, iki hastada seboreik dermatit, bir hastada ürtiker eşlik ediyordu. Ürtikeri olan 20 yaşındaki erkek hastada Fabry hastalığı tedavisi için verilen enzim replasman tedavisine bağlı anaflaksi gelişimi öyküsü vardı.

**Sonuç:** Çalışmamızın en dikkat çekici bulgusu %85,7 hastada terleme bozukluğunun görülmesiydi. Fabry hastalığında düşünülenin aksine anjiokeratomlar her hastada görülmeyebilir veya özellikle bayanlarda az sayıda olabilir (6,7). Çalışmamızda en erken tanı alma yaşı yedi ve dokuz olup bu hastalar yaygın anjiokeratomları olan iki erkek hastaydı. Bayan hastalar muhtemelen anjiokeratomların olmaması veya az sayıda olmasından dolayı daha ileri yaşta tanı almışlardı (ort:55,25 yaş). Nispeten diğer iki erkek hastaya göre geç tanı alan erkek hastada da anjiokeratom mevcut değildi. Geç tanı alan beş hastayı sorguladığımızda dördü hayatları boyunca "hiç terlemediklerini" ifade ettiler. Sonuç olarak; Fabry hastalığında anhidrozun anjiokeratom kadar tanıda yol gösterici bir bulgu olduğunu vurgulamak istiyoruz.

**Anahtar kelimeler:** Fabry hastalığı, anjiokeratom, anhidroz, terleme bozukluğu

### Kaynaklar

1. Desnick RJ, Ioannou YA, Eng CM:  $\alpha$ -galactosidase A deficiency: Fabry disease. The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease. Ed. Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Vale D. 8'inci Baskı. New York, 2001: 3733-74.
2. Germain DP: Fabry disease. Orphanet J Rare Dis 2010;5:30.
3. Chan B, Adam DN. A Review of Fabry Disease. Skin Therapy Lett. 2018 Mar;23(2):4-6. PMID: 29562089.
4. Guinovart RM, Bielsa I, Pintos-Morell G, Ferrandiz C. Enfermedad de Fabry: Espectro clínico de los angioqueratomas. Actas Dermosifiliogr 2013; 104(3):261-3.
5. Lidove O, Joly D, Barbey F, Bekri S, Alexandra JF, Peigne V, Jaussaud R, Papo T. Clinical results of enzyme replacement therapy in Fabry disease: A comprehensive review of literature. Int J Clin Pract 2007; 61(2):293-302.
6. Orteu CH, Jansen T, Lidove O, et al: Fabry disease and the skin: data from FOS, the Fabry outcome survey. Br J Dermatol 2007;157:331-7.
7. Zampetti A, Orteu CH, Antuzzi D, et al: Angiokeratoma: decision-making aid for the diagnosis of Fabry disease. Br J Dermatol 2012;166:712-20.



Resim 1. Gövdede yaygın anjiokeratomlar

SB-02

## PRİMER VE SEKONDER SİFİLİZ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: BÜYÜK TAKLİTÇİNİN COVID-19 PANDEMİSİ İLE GİZLİ YÜKSELİŞİ

Zeynep Kesinkaya

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Çanakkale

**Amaç:** Sifiliz erken tanı alındığında kolayca tedavi edilebilen bir enfeksiyondur; ancak deri bulgularının gösterdiği çeşitlilik nedeniyle birçok dermatolojik hastalık ile karışabilir ve bu sebeple "büyük taklitçi" olarak isimlendirilir. 1-2 COVID-19 pandemisi sonrası yapılan çalışmalarda sifiliz insidansında pandemi öncesi döneme göre gözle görülür bir artış saptanmıştır. 3-5 Bu çalışma-

da, üçüncü basamak bir dermatoloji kliniğinde sifiliz tanısı alan olguların demografik özellikler, klinik bulgular ve tanı aldıkları dönem açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu retrospektif kesitsel tek merkezli çalışmada, 2013-2022 yılları arasında primer ve sekonder sifiliz tanısı alan hastaların dosyaları tanı yılı, tanı yaşı, cinsiyet, hastalık evresi, deri/mukoza bulguları ve eşlik eden diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından incelenmiştir. Olguların tanı aldıkları yıla göre dağılımları COVID-19 pandemisi öncesi ve sonrası döneme göre değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya yaşları 18-61 arasında değişen (ortalama yaş: 31) kadın:erkek oranı 1:3,3 olan 26 olgu dahil edildi. Kliniğimize bu hastalardan bazıları skuamöz hücreli karsinom, pemfigus vulgaris, Behçet hastalığı, pitriasis rosea, eroziv liken planus gibi ön tanımlarla yönlendirilmişti. Primer evrede tanı alan 10 hastanın sekizinde genital şankr, ikisinde ekstrapenital şankr saptandı. Sekonder sifiliz tanısı alan 16 hastada en sık görülen bulgular sırasıyla plak müköz (n=9), palmoplantar papüloskuamöz sifilid (n=7), maküler sifilid (n=6), kondiloma lata (n=3) idi. Yedi hastada (%26,9) HIV enfeksiyonu (n=3), genital kondilom (n= 2), genital herpes (n=1), skabiyez (n=1) olmak üzere eş zamanlı diğer cinsel yolla bulaşan hastalık tanıları mevcuttu. Pandemi öncesi dönemde dokuz hasta sifiliz tanısı almış olup bu olguların yedisi (%77,8) primer sifilizti. Pandemi başlangıcından sonra tespit edilen vaka sayısı 17 olup hastaların büyük çoğunluğu (n=14; %82,3) ikinci evrede tanı aldı.

**Sonuç:** COVID-19 pandemisi sırasında sifiliz olgularında artış ve tanıda gecikmeler gözlenmiştir. Birçok farklı klinik tabloyu taklit edebileceği ve günümüzde yeniden artışa geçtiği göz önünde bulundurulduğunda sifiliz klinisyenler için ayrııcı tanıda her zaman akılda tutulması gereken bir hastalıktır.

**Anahtar kelimeler:** sifiliz, COVID-19, pandemi

#### Kaynaklar

1. Kopelman H, Lin A, Jorizzo JL. A pemphigus-like presentation of secondary syphilis. JAAD Case Rep 2019;5:861-4.
2. Correia E, Gleason L, Krishnasamy S, Cohen A, Bhatti S, Nikbakht N. Secondary syphilis mimicking marginal zone B-cell lymphoma. JAAD Case Rep 2021;20:50-3.
3. Stanford KA, Almirol E, Schneider J, Hazra A. Rising syphilis rates during the COVID-19 pandemic. Sex Transm Dis 2021;48:e81-3.
4. Nazir A, Masood W, Ahmad S, et al. Rise of syphilis surge amidst COVID-19 pandemic in the USA: a neglected concern. Ann Med Surg (Lond) 2022;80:104239.
5. Evangelou K, Rozani S, Pafiti M, Syrigos N. Syphilis transmission: exacerbated due to the COVID-19 pandemic? Ethics Med Public Health 2022;22:100782.

#### SB-03

### AURİKULER KUTANÖZ LEİSHMANİASİS: 12 HASTANIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

İsa An, Kadir Kaya

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa

**Amaç:** Leishmaniasis, Leishmania genusuna ait protozoan parazitlerin neden olduğu bir dizi hastalığı tanımlamaktadır. Kutanöz leishmaniasis (KL) lezyonları özellikle baş-boyun bölgesinde tek veya çoklu lezyonlar şeklinde görülmektedir. KL de aurikuler bölge tutulumu son derece nadirdir. Bu çalışmadaki amacımız KL tanısı konulan ve aurikuler tutulumu olan hastaların klinik özelliklerini, tanı ve tedavi yöntemlerini incelemektir.

**Materyal ve metot:** Bu retrospektif çalışmada Deri ve zührevi hastalıkları kliniğimizde Ekim 2019 – Ekim 2022 tarihleri arasında mikroskopik incelemeyle KL tanısı konulan ve aurikuler tutulumu olan 12 hastanın klinik özellikleri, hastalığın tanı ve tedavi yöntemleri incelendi.

**Bulgular:** Hastaların tamamı erkekti. Tüm hastalarda tek kulak tutulumu mevcuttu. 6(%50) hastada heliks tutulumu, 4(%33) hastada antiheliks tutulumu ve 2(%17) hastada lobül tutulumu mevcuttu. Ortalama lezyon süresi 4,6±2.8 ay ve ortalama lezyon büyüklüğü 3.4±2.3 cm idi. Bütün hastalara KL tanısı direk mikroskopik inceleme ile konuldu ve sistemik meglumin antimonate tedavisi (20mg/kg/gün) 21 gün boyunca verildi.

**Sonuç:** KL de aurikuler bölge tutulumu olabileceği akılda tutulmalı ve mikroskopik inceleme yapılarak hastalığın tanısı doğrulanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Aurikula, heliks, kulak, kutanöz leishmaniasis

#### Kaynaklar

1. Goodrich ES, Sears SC, Sorrells T, Radike JK, Miladi A, Glass JS. A Case of Cutaneous Leishmaniasis guyanensis Mimicking Otitis Externa. Mil Med. 2017;182(7):e1969-e1972.
2. Tarkan Ö, Çetink F, Uzun S. Auricular cutaneous leishmaniasis mimicking neoplastic disease. J Laryngol Otol. 2012;126(8):821-4.
3. Robati RM, Qeisari M, Saeedi M, Karimi M. Auricular enlargement: an atypical presentation of old world cutaneous leishmaniasis. Indian J Dermatol. 2011;56(4):428-9.
4. Diociaiuti A, Giancristoforo S, Calò Carducci FI, et al. Auricular leishmaniasis in a child successfully treated with intralesional amphotericin B. Pediatr Dermatol. 2022;39(5):832-833.
5. Sabri A, Khatib L, Kanj-Sharara S, Hussein ST, et al. Leishmaniasis of the auricle mimicking carcinoma. Am J Otolaryngol. 2009 ;30(4):285-7.



Resim 1.

#### SB-04

### HAFİF YAMA TİPİ ALOPESİ AREATADA OKSİDATİF STRES İLİŞKİSİ: VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Sümeyye Altıntaş Kakış<sup>1</sup>, Gözde Ülfer<sup>2</sup>, Alkım Ünal<sup>3</sup>,  
Mustafa Özdemir<sup>4</sup>, Türkan Yiğitbaşı<sup>2</sup>, Tunç Özen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Göztepe, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Serbest Hekim

**Giriş-Amaç:** Alopesi areata (AA), vücudun herhangi bir yerinde, çoğunlukla saçlı deride meydana gelebilen, ani başlangıçlı, keskin sınırlı alopesik yamalar ile karakterize, kronik, immün

aracılı bir hastalıktır. Etiyolojisi henüz tam olarak aydınlatılmamıştır. Son zamanlarda literatürde oksidatif stres ile AA arasındaki ilişkiye dair artan veriler mevcuttur. Çalışmanın amacı yeni başlangıçlı hafif AA hastalarında toplam oksidan kapasite (TOK), toplam antioksidan kapasite (TAK), oksidatif stres indeksi (OSİ) ile iskemi modifiye albümin (İMA) düzeylerini tespit ederek oksidatif stres(OS) ilişkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma prospektif, tek merkezli, vaka-kontrol araştırması olarak planlandı. Polikliniğimizde muayene edilen ve klinik olarak fokal yama AA tanısı alan, son üç aydır ilaç kullanmayan 36 hasta ve kontrol grubu olarak 34 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi.

AA araştırma ve değerlendirme kılavuzlarına göre S1-S2 kategorisinde 3 cm veya daha küçük boyutta üç veya daha az lezyonu olan hafif yama tarzı AA'sı olan hastalar AA grubuna dahil edildi.

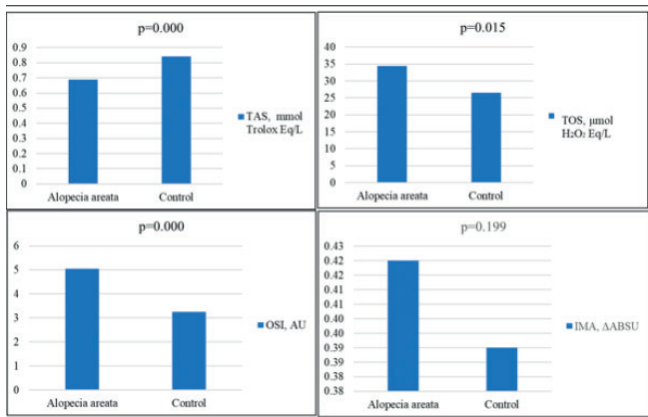
Çalışmaya dahil edilen hastaların lezyon başlangıç zamanı üç ayı geçmedi ve çalışmaya katılmadan önceki üç ay içinde herhangi bir sistemik veya topikal tedavi almadılar. Kontrol grubu, yaş ve cinsiyet açısından AA grubu ile eşleşen hastane personelinin sağlıklı gönüllülerinden oluşturuldu. İki grup arasında serum TAK, TOK, OSİ ve İMA düzeyleri karşılaştırıldı.

Çalışma onayı Medipol Üniversite Hastanesi Etik Kurulu'ndan alındı (Protokol no: 650). Her iki gruptaki katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı.

**Bulgular:** AA hastalarında TOK ve OSİ seviyeleri anlamlı derece de yüksek iken TAK seviyeleri anlamlı derece de düşüktü. (Sırasıyla  $p < 0.05$ ,  $p = 0.0$ ,  $p < 0.05$ ). AA grubunda İMA düzeyi daha yüksek olmasına rağmen iki grup arasında anlamlı fark yoktu ( $p > 0.05$ ; Şekil 1).

**Sonuç:** Son çalışmalar, AA'nın OS ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamız, artmış OS'in yeni başlayan, hafif, fokal AA ile ilişkisini desteklemektedir, ancak bu hasta grubunda İMA yüksekliği anlamlı değildir. OS'in içsel ve dışsal nedenlerini araştırmak ve AA etiopatogenezindeki birincil veya ikincil rolünü belirlemek için daha büyük ve farklı AA grupları ile daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu yaklaşımın yeni tedavilerin geliştirilmesinin önünü açabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler:** alopesi areata, oksidatif stres, iskemi ilişkili albumin



Resim 1.

SB-05

## AKROMEGALİ HASTALARINDA DERİ BULGULARI VE EŞLİK EDEN ENDOKRİNOPATİLERLE İLİŞKİSİ

İsa An<sup>1</sup>, Filiz Cebeci Kahraman<sup>2</sup>, Aslı Bilgiç<sup>3</sup>, Aysun Şıkar Aktürk<sup>4</sup>, Hülya Albayrak<sup>5</sup>, Demet Kartal<sup>6</sup>, Salih Levent Çınar<sup>6</sup>, Sezgi Sarıkaya Solak<sup>7</sup>, Meltem Uslu<sup>8</sup>, Hatice Erdi Şanlı<sup>9</sup>, İncilay Kalay Yıldızhan<sup>9</sup>, Mustafa Turhan Şahin<sup>10</sup>, İlkin Zındancı<sup>11</sup>, Sevil Savaş<sup>12</sup>, Erhan Ayhan<sup>13</sup>, Murat Cinel<sup>14</sup>, Elif Nazlı Serin Atas<sup>15</sup>, Mustafa Aydemir<sup>15</sup>, Alev Selek<sup>16</sup>, Gülşah Elbüken<sup>17</sup>, Said Şafii Zuhur<sup>17</sup>, Züleyha Karaca<sup>18</sup>, Buket Yılmaz Bülbül<sup>19</sup>, Mustafa Ünübol<sup>20</sup>, Özgür Demir<sup>21</sup>, Zeliha Hekimsoy<sup>22</sup>, Mazhar Tuna<sup>23</sup>, Miray Asilsoy<sup>24</sup>, Sedat Çetin<sup>25</sup>

<sup>1</sup>Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Şanlıurfa, <sup>2</sup>Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, İstanbul, <sup>3</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bölümü, Antalya, <sup>4</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bölümü, Kocaeli, <sup>5</sup>Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bölümü, Tekirdağ, <sup>6</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bölümü, Kayseri, <sup>7</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bölümü, Edirne, <sup>8</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bölümü, Aydın, <sup>9</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara, <sup>10</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bölümü, Manisa, <sup>11</sup>Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, İstanbul, <sup>12</sup>İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, İstanbul, <sup>13</sup>Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Diyarbakır, <sup>14</sup>Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Şanlıurfa, <sup>15</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Antalya, <sup>16</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Kocaeli, <sup>17</sup>Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Tekirdağ, <sup>18</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Kayseri, <sup>19</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Edirne, <sup>20</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Aydın, <sup>21</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Ankara, <sup>22</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Manisa, <sup>23</sup>Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, İstanbul, <sup>24</sup>Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, İstanbul, <sup>25</sup>Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Diyarbakır

**Amaç:** Akromegali nadir görülen, epifizler kapandıktan sonra aşırı Growth Hormon (GH) salgılanmasından kaynaklanan, sistemik bir hastalıktır. Akromegalide görülen deri değişiklikleri genellikle hastalığın ilk belirtisidir. Bu çalışmanın amacı; akromegali hastalarında deri bulgularını saptamaktır. İlaveten bu bulguların hastalığın remisyonda durumu ve eşlik eden endokrinopatilerle olan ilişkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Bu prospektif çok merkezli çalışmaya, 14 ayrı üçüncü basamak sağlık kuruluşunda, akromegali ile takip edilen, 18 yaş üstü, 278 hasta dahil edildi. Tüm hastaların demografik verileri, eşlik eden endokrinopatiler ve remisyonda olma durumları kaydedildi. Ayrıntılı deri muayenesi yapılarak, deri lezyonlarının sıklığı araştırıldı. Saptanan deri bulgularının; remisyonda olan ve remisyonda olmayan hastalar arasında ve eşlik eden endokrinopatilerle olan ilişkisi değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmamızdaki akromegali hastalarında sık görülen deri bulguları sırasıyla; skin tag (%52.5), cherry anjioma (%47.4), sebore (%37), variköz venler (%33), akneiform lezyonlar (%28.8), hiperhidroz (%26.9) ve hipertrikoz (%18.3) idi. Remisyonda olmayan hastalarda, remisyonda olanlara göre, hipertrikoz anlamlı olarak daha yüksekti ( $p:0.001$ ). Cherry anjioması olan hastalarda, hipotroidi eşlik etme sıklığı, Cherry anjioma olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı ( $p:0.024$ ). Variköz veni olan hastalarda diabetes mellitus ve hi-

potroidi eşlik etme sıklığı, variköz veni olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (p değerleri sırasıyla 0.001, 0.017). Tablo 1'de Akromegali hastalarında görülen komorbiditeler, Figür 1'de saptanan deri bulgularından bazı imajlar, Tablo 2'de akromegalilerdeki deri bulgularının sıklığı, Tablo 3'de remisyonunda olan ve olmayan hastaların demografik özellikleri, en sık görülen ilk 10 deri lezyonu ve eşlik eden endokrinopati durumları görülmektedir.

**Tartışma:** Deri, klinisyenlerin endokrin hastalığını anlaması ve teşhis etmesi için bir pencere görevi görür(1). Bu yönüyle diyabet ve hipotiroidi gibi endokrinopatilerin deri bulguları iyi tanımlanmış gibi gözükse de akromegali-deri ilişkisiyle ilgili sınırlı veri bulunmaktadır(2,3,4,5). Bu küçük ölçekli veriler; GH ve IGF-1'in hipersekresyonu ile deri ve adnekslerdeki farklılaşmanın sonucu olarak, skin tag, cherry angioma, sebore, variköz venler, akneiform lezyonlar, hipertrikoz, seboreik keratoz ve akantozis nigrikans deri lezyonlarının sıklığını vurgulamaktadır(2,3,4,5). Biz çalışmamızda akromegalili hastalarının neredeyse yarısında skin tag ve cherry anjiomanın görüldüğüne dikkat çekmek istiyoruz. İlaveten, sebore, akne, akantozis nigrikans gibi insülin direnci ve kutanöz androjenizasyon bulgularının sıklığını da vurgulamak istiyoruz. Klinisyenlerin akromegalilerdeki deri bulgularının erken farkında olmaları, insülin direnci gibi olası metabolik komplikasyonları önlemek açısından yarar sağlayacaktır. Bu hastalarda diyabet ve hipotiroidi gibi eşlik eden endokrinopatilerin sıklığından dolayı, deri lezyonlarında çeşitliliğinin de oluşabileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Akromegali, deri, endokrinopati, skin tag, cherry angioma

#### Kaynaklar

1. Lause M, Kamboj A, Fernandez Faith E. Dermatologic manifestations of endocrine disorders. *Transl Pediatr.* 2017;6(4):300-312.2
2. Akoglu G, Metin A, Emre S, Ersoy R, Cakir B. Cutaneous findings in patients with acromegaly. *Acta Dermatovenerol Croat* 2013;21:224-9.
3. Dahbar M, Danilowicz K, Malavela M, Velásquez D, Allevato M, Cabrera H, et al. Cutaneous manifestations of acromegaly. *Dermatol Argent* 2009;15:186-190.
4. Arya KR, Krishna K, Chadda M. Skin manifestations of acromegaly – a study of 34 cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 1997;63:178-80.
5. Resende M, Bolfi F, Nunes Vdos S, Miot HA. Prevalence of dermatologic disorders in 15 patients with acromegaly. *An Bras Dermatol* 2012;87:166-8.



**Resim 1.** Saptanan deri bulgularından bazı örnekler (a: cutis verticis gyrata, b: variköz venler, c: kserozis cutis, d: vitiligo, e: cherry anjioma, f: skin tag, g: akantozis nigrikans)

**Tablo 1.** Akromegali hastalarında görülen komorbiditeler

Komorbiditeler	Hasta sayısı(n:278)	Yüzde (%)
Endokrinopatiler	180	64.6
Diabetes mellitus	111	39.9
Hipotiroidi	99	35.6
Hipogonadizm	36	12.9
Adrenal yetmezlik	23	8.2
Hipertiroidi	7	2.5
Galaktore	5	1.7
Hiperparatiroidi	3	1.1
Kardiyak komorbiditeler	130	46.7
Hipertansiyon	102	36.6
Aritmi	26	9.3
Koroner hastalık	2	0.7
Görme bozukluğu	64	23
Uyku apne sendromu	53	19
Anemi	40	14.3
Cinsel fonksiyon bozukluğu	37	13.3
Osteoporoz	21	7.5
Artrit	20	7.1
Karpal tünel sendromu	19	6.8
Serebrovasküler olay	5	1.7

**Tablo 2.** Akromegali hastalarında görülen deri bulguları

Deri bulguları	Hasta sayısı (n:278)	Yüzde (%)	Deri bulguları	Hasta sayısı (n:278)	Yüzde (%)
Skin tag	146	52.5	Vitiligo	4	%1.6
Cherry anjioma	132	47.4	Kallus	3	%1.2
Sebore	103	37	Pitriazis versikolor	3	%1.2
Variköz ven	92	33	Efelid	3	%1.2
Akneiform lezyon	80	28.8	Cafe au lait	2	%0.8
Hiperhidroz	75	26.9	Verruka vulgaris	2	%0.8
Hipertrikoz	51	18.3	Herpes labialis	2	%0.8
Kserozis kutis	48	17.2	Stria	2	%0.8
Seboreik keratoz	27	9.7	Hemanjioma	2	%0.8
Akantozis nigrikans	21	7.5	Ksanteleza	2	%0.8
Tinea pedis	19	6.8	Atopik dermatit	2	%0.8
Cutis verticis gyrata	18	6.4	Hidradenitis supurativa	2	%0.8
Epidermal kist	16	5.8	Keloid	1	%0.4
Benign melanositik nevüs	16	5.8	Liken planus	1	%0.4
Pruritus	12	4.8	Prurigo nodularis	1	%0.4
İrritan/alerjik kontak dermatit	10	3.6	Akne rozasea	1	%0.4
Seboreik dermatit	10	3.6	Eritema anulare santrifigum	1	%0.4
Keratozis pilaris	8	3.2	Sebace hiperplazi	1	%0.4
Postenflamatuvar hiperpigmentasyon	8	3.2	Siringom	1	%0.4
Milyum	7	2.8	Dermatofibroma	1	%0.4
Melesma	7	2.8	Eritrazma	1	%0.4
Lipom	7	2.8	Herpes zoster	1	%0.4
Trikilemmal kist	6	2.1	Becker nevüs	1	%0.4
Palmoplantar keratoderma	5	1.8	Nevus flammeus	1	%0.4

**Tablo 3.** Remisyonda olan ve remisyonda olmayan hastaların demografik özellikleri, en sık görülen ilk 10 deri lezyonu ve eşlik eden endokrinopati durumları

Parameter	All patients (n: 278)	Remission (n:157)	Non remission (n:121)	Statistical significance
Sex	278	157	121	0.129
Male	119	61	58	
Female	159	96	63	
Age (years)	50.84±11.91	51.44±11.59	50.06±12.32	0.336
<b>Deri lezyonları</b>				
Skin tag	146	77	69	0.154
Cherry anjioma	132	75	57	0.913
Sebore	103	51	52	0.073
Variköz ven	92	56	36	0.299
Akneiform lezyon	80	39	41	0.226
Hiperhidroz	75	37	38	0.085
Hipertrikoz	51	18	33	0.001*
Kserozis kutis	48	34	14	0.001*
Seboreik keratoz	27	15	12	0.124
Akantozis nigrikans	21	14	7	0.327
Endokrinopatiler	180	73	107	0.134
Diabetes mellitus	111	65	46	0.568
Hipotiroidi	99	56	43	0.982
Hipogonadizm	36	24	12	0.123
Adrenal yetmezlik	23	12	11	0.664
Hipertiroidi	7	7	0	0.019
Galaktore	5	4	1	0.284
Hiperparatiroidi	3	2	1	0.720

## SB-06

**ORAL İSOTRETİNOİN TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA HEKİM YÖNETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**Rumeysa Nur Algan<sup>1</sup>, Ceyda Çaytemel<sup>2</sup>, Şenay Ağırçöl<sup>1</sup>, Zafer Türkoğlu<sup>1</sup><sup>1</sup>SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul<sup>2</sup>Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** İsoetretinoin topikal tedaviler ve sistemik antibiyotiklere yanıt vermeyen şiddetli akne vulgaris tedavisinde endike olan A vitamini türevi bir preparattır. 1982 yılından beri Food Drug Administration (FDA) tarafından onayı olan ilaç son yıllarda rozacea ve seboreik dermatit gibi hastalıklarda da kullanım alanı bulmuştur. İlaç kullanımının yaygınlaşmasına rağmen, reçeteleme sonrası takip ve öneriler konusunda bir görüş birliği bulunmamaktadır. Başta teratojenite olmak üzere birçok yan etkiye sahip olması nedeniyle reçeteleme sonrası takipte hekim ve hasta için ortak bir sorumluluk gerektirmektedir. Bu çalışmanın amacı, oral isotretinoin reçete eden hekimlerin hasta takibinde yaklaşım ve yönetim farklılıklarını değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmaya 6 aydan daha uzun süredir isotretinoin reçeteleme tecrübesi olan 250 dermatoloji hekimi dahil edildi. 24 sorudan oluşan çoktan seçmeli anket üzerinden cevaplar kaydedildi. Güncel kılavuzlarda yer alan bilgiler doğrultusunda hekim tecrübesine dayalı farklı seçenekler sunulmuş soru şablonları oluşturuldu. Soruların bir kısmında birden fazla seçenek işaretlenmesine olanak sağlandı. 'Diğer' seçeneği ile hekimlerin

kendi görüşlerini yazabilecekleri bir biçimde tasarlandı. Hekimler yaş, mesleki yıl, çalışılan kurum ve akademik ünvanına göre kategorize edildi. Hekimlerin oral isotretinoin reçeteleme hasta yaşı, dozu, tetkik takibi, kontrasepsiyon önerileri ve takibi, diyet ve spor önerileri, lazer uygulamaları ve diğer işlemlere yaklaşımları, eklem bulgularına yaklaşımları, ilacın mevsimsel kullanımına ilişkin yaklaşımları, birlikte kullanılan topikal ve yardımcı tedavilere yaklaşımları, tedavi kesme kararı ve nüks durumunda yeniden başlamaya olan yaklaşımları değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışılan kuruma göre yaz aylarında daha düşük dozlarda ilaç reçete ederim ve etmem diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,028). Çalışılan kuruma göre ilaç dozlamam mevsimsel değişiklik göstermez cevabını verenler ve vermeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Akademik ünvan ile oral isotretinoin tedavisini seboreik dermatit (p=0,002), hidradenitis süpürativa (p=0,006) ve saçlı deri folikülitleri (p=0,027) tedavisinde kullanım ve kullanmam diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Yaş gruplarına göre oral isotretinoin tedavisini yaşlanma karşıtı uygulamalarda kullanım ve kullanmam diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,025).

**Sonuç:** Oral isotretinoin sık kullanılan bir ilaç olmasına rağmen hekimler arasında pek çok noktada farklı yaklaşımlar mevcuttur. İlacın endikasyon dışı kullanımında ve mevsime göre ilaç reçeteleme açısından akademik ünvan ve yaşa göre gruplar arasında anlamlı farklar bulundu. Güncel kılavuzlarda önerilmesine rağmen hekimlerin birçoğunun hemogram ve CK takibi yaptığı görüldü. Kadın hastalarda β-hcg takibi ve kan bağıışı konusunda bilgilendirme eksiklikleri olduğu farkedildi. Bazı ülkelerde uygulanmakta olan iPLEDGE gibi takip programlarının ülkemize uyarlanması hem hasta hem de hekim uyumunu teratojen yan etkilerden korunmak konusunda artırabilir.

**Anahtar kelimeler:** akne vulgaris, isotretinoin

**Kaynaklar**

1. Nast A, Dréno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R, Finlay AY, Ganceviciene R, Haedersdal M, Layton A, López-Esteban JL, Ochsendorf F, Oprica C, Rosumek S, Rzany B, Sammain A, Simonart T, Veien NK, Živković MV, Zouboulis CC, Gollnick H; European Dermatology Forum. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26:1-29.
2. Andrea L Zaenglein, Arun L Pathy, Bethanee J Schlosser, Ali Alikhan, Hilary E Baldwin, Diane S Berson, Whitney P Bowe, Emmy M Graber, Julie C Harper, Sewon Kang, Jonette E Keri, James J Leyden, Rachel V Reynolds, Nanette B Silverberg, Linda F Stein Gold, Megha M Tollefson, Jonathan S Weiss, Nancy C Dolan, Andrew A Sagan, Mackenzie Stern, Kevin M Boyer, Reva Bhushan, Guidelines of care for the management of acne vulgaris, J Am Acad Dermatol, 2020 Jun;82(6):1576.
3. C. Dessinoti, C.C. Zouboulis, V. Bettoli, D. Rigopoulos, Comparison of guidelines and consensus articles on the management of patients with acne with oral isotretinoin, Journal of European Academy of Dermatology&Venerology, 2020, 34,2229–2240

## SB-07

**BIYOLOJİK AJAN TEDAVİSİ SIRASINDA YAPILAN HEPATİT B AŞISININ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sezgi Sarıkaya Solak, Gizem Karapınar

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Edirne

**Giriş:** Biyolojik ajanlar immünsüpresif etkileri nedeniyle hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonunun seyrinin daha kötü olması



na sebep olabilir. Bu nedenle bu tedavileri alan hastalarda HBV aşılamalarının yapılması önem arz etmektedir. Sağlıklı insanlarda HBV aşısı sonrası gelişen koruyucu antikor yanıtı %90'ın üzerindedir. Biyolojik ajan kullanan hastalarda ise, aşılar karşı oluşacak antikor yanıtının azalabileceğini gösteren kısıtlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmaların büyük çoğunluğunda, romatolojik veya inflamatuvar bağırsak hastalığı olan ve/veya anti-TNF kullanan hastaların HBV aşı yanıtları değerlendirilmiştir. Çalışmamızda ise biyolojik ajan kullanımının giderek arttığı psoriasis vulgaris (PSV) veya hidradenitis süpürativa (HS) gibi dermatolojik hastalıklarda, anti-TNF ve/veya anti-TNF dışı biyolojik ajan kullanırken yapılan HBV aşı yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğinde PSV veya HS tanısı ile takip edilen ve biyolojik ajan kullanan hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Biyolojik tedavi öncesi, Hepatit B yüzey antijeni (HBsAg), Hepatit B yüzey antikor (Anti-HBs) ve Hepatit B kor antikor (anti-HBc) tetkiklerinin tümü bakılarak negatif olduğu saptanan ve biyolojik ajan tedavisi başladıktan sonra bu tedavileri kullanırken HBV aşısı olan hastalar değerlendirmeye alınmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik bilgileri, aşıdan sonra oluşan anti-HBs antikor seviyeleri kaydedilerek aşı yanıtları değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Biyolojik ajan tedavisi alan 173 hastanın (140 PSV, 31 HS ve 2 PSV ve HS) verileri tarandı. Bunlar içerisinde HBV serolojileri negatif (anti-HBs <10 mIU/ml ve anti-HBc negatif) olan ve biyolojik ajan tedavisi kullanırken HBV aşısı uygulandığı belirlenen 70 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlendi.

Biyolojik ajan tedavisi sırasında HBV aşısı olan hastalar (n=70) içerisinde, üç doz aşı sonrası anti-HBs antikor seviyeleri 62 (%88.5) hastada bakılmıştı. Bu hastaların 42'sinde (%67.7) aşı yanıtı olduğu (anti-HBs antikor seviyesi  $\geq 10$  mIU/ml) bulundu. Üçüncü doz HBV aşısı sonrası saptanan anti-HBs antikor seviyesi ortalama  $249.9 \pm 376.2$  idi. Üçüncü doz HBV aşısı sonrası oluşan anti-HBs antikor yanıtları biyolojik ajan tedavi çeşidine göre incelendiğinde; adalimumab kullananlarda %68.4 (n=13), ustekinumab kullananlarda %70 (n=7), sekukinumab kullananlarda %64.7 (n=11) ve iksekizumab kullananlarda %66.7 (n=8) oranında aşı yanıtı geliştiği (anti-HBs antikor seviyesi  $\geq 10$  mIU/ml) görüldü.

Üçüncü doz HBV aşısı sonra aşı yanıtı gelişen (anti-HBs antikor  $\geq 10$  mIU/ml) ve gelişmeyen (anti-HBs <10 mIU/ml) hastalar yaş, cinsiyet, hastalık tipi, VKİ, sigara kullanımı, DM varlığı ve biyolojik ajan çeşidi açısından karşılaştırıldı. Erkek hastalarda aşı yanıtının kadın hastalara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu (p=0.013), diğer parametreler açısından ise fark olmadığı saptandı. (Tablo 2)

**Sonuç:** Çalışmamız; PSV ve HS tanılı hastalarda biyolojik ajan tedavilerinin kullanımı sırasında uygulanan HBV aşı yanıt oranlarının, sağlıklı insanlarda görülen aşı yanıt oranlarına göre düşük olduğunu göstermiştir. Erkek cinsiyet azalmış aşı yanıtı ile ilişkili bulunmuştur. Sonuçlarımız biyolojik ajan kullanması planlanan PSV ve HS tanılı hastalarda, HBV aşılarının tedaviye başlanmadan önce tamamlanmasının daha uygun olduğuna işaret etmektedir.

**Anahtar kelimeler:** biyolojik ajan, psoriasis, hidradenitis süpürativa, hepatit b, hepatit b aşısı

**Tablo 1.** Biyolojik ajan tedavisi kullanırken HBV aşısı uygulanan hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Hastalar
<b>Yaş (ort ± SS)</b>	44.84 ± 12.56
<b>Cinsiyet (n, %)</b>	
Kadın	24 (34.3)
Erkek	46 (65.7)
<b>Hastalık (n, %)</b>	
PSV	55 (78.6)
HS	15 (21.4)
<b>Vücut Kitle İndeksi (ort ± SS)</b>	29.30 ± 5.92
<b>Hastalık Süresi (ort ± SS)</b>	16.04 ± 10.62
<b>Sigara Kullanımı (n, %)</b>	
Kullanmıyor	33 (47.1)
Kullanıyor	37 (52.9)
<b>Diyabetes Mellitus (n, %)</b>	
Yok	54 (77.1)
Var	16 (22.9)
<b>Biyolojik Ajanlar (n, %)</b>	
Adalimumab	23 (32.9)
Ustekinumab	12 (17.1)
Sekukinumab	17 (24.3)
İksekizumab	14 (20)
Guselkumab	2 (2.9)
Risankizumab	2 (2.9)
<b>Total (n, %)</b>	70 (100)
<b>Üç doz HBV aşısı sonrası anti-HBs antikor seviyesi</b>	
<b>Hasta sayısı (n, %)</b>	62 (88.57)
<b>Anti-HBs antikor seviyesi (ort ± SS)</b>	249.98 ± 376.23
<b>Anti-HBs antikor seviyesi <math>\geq 10</math> mIU/ml (n, %)</b>	42 (67.7)**

SS: Standart sapma, PSV: Psoriasis vulgaris, HS: Hidradenitis süpürativa

\*\*Üç doz HBV aşısı sonrası antikor seviyesi bakılan hastalar içerisinde aşı yanıtı gelişenlerin oranı

**Tablo 2.** Biyolojik ajan tedavisi kullanırken üç doz HBV aşısı uygulanan hastalarda aşı yanıtı oluşan ve oluşmayan hastaların karşılaştırılması

	Hepatit B aşısı yanıtı oluşmayan hastalar (Anti-HBs < 10 mIU/ml)	Hepatit B aşısı yanıtı oluşan hastalar (Anti-HBs ≥ 10 mIU/ml)	P değeri
Yaş (ort ± SS)	46.95 ± 11.08	44.33 ± 12.90	0.439
Cinsiyet (n, %)			
Kadın	3 (4.8)	20 (32.3)	0.013*
Erkek	17 (27.4)	22 (35.5)	
Hastalık (n, %)			
PSV	15 (24.2)	37 (59.7)	0.269
HS	5 (8.1)	5 (8.1)	
Vücut Kitle İndeksi (ort ± SS)	29.33 ± 5.36	28.86 ± 5.87	0.451
Sigara Kullanımı (n, %)			
Kullanmıyor	10 (16.1)	20 (32.3)	0.861
Kullanıyor	10 (16.1)	22 (35.5)	
Diyabetes Mellitus (n, %)			
Yok	13 (21)	35 (56.5)	0.120
Var	7 (11.3)	7 (11.3)	
Biyolojik Ajanlar (n, %)			
Adalimumab	6 (9.7)	13 (21)	0.993**
Ustekinumab	3 (4.8)	7 (11.3)	
Sekukinumab	6 (9.7)	11 (17.7)	
İksekizumab	4 (6.5)	8 (12.9)	
Guselkumab	0 (0)	2 (3.2)	
Risankizumab	1 (1.6)	1 (1.6)	
<b>Toplam (n, %)</b>	<b>20 (32.26)</b>	<b>42 (67.74)</b>	

\*p < 0.05, SS: Standart sapma, PSV: Psoriasis vulgaris, HS: Hidradenitis süpürativa  
\*\*Risankizumab ve guselkumab grubunda hasta sayısının az olması nedeniyle istatistiksel hesaplamalara dahil edilmemiştir.

## SB-08

**ANNELERİN ÇOCUKLARINI VE KENDİLERİNİ GÜNEŞTEN KORUMA ALIŞKANLIKLARI**

Melek Aslan Kayıran, Elif Ekin Alpdoğan

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Küçük yaşlarda uzun süreli güneşe maruz kalmanın ve güneş yanığı hikâyesinin ileri yaşlarda deri kanseri için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Deri kanseri haricinde, güneş yaydığı ultraviyole radyasyonlar nedeniyle birçok deri hastalığına neden olabilmekte veya mevcut bazı deri hastalıklarının semptomlarını arttırabilmektedir. Çalışmamızla annelerin güneşin zararlı etkileri hakkındaki bilgilerini, hem kendilerini hem de çocuklarını güneşten koruma ile ilgili alışkanlıklarını ve güneşe maruz kalma özelliklerini ortaya koymayı amaçladık.

**Yöntem ve Gereçler:** Dermatoloji polikliniğine başvuran ve 18 yaş altında en az bir çocuğu olan annelere kendilerini ve çocuklarını güneşten korumak için kullandıkları yöntemleri ve güneşten korunma ile ilgili bilgilerini sorduk. Hastaların sosyodemografik özellikleri de not edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 74 annenin (39,68±5,58yıl), 54'ü kız (9,33±5,08yıl) 60'ı erkek (9,79 ±4,36yıl) toplam 114 çocuğu (9,56±4,68) vardı. Annelerin %57,89'u çocuğunu, %56,76'sı ise kendisini güneşten koruduğunu ifade ediyordu. Günlük hayatta güneş koruyucu kullananlar %59,46 iken çocuklarına uygulayanlar %52,63'dü. Sadece %40,55'i gebelik döneminde güneşten korunmuştu. %58,11'i sağlık sigortaları-

nın güneş koruyucuları her koşulda karşılaşması gerektiğini düşünüyordu. %60,81'i güneşten koruma bilgilerini yeterli buluyordu. %82,43'ü güneş koruyucu sürünce güneşlenebileceğini düşünüyordu.

**Tartışma ve Sonuç:** Annelerin günlük hayatta da kendileri ve çocukları için güneş koruyucu kullanma alışkanlığının artırılması gelecekteki deri kanserlerinin önlenmesi açısından önemli görünmektedir. Güneşten korunma bilgilerine güvenseler de bu konuda eğitime ihtiyaçları vardır. Dermatoloji derneklerinin önderliğinde verilecek eğitimler oldukça faydalı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Güneş, Güneşten korunma, Güneş koruyucu, Anneler, Çocuklar

**Kaynaklar**

- Gilchrist JD, Morris KL, Dwyer LA, Conroy DE. Patterns of sun safety behaviors in parents: Associations with physical activity, sedentary behavior, and access to neighborhood physical activity resources. *Prev Med.* 2020;132:105976. doi:10.1016/j.ypmed.2019.105976
- Aslan Kayıran M, Özcan İ, Gürel MS. Investigation of patient awareness and attitude in dermatology. *Acibadem Univ. Sağlık Bilim. Derg.* 2021; 12 (3): 604-609
- McNoe BM, Morgaine KC, Reeder AI. Effectiveness of Sun Protection Interventions Delivered to Adolescents in a Secondary School Setting: A Systematic Review. *J Skin Cancer.* 2021 Mar 4;2021:6625761. doi: 10.1155/2021/6625761. PMID: 33747567; PMCID: PMC7952177.
- Cercato MC, Nagore E, Ramazzotti V, Sperduti I, Guillén C. Improving sun-safe knowledge, attitude and behaviour in parents of primary school children: a pilot study. *J Cancer Educ.* 2013 Mar;28(1):151-7. doi: 10.1007/s13187-012-0413-5. PMID: 23055129.

**Tablo 1.** Annelerin kendilerini ve çocuklarını güneşten koruma alışkanlıkları

		Anne	Çocuk	P değeri
Gebelikte güneşten korunma	Evet/Bazen	30 (%40.5)	-	
	Hayır	44 (%59.5)		
Güneşten korunma alışkanlığı	Var	42 (%56.8)	66 (%57.9)	P=0.000
	Yok	32 (%43.2)	48 (%42.1)	
Kışın güneşten korunma	Evet/Bazen	12 (%16.2)	6 (%5.3)	P= 0.163
	Hayır	62 (%83.8)	108 (%94.7)	
Şehirde güneş koruyucu kullanımı	Uygulamam	30 (%44.6)	54 (%52.6)	P=0.000
	Uygularım	44 (%55.4)	60 (%47.4)	
Tatilde güneş koruyucu kullanımı	Uygularım	60 (%81.1)	102 (%89.5)	P=0.000
	Uygulamam	14 (%18.9)	12 (%10.5)	
Güneş koruyucu kullanma	Hiç kullanmam	6 (%8.1)	5 (%4.4)	P=0.000
	SP30 ve altı	9 (%12.2)	14 (%12.2)	
	SPF30-50 arası	18 (%24.3)	22 (%19.3)	
	SPF 50 ve üstü	29 (%39.2)	54 (%47.4)	
	SPF'sini bilmiyor	12 (%16.2)	19 (%16.7)	
Uygulama sıklığı	Bir kez	27 (%36.5)	31 (%27.2)	P=0.081
	Dört saatte bir	7 (%9.5)	21 (%18.4)	
	Aklıma geldikçe	29 (%39.1)	52 (%45.6)	
	Sürmem	11 (%14.9)	10 (%8.8)	

SB-09

## AKNE VULGARİS HASTALARINDA PARAOKSONAZ ENZİM AKTİVİTESİNİN ÖLÇÜMÜ VE P/Q 192 POLİMORFİZMİNİN BELİRLENMESİ

İlkay Can<sup>1</sup>, Çiğdem Bilen<sup>2</sup>, Nahit Gencer<sup>3</sup>, Savaş Öztürk<sup>4</sup>, Arzu Kılıç<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Balikesir Atatürk Şehir Hastanesi, Dermatoloji, Balikesir

<sup>2</sup>Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen-edebiyat Fakültesi, Kimya Bölümü, İstanbul

<sup>3</sup>Balikesir Üniversitesi, Fen-edebiyat Fakültesi, Kimya Bölümü, Balikesir

<sup>4</sup>Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Dermatoloji, Elazığ

<sup>5</sup>Balikesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji, Balikesir

**Giriş ve Amaç:** Akne vulgaris yüz, sırt ve gövde derisinde yoğun olarak bulunan pilosebace foliküllerin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır(1). Akne patogenezinde oksidatif stresin varlığına yönelik çalışmalarda inflamasyon, oksidatif stres ve akne ilişkisini incelemiştir ve günümüzde akne vulgarisin gelişiminde oksidatif stresin etkili olduğunu gösteren verilerin sayısı giderek artmaktadır(2-4). Bu araştırmanın amacı; Akne vulgaris tanısı alan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasındaki serum paraoksonaz (PON1) aktivitesinin karşılaştırılması ve PON1 fenotipinin belirlenmesidir(5-7).

**Materyal ve Yöntemler:** Bu çalışma için Balikesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığından 17.11.2014 tarih ve 2014/94 sayılı kararı ile etik kurul onayı ve çalışmaya katılanlardan bilgilendirilmiş onay formu alınmıştır. Çalışmamızın örneklemini, Balikesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran orta ve şiddetli akne vulgaris tanısı alan (n=50) hastalardan oluşmaktadır. Bununla birlikte, hasta grubuyla benzer yaş ve cinsiyete sahip olan (n=52) sağlıklı gönüllüler çalışmaya alınmıştır. Hastalara orta ve şiddetli akne vulgaris tanısı koyulurken Global Akne Skorlama Sistemi kullanılmıştır. Akne vulgaris hastalarının ve sağlıklı gönüllülerin serum PON1 aktiviteleri spektrofotometrik olarak ölçülerek her iki grup arasında istatistiki değerlendirme yapıldı ve PON1 fenotipik polimorfizmi belirlendi.

**Sonuçlar:** Çalışmamıza alınan hasta ve kontrol grubunda serumda PON1, TKOL, HDL, LDL, VLDL, TG düzeyleri çalışıldı ve gruplar arası farklar karşılaştırıldı. TKOL, TG, HDL, LDL açısından her iki grup arasında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Hasta grubundaki olgularda PON1 aktivite düzeyi (36,149±14,536); kontrol grubundaki olgulara (48,173±18,753) göre anlamlı olarak düşüktü (p=0,000<0,05) (Tablo 1). Çalışmamızda PON1 fenotipik polimorfizmi olarak QQ, QR, RR olmak üzere trimodal dağılım belirledik. Fenotipik dağılım açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu (X<sup>2</sup>=23,360; p=0,000<0,05) ( Tablo 2). Çalışmamızda akne vulgaris hastalarında serum PON1 aktivitesi ile kontrol grubunu karşılaştırıldığında, hastaların serum PON1 aktivite düzeyini (36,149±14,536); kontrol grubundaki olgulara (48,173±18,753) göre anlamlı olarak düşük bulduk (p=0,000). PON1 fenotipi olarak trimodal dağılım belirledik. Hasta grubumuzda QQ fenotipi %48, QR %24 ve RR %28 olarak tespit edildi. Kontrol grubumuzda ise değerler sırasıyla %5,8, %44,2, %50 bulundu. Çalışmamızda akne vulgaris hastalarında serum PON1 aktivitesi ile kontrol grubunu karşılaştırıldığında, hastaların serum PON1 aktivite düzeyini (36,149±14,536); kontrol grubundaki olgulara (48,173±18,753) göre anlamlı olarak düşük bulduk (p=0,000). PON1 fenotipi olarak trimodal dağılım belirledik. Hasta grubumuzda QQ fenotipi %48, QR %24 ve RR %28 olarak tespit edildi. Kontrol grubumuzda ise değerler sırasıyla %5,8, %44,2, %50 bulundu.

**Tartışma:** Akne ve oksidatif stres arasındaki ilişki P. acnes kolonizasyonuna dayandırılmaktadır. P. acnes ve oksidatif stres ilişki-

sinin yanı sıra bazı araştırmacılar, akne vulgaris'i sebum artışının temel rol oynadığı bir oksidatif stres kaynaklı hastalık olarak kabul etmektedir(6). Akne vulgaris patogenezini üzerine oksidatif stresin etkinliğinin araştırıldığı birçok çalışmada akneli hasta grupları ile sağlıklı kontrol grupları arasında çeşitli oksidatif stres parametreleri arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır(6-10). Kalsiyum bağımlı bir ester hidrolaz olan PON1'in en iyi bilinen koruyucu fonksiyonu, organofosfat nörotoksinleri, aromatik karboksilik asit esterlerini ve insektisidleri hidroliz etmesidir(11,12). PON1'in son yıllarda üzerinde durulan diğer bir fonksiyonu ise antioksidan aktiviteye sahip olmasıdır. Serum PON1 plazmada HDL ile birlikte bulunur ve plazma lipoproteinlerinin oksidasyonunu önlemede önemli bir yere sahiptir(13). Biz araştırmamızda yaş ve cinsiyet dağılımları benzer 50 akne vulgaris hastası ve 52 kontrol grubundan alınan serum örneklerinde PON1 enziminin aktivitesi ve fenotipik polimorfizmini inceledik. Akne vulgaris hastalarındaki serum PON1 aktivitesi ile kontrol grubu karşılaştırıldığında, hastaların serum PON1 aktivite düzeyini (36,149±14,536); kontrol grubundaki olgulara (48,173±18,753) göre anlamlı olarak düşük bulduk (p=0,000) Yaptığımız bu çalışma akne vulgaris hastalarında PON1 fenotipi belirlenmesi üzerine yapılan ilk çalışmadır. Hasta grubumuzda QQ fenotipi %48, QR %24 ve RR %28 olarak tespit edildi. Kontrol grubumuzda ise değerler sırasıyla %5,8, %44,2, %50 bulundu. Sonuçlardan anlaşılacağı gibi akne vulgaris grubunda PON1 QQ alleli daha yüksekken, RR alleli kontrol grubuna göre çok daha düşük olduğu görülmektedir. Akne vulgaris olgularında aktivitesi düşük QQ allelinin yüksek olması çalışmamızın en çarpıcı sonuçlarındandır.

### Kaynaklar

1. Chan JJ, Rohr JB. Acne vulgaris: yesterday, today and tomorrow. *Australas J Dermatol.* 2000;41 Suppl:S69-72.
2. Dreno B, Poli F. Epidemiology of acne. *Dermatology.* 2003;206(1):7-10.
3. Bologna J, Jorizzo JL, Schaffer JV. *Dermatology.* 3 ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. 545-59 p.
4. Akamatsu H, Horio T, Hattori K. Increased hydrogen peroxide generation by neutrophils from patients with acne inflammation. *Int J Dermatol.* 2003;42(5):366-9.
5. Arican O, Kurutas EB, Sasmaz S. Oxidative Stress in Patients With Acne Vulgaris. *Mediators Inflamm.* 2005;2005(6):380-4.
6. Al-Shobaili HA. Oxidants and Anti-Oxidants Status in Acne Vulgaris Patients with Varying Severity. *Ann Clin Lab Sci.* 2014;44(2):202-7.
7. Abulnaja KO. Oxidant/antioxidant status in obese adolescent females with acne vulgaris. *Indian J Dermatol.* 2009;54(1):36-40.
8. Demir AY, Metin A. Akne Vulgaris ve Oksidatif Stres. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics.* 2011;21(2):75-82.
9. Briganti S, Picardo M. Antioxidant activity, lipid peroxidation and skin diseases. What's new. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003;17(6):663-9.
10. Webster GF. Acne vulgaris. *BMJ.* 2002;325(7362):475-9.
11. Durrington P, Mackness B, Mackness M. Paraoxonase and atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2001;21(4):473-80.
12. Hegele RA. Paraoxonase genes and disease. *Ann Med.* 1999;31(3):217-24.
13. Takci Z, Bilgili S, Karadag A, Kucukoglu M, Selek S, Aslan M. Decreased serum paraoxonase and arylesterase activities in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(2):367-70.

**Tablo 1.** Gruplar arası TKOL, TG, HDL, LDL, PON1 aktivitesi karşılaştırması

	Hasta (n=50)		Kontrol (n=52)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
TKOL	159,740	28,722	165,100	28,383	-0,947	0,346
TG	69,820	22,370	78,020	36,872	-1,351	0,176
HDL	55,840	12,151	55,289	11,053	0,240	0,811
LDL	89,340	23,407	93,800	23,515	-0,960	0,340
PON1 AKTİVİTESİ	36,149	14,536	48,173	18,753	-3,609	0,000

**Tablo 2.** Gruplar arası fenotipik dağılımı

		Hasta		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Fenotip	QQ	24	%48,0	3	%5,8	X <sup>2</sup> =23,360 p=0,000
	QR	12	%24,0	23	%44,2	
	RR	14	%28,0	26	%50,0	

## SB-10

**BÜLLÖZ PEMFİGOİD'TE PERİOSTİN HASTALIK AKTİVİTESİ VE KAŞINTI ŞİDDETİNİ BELİRLEMEDE BELİRTEÇ OLARAK KULLANILABİLİR Mİ?**

Ayşe Nilhan Atsü<sup>2</sup>, Kamer Faruk Coşkun<sup>1</sup>, Zafer Türkoğlu<sup>1</sup>, Şenay Ağırçöl<sup>3</sup>, Elif Çetinkaya<sup>1</sup>, Meltem Boz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Serbest Dermatolog

<sup>3</sup>Uluslararası Acıbadem Hastanesi, İstanbul

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Büllöz pemfigoid (BP) derinin ve mukoz membranların en sık görülen subepidermal otoimmün büllöz hastalığıdır. Patogenezinde hemidesmozomdaki BP180 ve BP230 antijenlerine karşı gelişen antikorlar rol almaktadır. Humoral ve hücreli immün yanıtın BP gelişiminde rol aldığı bilinmekte olup cilt lezyonlarında inflamatuvar hücrelerin bol miktarda bulunduğu gösterilmiştir. Çalışmalarda T helper 2(Th2) hücre aktivasyonunun IL-4, CD30 seviyelerinin artışı aracılığı ile BP patogenezinde erken aşamada rol aldığı, eozinofil ve nötrofil kemotaksisine neden olarak immün süreçte katkısının olduğu gösterilmiştir.

Cilt; dış yaralanmalara, kronik inflamasyona sıkça maruz kalan bir organdır. Doku hasarı, lezyonel bölgedeki hücre tipleri ve konfigürasyonunda değişikliklere sebep olmaktadır. Ekstraselüler matriks komponentlerindeki değişim doku onarımında uygun ortamın oluşumuna yardımcı olmaktadır. Bu ekstraselüler matriks protein komponentlerinden birisi olan periostin, dermal fibroblastlardan salgılanan bir glikoproteindir. Hasar gören dokunun onarımında önemli rol oynar. Th2 tipi immün yanıtın anahtar sitokinleri olan IL-4 ve IL-13, temel periostin kaynağı olan fibroblastları uyarak periostin sentezine katkı sağlar.

**Amaç:** Çalışmamızda, BP hastalarında gözlenen yaygın büllerin beraberinde getireceği deri onarım süreci ve BP hastalık patogenezinde yer alan Th2 hücrelerinin periostin düzeyi üzerindeki pozitif etkileri de düşünülerek yaygın/şiddetli hastalıkta serum periostin düzeylerinin hastalık şiddetini gösteren BPDAl skorları ile BP180 antikor düzeyleri arasındaki korelasyon araştırılacaktır. Amacımız, periostinin BP hasta grubunda hastalık şiddetinin belirlenmesinde bir belirteç olup olamayacağını araştırılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada toplam 40 kişi, 2 ayrı grupta incelenmiştir.

1. Grup BP tanısı ile takip ve tedavi altındaki hastalar(16 kişi)
2. Grup yaş ve cinsiyet olarak hasta grubu ile uyumlu sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu.(24 kişi)

Hastaların demografik bilgileri, nörolojik hastalık öyküsü, -gliptin türevi ilaç kullanım öyküsü, Total IgE ile muayene sırasında alınan kanlardan özel ELISA kitleri ile bakılan BP 180/BP 230 antikor seviyeleri not edilmiştir. Başvuru sırasındaki lezyonlarına göre BPDAl total aktivite skoru ve BPDAl hasar skoru hesaplanmıştır. Hastaların kaşıntılarının değerlendirilmesinde Pruritus VAS(Visual analog scale) skorlaması kullanılmıştır.

Periostin incelemesi için hastalardan EDTA içeren 1 adet mor kan tüpüne örnek alınarak santrifüj edilmiş, ardından plazma örnekleri, Human POSTN/OSF -2(Periostin) ELISA kiti ile ölçülmüştür.

**Bulgular:** Hasta ve kontrol grubundaki periostin seviyeleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Eşlik eden nörolojik hastalık, gliptin türevi ilaç kullanımı, BP180 ve BP230 antikorlarında pozitiflik olması periostin düzeylerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadı.

Erkek ve kadın hastalarda periostin düzeyleri benzerdi.

Yaş, BPDAl hasar skoru, kaşıntı VAS skoru, IgE seviyeleri ile periostin düzeyleri arasında korelasyon saptanmadı.

BPDAl aktivite skorundaki pozitiflik ile periostin düzeyleri arasında önemli bir korelasyon saptandı. Optimal sınır değer olarak kabul edilen 5 ng/ml üzerindeki periostin düzeyleri, %72.7 sensitivite, %100 spesifite ile pozitif BPDAl skoru ile ilişkilendirildi.

**Sonuç:** Çalışmamızın temel kısıtlayıcı noktası nadir görülen bir hastalık olmasından kaynaklanan hasta grubunun küçüklüğüydü. Hasta grubunda periostin seviyeleri kontrol grubuna göre daha yüksek seyretmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmadı.

Çalışmamızın bulguları ışığında, periostin seviyelerinin hastalık aktivasyonunda bir marker olarak kullanılma potansiyeli olduğunu ve bu doğrultuda ayırıcı tanı ve hastalık monitörizasyonunda kullanılabileceğini ancak bu düşüncenin doğruluğunun pekişmesi için daha geniş hasta grubunu içeren çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler:** Pemfigoid, Büllöz, Periostin, Pruritus, Protein

**Kaynaklar**

1. Miyamoto D, Santi CG, Aoki V, Maruta CW. Bullous pemphigoid. An Bras Dermatol. 2019 Mar-Apr;94(2):133-146. doi: 10.1590/abd1806-4841.20199007. Epub 2019 May 9. PMID: 31090818; PMCID: PMC6486083.
2. De Pitá O, Frezzolini A, Cianchini G, Ruffelli M, Teofoli P, Puddu P. T-helper 2 involvement in the pathogenesis of bullous pemphigoid: role of soluble CD30 (sCD30). Arch Dermatol Res. 1997 Nov;289(12):667-70. doi: 10.1007/s004030050259. PMID: 9452886.
3. Murota H, Lingli Y, Katayama I. Periostin in the pathogenesis of skin diseases. Cell Mol Life Sci. 2017 Dec;74(23):4321-4328. doi: 10.1007/s00018-017-2647-1. Epub 2017 Sep 15. PMID: 28916993
4. Masmoudi W, Vaillant M, Vassileva S, Patsatsi A, Quereux G, Moltrasio C, Abasq C, Prost-Squarcioni C, Kottler D, Kiritsi D, Litrowski N, Plantin P, Friedrichsen L, Zebrowska A, Duvert-Lehembre S, Hofmann S, Ferranti V, Jouen F, Joly P, Hebert V; EADV Autoimmune Bullous Skin Disease Task Force. International validation of the Bullous Pemphigoid Disease Area Index severity score and calculation of cut-off values for defining mild, moderate and severe types of bullous pemphigoid. Br J Dermatol. 2021 Jun;184(6):1106-1112. doi: 10.1111/bjd.19611. Epub 2020 Nov 29. PMID: 33067805.
5. Kuwatsuka Y, Murota H. Involvement of Periostin in Skin Function and the Pathogenesis of Skin Diseases. Adv Exp Med Biol. 2019;1132:89-98. doi: 10.1007/978-981-13-6657-4\_10. PMID: 31037628.

SB-11

## LİKENOİD DERMATOZLARIN KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Aysima Çüçen<sup>1</sup>, Şule Türe<sup>2</sup>, Dilanur Sultan Seçilmiş<sup>1</sup>, Cengiz Çelebi<sup>1</sup>, İtir Ebru Zemheri<sup>2</sup>, İlkin Zindancı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş-Amaç:** Likenoid doku reaksiyonları çeşitli klinik şekillerde ve farklı yaş gruplarında karşımıza çıkabilir. Vakuoler değişikliklerle sonuçlanan hücre kaybı ve bazal hücre hasarı hastalık paterninin ortak paydalarıdır. Likenoid dermatozların prototipi liken planus(LP) iken LP dışında likenoid doku paterninin görüldüğü farklı klinik antiteler mevcuttur. Likenoid dermatozların farklı klinik ve histopatolojik şekillerde karşımıza çıkması, likenoid doku reaksiyonlarının tanısında ve tedavisinin belirlenmesinde zorluk oluşturmaktadır. Çalışmamızda likenoid dermatozların ayırıcı tanısına katkı sağlayabilecek klinik ve histopatolojik özellikleri ortaya koymayı amaçladık.

**Yöntem:** Epidemiyolojik, tek merkezli, retrospektif kesitsel olarak planlanan çalışmamızda Ocak 2016-Aralık 2022 tarihleri arasında SBÜ Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji kliniğinde histopatolojik bulgularıyla likenoid dermatoz tanısı konan hastalar çalışma grubunu oluşturdu. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi gibi demografik bulguları, klinik tip, tutulum alanları gibi klinik bulguları kaydedildi. Tüm biyopsiler aynı patolog tarafından değerlendirilerek histopatolojik parametreler gruplandırıldı.

**Bulgular:** Toplam 216 likenoid dermatoz tanısı konan hastanın 127'si (%58,7) kadın, 89'u (%41,3) erkekti. Hastaların 130'u (%60,1) LP,50'si (%23,1) liken planopilaris, 20'si (%9,2) liken sklerotrofikus, 13'ü (%6,01) liken aureus, 7'si (%3,2)keratozis likenoides kronika, 4'ü (%1,8) liken niditus, 4'ü (%1,8) liken striatus, 3'ü (%1,3) likenoid ilaç erüpsiyonuydu. Hastaların 16'sında 2 antite beraber gözlemlendi. 15 hastada (%6,9) LP ve liken planopilaris birlikteliği, 1 (%0,4) hastada liken planus-lupus overlap sendromu mevcuttu.

Liken planuslu hastalarda lezyonların 87'si (%79,8) klasik, 21'i (%16,1) pigmente, 12'si (%9,2) hipertrofik, 4'ü (%3,07) büllöz, 3'ü (%2,3) atrofik, 2'si (%1,5) oral, 1'i (%0,7) aktinik tipti (Resim 1).

Yaş aralığı 1-86 olan hastalarda ortalama yaş kadınlarda 44,84±17,04, erkeklerde 43,5±16,93 idi. Hastaların 104'ünde (%48,1) gövde, 96'sında (%44,4) ekstremitelerde, 36'sında (%16,6) saç, 23'ünde (%10,6) yüz, 6'sında (%2,7) oral, 2'sinde (%0,9) genital, 2'sinde (%0,9) tırnak tutulumu mevcuttu.

En sık görülen histopatolojik bulgular sırasıyla tüm hastaların 178'inde (%82,4) ortokeratoz, 177'sinde (%81,9) akantoz, 123'ünde (%56,9) pigment inkontinansı, 118'inde (%54,6) bant tarzı tutulum, 103'ünde (%47,6) Civatte cisimciği, 59'unda (%27,3) perifoliküler infiltrasyon, 30'unda (%13,8) hipergranüloz, 13'ünde (%6,01) erkin gland tutulumu, 12'sinde (%4,6) ekstravaze eritrosit, 8'inde (%3,7) büll oluşumuydu.

**Sonuç:** Çalışmamız sonucunda en sık görülen likenoid dermatoz LP olarak karşımıza çıktı ve bunu liken planopilaris izledi. Tüm likenoid dermatozlar 40-50 yaş aralığında ve kadın cinsiyette fazlaydı. Histopatolojik olarak sırasıyla ortokeratoz, akantoz, pigment inkontinansı,bant tarzı tutulum, Civatte cisimciği en sık görülen patolojik bulgular olarak saptandı. Likenoid dermatozların ve alt tiplerinin değerlendirilmesinde histopatolojik incelemenin gerekli ve tanı koydurucu olduğu sonucuna varıldı.

**Anahtar kelimeler:** Liken planus, Likenoid dermatoz, Likenoid doku reaksiyonu

### Kaynaklar

1. Muralidhar A, Venugopal SB, Nandini AS. Clinicohistopathologic study of lichenoid interface dermatitis. Arch Med Health Sci 2020;8:20-5
2. Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V. Dermatoloji 3. Baskı. 2008;765-798.
3. İsmail SB, Kumar SKS, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. J Oral Sci. 2007;49(2):89-106.
4. Wagner G, Rose C, Sachse MM. Clinical Variants of Lichen Planus. Journal of the German Society of Dermatology. 2013;309-319.



Resim 1.

SB-12

## ROZASEA HASTALARINDA OKÜLER DEMODEX TUTULUMU:YİRMİ HASTANIN ANALİZİ

Seyfettin Mahir Koçak, İbrahim Halil Yavuz, Göknur Yavuz, Harbiye Dilek Canat, Zafer Türkoğlu, Derya Uçmak, Nazlı Caf

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Rozasea, dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Yüzde eritem, telenjiektazi, papül, püstül ve fimatöz değişiklikler ile karakterizedir. Her ne kadar klinisyenler tarafından bir dermatoz olarak tanımlansa da hastaların yarısından fazlasında göz şikayetleri ortaya çıkmaktadır. Oküler demodikozis, kirpik foliküllerinde Demodex akarlarının neden olduğu, rozasea hastalarında yaygın görülen bir komorbidadir. Oküler demodikozis,dermatologlar tarafından iyi bilinen bir antite olmasına rağmen rozasea hastalarında prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, rozasea hastalarında oküler demodikozisi araştırmak ve klinik şüphenin önemini vurgulamaktır. Bu çalışmada rozasea hastalarında erken tanının önemine ışık tutmak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızda dermatoloji polikliniğimize başvuran ve göz tutulumundan şüphelenilen yirmi rozasea hastası değerlendirildi. Ayrıntılı anamnez alındı, yüzdeki demodex bakışı için yüzeysel deri biyopsisi ile üç farklı alandan (yanak, alın ve çene) örnekler alındı. Alt ve üst göz kapağı kirpiklerinin en

skuamli ve eritemli alanlarından dörder adet kirpik steril penset ile alındı. Özellikle kök bölgesi dijital mikroskopta incelendi. Mikroskopik incelemede tüm büyütmelemler ile her kılda Demodex spp. arandı. Bu incelemede bir ve üzeri parazit Demodex spp. pozitif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 44,6 (dağılım: 19-69) olup, 13 hasta kadındı. İki hastada diyabetes mellitus, bir hastada kronik idiopatik ürtiker mevcuttu. Blefarite ek olarak 1 hastada korneal ülser, 1 hastada keratokonus mevcuttu. Diğer hastaların hiçbirinde göz travması, cerrahi veya ek göz hastalığı öyküsü yoktu. Hastaların başlıca şikayetleri batma, kaşıntı, kızarıklık, fotofobi ve ağrıydı. Fizik muayenede, tüm hastalarda göz kapaklarında iltihaplanma, göz kuruluğu ve kirpik diploirinde silindirik kepek görüldü. Hastaların dokuzu blefarit için daha önce sistemik ve topikal antibiyotik tedavileri alıp fayda görmemişti. Yüzlerinde ve kirpiklerinde demodex saptanan 20 hastaya 10 gün arayla 2 doz sistemik ivermektin başlandı ve çay ağacı yağı içeren göz çevresi jeli ile şampuanla günlük yıkama önerildi. Bir hastaya oral metradinazol başlandı. İki hastaya ise oral metradinazol ve sistemik ivermektin tedavileri kombine olarak başlandı. Hastaların vizitleri düzenli aralıklarla yapılmaktadır.

**Sonuç:** İnsanlarda pilosebase ünitenin zorunlu ektoparaziti olan Demodex akarları inflamasyona neden olarak yüzde rozasea atakları ve göz kapaklarında eritem ve blefarit başta olmak üzere konjunktivit, şalazyon, keratit ve trikiyazis gibi tutulumlara neden olur. Kızarıklık, kaşıntı, kuruluk ve diğer göz şikayetlerine neden olabilir. Şiddetli korneal tutulumlarda kalıcı görme kaybı meydana gelebilir. Oküler komplikasyonları önlemek için göz şikayetleri olan rozasea hastalarında göz semptomlarının sorgulanması ve Demodex akarlarının taranması önemlidir. Sunulan vakalar demodikozisin rozasea hastalarında sanıldığından daha yaygın olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda saptanan yaygın demodikozis sıklığı, göz semptomları olan rozasea hastalarında Demodex akarları taramasının önemini vurgulamaktadır. Demodex oküler tutulum varlığı, yüz akarlarının yoğunluğunun artmasıyla ilişkili olabilir. Bu nedenle oküler ve fasyal Demodex enfestasyonunun bir arada bulunabileceği akılda tutulmalıdır ve göz hastalıkları uzmanları ile dermatoloji uzmanları arasında ortak bir yönetim yaklaşımı teşvik edilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** blefarit, demodikozis, ivermektin, rozasea

#### Kaynaklar

1. Elston DM. Demodex mites: facts and controversies. Clin. Dermatol. 2010; 28: 502-4.
2. Kheirikhah A, Casas V, Li W, Raju VK, Tseng SCG. Corneal manifestations of ocular Demodex infestation. Am J Ophthalmol 2007; 143: 743-749. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2007.01.054>
3. Stephanie RF, Jennifer SH, Jaymeni P, Dominick LO. Demodex blepharitis: clinical perspectives. Clin Optom 2018; 10: 57-63. <https://doi.org/10.2147/OPTO.S142708>
4. S.G. Nicholls, C.L. Oakley, A. Tan, B.J. Vote, Demodex species in human ocular disease: new clinicopathological aspects, Int Ophthalmol 37 (1) (2017) 303-312.
5. Y.Y. Gao, M.A. Di Pascuale, W. Li, D.T. Liu, A. Baradaran-Rafii, A. Elizondo, et al., High prevalence of Demodex in eyelashes with cylindrical dandruff, Invest Ophthalmol Vis Sci 46 (9) (2005) 3089-3094.
6. Sarac G, Cankaya C, Ozcan KN, Cenk H, Kapicioglu YK. Increased frequency of Demodex blepharitis in rosacea and facial demodicosis patients. J Cosmet Dermatol. 2019;00:1-6. <https://doi.org/10.1111/jocd.13150>
7. Czepita D, Kuźna-Grygiel W, Czepita M, Grobelny A. Demodex folliculorum and Demodex brevis as a cause of chronic marginal blepharitis. Ann Acad Med Stetin. 2007;53(1):63-7; discussion 67. PMID: 18561612.



Resim 1. Oküler demodikozis hastası ve mikroskopik incelemesinde demodex akarları

#### SB-13

### PSORİASİS VULGARİS HASTALARINDA PSORİATİK ARTRİT FARKINDALIĞINA YÖNELİK ANKET ÇALIŞMASI

**Batuhan Güler, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Psoriatik artrit (PsA), başlangıçta romatoid artrit bir varyantı olarak kabul edilen, ancak daha sonra ayrı bir klinik anite olarak ortaya çıkan, psoriasis ile ilişkili inflamatuvar bir hastalıktır. Psoriatik artrit ileri evrelerde hareket güçlüğüne yol açıp hastaların yaşam kalitesini bozmaktadır. Bu nedenle hastalığın erken fark edilip, tedavi edilmesi önemlidir. Bu çalışmada psoriasis vulgaris hastalarında psoriatik artrit farkındalığının değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Temmuz 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği Psoriasis Özel Takip Polikliniğine başvuran 200 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara aynı hekim tarafından oluşturulan 12 soruluk romatolojik anket uygulandı. Demografik bilgiler, hastalık süresi, önceden alınan tedaviler, Psoriasis Area Severity Index(PASI) değerleri ve muayene bulguları değerlendirildi.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 45,35 (19-80) olan, 101'i erkek ve 99'u kadın, toplam 200 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalığın süresi 1 ile 50 yıl arasında değişmekte olup, ortalama süre 16,26 yıl olarak değerlendirildi. Hastaların ortalama başlangıç PASI oranı 16,45 (10,35-25,75) olarak tespit edildi. Birinci soruda hastaların eklem tutulumu açısından Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) ya da Romatoloji polikliniklerinde muayene olup olmadıkları sorgulandı; 86 kişi (%43) evet olarak cevapladı. Yapılan incelemeler sonucunda bu 86 kişinin 42'sinin (%48,8) Psoriatik Artrit tanısı aldığı öğrenildi. İkinci soruda istirahat sırasında eklem ağrıları sorgulandı ve 98 kişi (%49) evet olarak cevapladı. Üçüncü soruda gece uyandıran sırt, bel veya boyun ağrıları sorgulandı; 80 kişi (%40) evet olarak cevapladı. Dördüncü soruda el ve ayaklarda ağrı, şişlik olur mu diye sorgulandı; 72 kişi (%36) evet olarak cevapladı. Beşinci soruda sabahları 20 dakikadan uzun süren eklem sertliği sorgulandı; 52 kişi (%26) evet olarak cevapladı. Altıncı soruda topuk ağrısı sorgulandı; 51 kişi (%25,5) evet olarak cevapladı. En çok 'evet' yanıtı alan soru "istirahat sırasında eklem ağrıları" oldu. 200 kişiden 98'inin (%49) istirahat sırasında eklem ağrıları mevcutken; bu 98 kişinin sadece 35'i (%35,7) FTR ya da Romatoloji polikliniklerinde muayene olmuş-

tu. Muayene olan 35 kişinin 28'i ise fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile PsA tanısı almıştı. İstirahat sırasında eklem ağrıları olan 98 kişiden 63'ü (%64.3) eklem tutulumu açısından hiç muayene olmamıştı. Totalde 200 kişiden 86 kişi (%43) FTR ya da Romatoloji'ye muayene olmuşken; 114 kişinin (%57) hiç muayene olmadığı saptandı.

**Sonuç:** Psoriatik hastalar hekim tarafından sorgulanmadıkça eklem tutulumunun farkında olmayabilir. Dermatoloji hekimlerinin PsA bulgularından şüphelenmesi, bu belirtileri sorgulaması ve muayene yetilerinin geliştirilmesi, PsA erken tanısı için son derece önemlidir. Bu çalışmada psoriasis vulgaris hastalarında etkin bir romatolojik anket çalışması ile verimli biçimde PsA tanısının öngörülebileceği ve erken dönemde sistemik tedaviye başlanması ile hastalığın komplikasyonlarının önüne geçilebileceği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** psoriatik artrit, PsA, psoriasis vulgaris, PASİ

#### Kaynaklar

- 1 Wright V, Moll JM. Psoriatic arthritis. Bull Rheum Dis 1971; 21:627.
- 2 Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, et al. Psoriatic arthritis (PSA)--an analysis of 220 patients. Q J Med 1987; 62:127.
- 3 Gladman DD, Anhorn KA, Schachter RK, Mervart H. HLA antigens in psoriatic arthritis. J Rheumatol 1986; 13:586.
- 4 Gladman DD. Current concepts in psoriatic arthritis. Curr Opin Rheumatol 2002; 14:361.
- 5 Madland TM, Apalset EM, Johannessen AE, et al. Prevalence, disease manifestations, and treatment of psoriatic arthritis in Western Norway. J Rheumatol 2005; 32:1918.
- 6 Salvarani C, Olivieri I, Cantini F, et al. Psoriatic arthritis. Curr Opin Rheumatol 1998; 10:299.

#### SB-14

### GEÇ BASINÇ ÜRTİKERİ: KLİNİK ÖZELLİKLER, EŞLİK EDEN HASTALIKLAR VE TEDAVİ YANITLARI

**Sinem Ayşe Örnek<sup>1</sup>, Emek Kocatürk<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Geç basınç ürtikeri (GBÜ), kronik indüklenbilir ürtiker alt tiplerinden biridir. Nadir görülmekle birlikte fiziksel ürtikerler arasında üçüncü sıklıkta görülmektedir. Ancak, nadir olması sebebi ile GBÜ'ye ait demografik ve klinik özellikler, eşlik eden hastalıklar ve tedavi yanıtlarına ait bilgiler sınırlıdır. Çalışmamızda GBÜ özelliklerini ve tedavi sonuçlarını araştırmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ürtiker Kliniğine Ocak 2013- Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran GBÜ hastalarının dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Hastalar kronik spontan ürtikerin (KSÜ) eşlik edip etmemesine göre iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri ile tedavi sonuçları hem tüm çalışma nüfusunda, hem de GBÜ ve KSÜ+GBÜ hastaları arasında incelendi. Tedavi yanıtı Ürtiker Kontrol Testi (ÜKT) ile değerlendirildi. Ayrıca hasta özelliklerinin tedaviye yanıtı etkileyip etkilemediği analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 34 hasta (12 GBÜ (%35.3), 22 KSÜ+GBÜ (%64.7)); %61.8 kadın, yaş ort: 39.1±9.8 yıl) dahil edildi. Hastalık süresi ortalaması 39.08±9.8 aydı. Hastaların %78.8'ine anjioödem eşlik etmekteydi. Lezyonlar ortalama 20.2±19.6 saat sürmekteydi. Hastaların %30.3'üne eklem ağrısı, taşikardi ve dispne gibi sistemik semptomlar eşlik etmekteydi. Sistemik reaksiyon görülme oranı %9.1'di. Hastaların %21.2'sinde kronik ürtiker (KÜ) aile hikayesi mevcuttu. Hastaların %54.5'i acile başvurmuş, %57.6'sı kısa süreli sistemik steroid kullanmıştı.

Hastaların bazal ürtiker aktivite skoru (ÜAS) ortalaması 3.14±1.9 ve bazal ÜKT skoru ortalaması 7.63±4.01 idi. Total IgE yüksekliği hastaların %78.9'unda, prick test pozitifliği %58.8'inde, CRP yüksekliği %34.8'inde, ESR yüksekliği %33.3'ünde, anti-TPO antikor yüksekliği %9.5'inde, anti-TG antikor yüksekliği %18.8'inde, otolog serum test pozitifliği %60'ında, helicobakter. pilori pozitifliği %46.7'sinde görüldü. Eşlik eden komorbid hastalıklar otoimmün tiroidit (%16.7), atopik hastalıklar (%21.2), gastrit (%33.3), reflü (%9.1), DM (%9.1), özefajit (%3), duodenal ülser (%3), HT (%3), hiperkolesterolemi (%3), hiperparatiroidi (%3), aritmi (%3), migren (%3), uyku apnesi (%3) idi. Hastaların %10'u standart doz antihistamin (AH) ile, ilave %40'ı yüksek doz AH ile ve ilave %30 hasta omalizumab tedavisi ile kontrol altındaydı. Tedavilere yanıt oranları ise standart doz AH, yüksek doz AH ve omalizumab için sırasıyla %10, %44.4 ve %75 idi. Anjioödem görülme sıklığı KSÜ+GBÜ hastalarında GBÜ hastalarına göre daha yüksekti (86.4 vs 63.6, p>0.05). Hastalık süresi GBÜ hastalarında KSÜ+GBÜ hastalarına göre daha uzundu (73±55.2 ay vs 40.7±57.1 ay, p=0.044). Kronik ürtiker aile hikayesi sadece KSÜ+GBÜ hastalarında mevcuttu (%31.8 vs %0, p=0.04). Tedavi yanıtı KSÜ+GBÜ ve GBÜ hastaları arasında farklılık göstermedi (p>0.05). Yüksek doz AH'ye yanıtı olmayan hastalarda CRP yüksekliği oranı ve bazal ÜAS skoru ortalaması yanıtı olanlara göre daha yüksekti (%66.7 vs %12.5, p=0.036; 4.13±1.95 vs 2.33±1.4, p=0.046).

**Sonuç:** Geç basınç ürtikeri, hastaların üçte ikisinde KSÜ ile birlikte görülür. Ancak, KSÜ varlığından bağımsız olarak GBÜ hastalarında bir AH direnci vardır. Özellikle standart doz AH'ye yanıtı olmayan genel KÜ popülasyonunda bildirilen %40-55 oranlarından belirgin olarak daha düşük bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Geç basınç ürtikeri, kronik indüklenbilir ürtiker, tedavi yanıtı

#### SB-15

### TRAKSİYONEL ALOPESİLERDE RİSK FAKTÖRLERİ VE TRİKOSKOPİK BULGULAR

**Güldehan Atış, Öykü Gönüllü**

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Traksiyonel alopesi (TA) tekrarlayan traksiyona maruz kalma sonucunda gelişen bir alopesi türüdür. Erken aşamada nonsikatrissiyel iken ilerleyen dönemlerde sikatrissiyel alopesiye sonuçlanmaktadır. Uzun süreli traksiyonun saç kaybına yol açtığı bilinmekle birlikte traksiyonun süresinin ne olduğu ve eşlik edebilecek diğer risk faktörleri bilinmemektedir. Literatürde TA'nın trikoskopik özellikleri olgu sunumlarında bildirilmiş olup konuyla ilgili geniş katılımlı hasta grubunun yer aldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Amacımız, TA'lı hastalarda risk faktörlerini tespit etmek ve trikoskopik özellikleri değerlendirmektir.

**Materyal-Method:** Çalışmaya klinik ve/veya histopatolojik olarak TA tanısı almış hastalar dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, eşlik eden sistemik ve dermatolojik hastalıkları, traksiyon sebepleri, günlük traksiyona maruz kalma süreleri, hayat boyu traksiyona maruz kalma süreleri kaydedildi. Hastaların saç dökülmesinin gözlemlendiği alanlar belirlenip, saç dökülmesinin en belirgin olduğu alandan en az üç trikoskopik görüntü kaydedildi. Trikoskopik bulgular, trikoskopi konusunda deneyimli dermatoloji uzmanı tarafından kaydedilip değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışma yaş ortalaması 33,93±9.166 olan 40 kadın (%100) hasta alındı. Hastaların 10'unda (%25) eşlik eden sistemik hastalık, 5'inde (%12,5) eşlik eden dermatolojik hastalık

mevcut idi. Saç dökülmesinin en sık gözlemlendiği üç alan sırasıyla sol temporal bölge (n=29, %72,5), sağ temporal bölge (n=27, %67,5), frontal bölge (n=27, %67,5) idi. Hastaların 39'u (%97,5) tesettür nedeniyle, 1'i (%2,5) saçını sıkı at kuyruğu toplama nedeniyle traksiyona maruz kalmaktaydı. Hastaların 9'u (%22,5) klinik ve histopatolojik olarak tanı almışken, 31'i (%77,5) klinik olarak tanı almıştı. Hastaların ortalama günlük traksiyona maruz kalma süresi 8,95±4,19 saat iken hayat boyu traksiyona maruz kalma süreleri 15,7±929 yıl idi. Hastaların ortalama saç dökülme süresi 65,15±62,04 ay idi. Hastaların 7'sinde (%17,5) alopesik alanın sınırında lineer uzanım gösteren belirgin alopesik alanlar tanımlandı ve "lineer alopesik alan" olarak adlandırıldı. Hastaların 14'ünde (%35) perçem işareti gözlemlendi. Hastalarda görülen en sık trikoskopik bulgular sırasıyla; azalmış saç yoğunluğu (n=40, %100), vellus saçlar (n=35, %87,5) sarı noktalar (n=29, %72,5), boş foliküller (n=27, %67,5), perifoliküler eritem (n=24, %62,5) ve foliküler açıklık kaybı (n=20, %50) idi

**Tartışma:** Literatürde, TA'nin risk faktörlerini değerlendiren ve trikoskopik bulgularını derleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Olgu sunumları şeklinde bildirilen vakalar genellikle siyahi ırka ait olguların geleneksel saç toplama yöntemleri sonucunda alopesi gelişmiş olgulardır. Bizim çalışmamızda; beyaz ırkta, güneş görmeyen alanlara ait TA lezyonlarının trikoskopik özellikleri geniş katımlı hasta sayısı ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, lineer alopesik alan, olarak adlandırdığımız yeni bir bulgunun da TA tanısında kullanılabilecek bir bulgu olduğunu düşünmekteyiz.

**Sonuç:** Traksiyonel alopesi; ilerleyen dönemlerinde kalıcı saç kaybına yol açabilmesi nedeniyle erken tanınması gereken bir antitedir. Risk faktörlerinin bilinmesi, klinik özelliklerinin ve trikoskopik özelliklerinin tanınması tanıya yardımcı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Alopesi, Saç Dökülmesi, Dermoskopi

## SB-16

### ERİŞKİN PSORİASİS HASTALARINDA ASİTRETİN VE METOTREKSAT SAĞ KALIMI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Merve Hatun Erkayman<sup>1</sup>, Tülin Ergun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Psoriasis toplumda yaklaşık %2 sıklıkta görülen, Th1-Th17 baskın immün aracılı kronik bir inflamatuvar hastalıktır(1). Hastalığın immünopatogenezinde rol oynayan temel moleküllerin daha iyi anlaşılmasıyla birlikte, bu molekülleri hedefleyen farklı biyolojik ajanlar tedavi seçenekleri arasında yerlerini almıştır. Bununla beraber topikal ilaçlar, fototerapi, fotokemoterapi ve geleneksel sistemik ilaçlar hâlâ tedavide önemli bir yer tutmakta ve kullanımlarına ait öneriler güncel kılavuzlarda yer almaktadır(2,3). Geleneksel sistemik ajanlar olan metotreksat, asitretin, siklosporin, biyolojik ajanlardan daha uzun süredir pratikte kullanılmakta olduklarından kısa ve uzun dönem yan etki profilleri daha iyi bilinmektedir. Ayrıca geleneksel sistemik ilaçların çoğunlukla oral yolla alınmaları ve daha az maliyetli olmaları gibi avantajları vardır.

İlaç sağ kalımı uzun dönem tedavi başarısını gösteren, etkinlik, güvenlik, tedaviye uyum ve hasta memnuniyeti gibi etkenlerin tümünü kapsamaması nedeniyle son yıllarda önem kazanan bir ölçüttür. Genellikle yaşam boyu tedavi gerektiren bir hastalık olan psoriasisin tedavisinde yaygın bir şekilde kullanılmalarına rağmen asitretin ve metotreksatın sağ kalımı ile ilgili gerçek yaşam verileri sınırlıdır(4-13). Tedavi öncesi uygun hasta adayını

belirlemek, tedavi uyumunu arttırmak açısından sağ kalım süresini etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu çalışmada, asitretin ve metotreksatın tahmini sağ kalım sürelerinin hesaplanması ve sağ kalıma etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tedaviden ayrılma nedenleri, tedavi yanıtları ve yan etkilerin değerlendirilmesi diğer amaçlardır.

**Yöntem:** Bu çalışma tek merkezli retrospektif, gözlemsel bir çalışmadır ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (MÜTF) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (onay tarihi 03.04.2015, protokol kodu: 09.2015 036, 70737436-050.06.04-). MÜTF psoriasis polikliniğinde 2000-2014 yıllarında takip edilen ve asitretin veya metotreksat tedavilerinden en az birinin kullanıldığı ve en az iki ziyaret kaydı bulunan 18 yaş ve üzeri hastalar çalışmaya dahil edildi. Hasta dosyaları taranarak hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, vücut kitle indeksi, ailede psoriasis öyküsü) hasta ilişkili değişkenler (psoriasisin klinik tipi, başlangıç yaşı, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, artrit varlığı, tırnak tutulumu) ve tedavi ile ilişkili değişkenler (izlem süresi, ilaç kullanım süresi, ilaç dozu, tedavinin 3. ayında tedavi yanıtı, yan etkiler, tedaviyi bırakma nedeni ve varsa remisyon süresi) kaydedildi.

Tedavi yanıtı değerlendirilirken tedavinin 3. Ayında bazale göre PAŞİ skorunda azalma oranı %50 ve üzeri olan hastalar PAŞİ 50, %75 ve üzeri olan hastalar PAŞİ 75 yanıtına ulaşmış olarak kabul edildi. Tedavinin son ziyaretinde hastanın tedavi durumu değerlendirildi ve halen tedaviye devam etmekte olan hastalar not edildi. Hasta tedaviyi bırakmışa tedaviyi bırakma nedenleri; (1) birincil yanıtızsızlık (PAŞİ 50 yanıtına ulaşamayanlar), (2) ikincil yanıtızsızlık (PAŞİ 50 yanıtına ulaşmış daha sonra kaybedenler), (3) yan etki, (4) hem yan etki-hem yanıtızsızlık, (5) tedavi uyumsuzluğu veya takip dışı kalma, (6) tam veya tama yakın düzelme, (7) yan etki oluşumunu engelleme, (8) çocuk sahibi olma isteği ve (9) artrit nedeniyle değişiklik olmak üzere farklı kategorilerde değerlendirildi. Her iki ilaç için ortalama sağ kalım süresi, sağ kalımı etkileyen faktörler ve 5 yıllık sağ kalım oranları değerlendirildi.

**İstatistiksel Analiz:** Elde edilen bulguların istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package or Social Sciences) v23.0 paket programı kullanıldı. Ölçümsel verilerin dağılımı Kolmogorov Smirnov - Shapiro wilk testlerinden uygun olanlar ve histogram eğrileri ile incelendi. Verilerin dağılımlarının normal olmaması nedeniyle non-parametrik testler kullanıldı. Tanımlayıcı veriler frekans, yüzde, ortanca, 25-75 persantil değerleri ile incelendi. Bağımsız gruplar arasında karşılaştırma yapmak amacıyla nitel veriler için ki-kare, nicel veriler için Mann-Whitney U ve Wilcoxon testleri kullanıldı. Sağ kalım analizleri Kaplan-Meier yöntemi ile yapıldı. Sansürlü veri olan ilaç sağ kalım sürelerini değerlendirmede tek değişkenli analizler için Log rank (Mantel-Cox) testi, çok değişkenli analizler için Cox regresyon analizleri kullanıldı. p<0,05 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Yüz altmış dokuzu (%46,4) kadın, 195'i (%53,6) erkek, ortanca yaşı 46 (34,00-55,75) olan 364 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik verileri ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların 176'sı asitretin, 261'i metotreksat kullanırken 73'ü farklı zamanlarda her iki ilacı da kullanmıştı. En sık rastlanan psoriasis tipi generalize plak psoriasis (%84,9) idi. Ortanca izlem süresi 39,5 (21,00-64,75) aydı. Metotreksat kullanan bütün hastalar folik asit takviyesi kullanmıştı.

Asitretin için 158, metotreksat için 245 hastada tedavinin üçüncü ayında tedavi yanıtları değerlendirildi. Asitretin kullanan hastaların %44,3'ü PAŞİ50, %24,7'si PAŞİ75 yanıtına ulaştı. Metotreksat kullananlarda ise PAŞİ50 yanıtı %64,9, PAŞİ75 yanıtı %33,5 oranında saptandı.

Asitretin kullanan hastaların %63,7'sinde, metotreksat kullananların %60,1'inde en az bir yan etki gözlemlendi. Asitretinle ilişkili



en sık yan etkiler sırasıyla hiperlipidemi (% 27,8), mukokütanöz yan etkiler (%19,8) ve transaminaz yüksekliği (%12,5) idi. Genel olarak herhangi bir yan etki görülme sıklığı kadınlarda daha fazla iken hiperlipidemi ve transaminazlarda yükselme oranı erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p<0,05$ ). Metotreksat kullananlarda ise karaciğer enzimlerinde yükselme (%29,9), gastrointestinal yakınmalar (%19,9), miyelosupresyon (%3,8), karaciğer fibrozisi (%3,4) oranında gözlemlendi. Metotreksat kullanımı sırasında transaminazlarda yükselme sıklığı, diyabetik hastalarda olmayanlara göre ve erkeklerde kadınlara göre anlamlı bir şekilde daha sık görüldü ( $p<0,05$ ).

Hastalarda yüksek oranda takip dışı kalma/uyumsuzluk (asitretin %31,3; metotreksat %25,6) gözlemlendi. Takip dışı kalanlar dışında etkisizlik (birincil ve ikincil) asitretin (%38,8) ve metotreksat (%26,6) için en sık gözlenen tedavi sonlanma nedeniydi. Yan etkiler ise metotreksat kullananların %24,1'inde asitretin kullananların %11,6'sında tedavinin sonlanmasına neden oldu. Takip sırasında 1 hastada asitretin (karaciğer sirozu nedeniyle) ve 13 hastada metotreksat (yüksek kümülatif dozlar nedeniyle) yan etki gelişimini önlemek amacıyla sonlandırıldı.

Beklenen ortanca sağ kalım süresi metotreksat için 20 (15,902-24,098) ay, asitretin için 14 (11,034-16,966) ay olarak saptandı ( $p<0,05$ ). Metotreksat ve asitretin için tahmini sağ kalım oranları 1,3 ve 5 yıl için Tablo 2. de ve sağ kalım eğrileri şekil 1. de gösterilmiştir. Sağ kalım süreleri ile ilgili çok değişkenli analizlerde tedaviye iyi yanıt vermiş olmanın hem asitretin hem metotreksat için sağ kalımı pozitif etkilediği görüldü. Ayrıca asitretin için artrit yokluğu, metotreksat için artan yaş ve artrit varlığı sağ kalımı pozitif etkileyen değişkenler olarak bulundu (Tablo 3).

**Tartışma:** Çalışmamızda beklenen metotreksat sağ kalımı ortanca 20 ay olarak bulundu. Literatürde bu süre farklı çalışmalarda psoriasis hastalarında 7,5 -25,9 ay<sup>4-8</sup> pediyatrik psoriasis hastalarında ise ortanca 8,8 ay<sup>9</sup> olarak bildirilmiştir. Pediyatrik yaş grubunda metotreksat yan etkileri nedeniyle çekincelerin daha fazla olması nedeniyle metotreksat sağ kalım süresi daha kısa bulunmuş olabilir. Çalışmamızda beklenen ortanca asitretin sağ kalımı 14 aydı ve literatüre benzerdi<sup>5,10</sup>. Metotreksat sağ kalımı asitretine göre anlamlı olarak daha uzundu ( $p<0,05$ ). Shalom ve arkadaşlarının çalışmasında ise asitretin ve metotreksat sağ kalım oranları benzer olarak bulundu<sup>5</sup>. Yıllık beklenen sağ kalım oranları değerlendirildiğinde ilk üç yılda metotreksat sağ kalım oranı, 5. yılda ise asitretin sağ kalım oranı daha yüksekti. Literatürdeki çalışmalarda da tedavinin 1. yılında geleneksel tedaviler içinde metotreksat sağ kalımı siklosporin ve asitretin gibi ajanlara göre daha yüksek bulunmuştur<sup>11,12</sup>. Tedavinin ilerleyen yıllarında özellikle 4. yıldan sonra metotreksat sağ kalım oranlarında belirgin düşmenin olması yüksek kümülatif dozlara ulaşıncaya metotreksat tedavisinin sonlandırılmasından kaynaklanabilir. Literatürde asitretinin 1 yıllık sağ kalım oranları %37 ila %79 aralığında değişmektedir.<sup>5,11-13</sup> Tayland'da yapılan bir çalışmada asitretinin 5 yıllık sağ kalım oranı %53,5 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur<sup>13</sup>. Ancak, bu çalışmada çalışmanın yapıldığı bölgede metotreksat, asitretin ve siklosporin dışındaki tedavilerin ulaşılabilir olmadığı vurgulanmıştır.

Tedaviye iyi yanıt vermiş olmak hem asitretin hem metotreksat için pozitif; artrit varlığı asitretin için negatif, metotreksat için pozitif değişken; artan yaş metotreksat için pozitif değişken olarak bulundu. Literatürde benzer şekilde 50 yaşından genç olmanın metotreksat sağ kalımını negatif etkilediği bulunmuştur<sup>5,8</sup>. Bunun nedeni olarak, gelecekteki komorbiditelerden korunma isteği, yan etki intoleransı, teratojenite endişesi ve gençlerde tedavi uyumsuzluğu öne sürülmüştür<sup>5</sup>.

Literatürde geleneksel tedavilerde tedaviyi bırakma nedeni olarak sıklıkla yan etkiler ve etkisizlik öne çıkarken, biyolojik tedavilerde ise etkisizlik birinci sırada olup, yan etki nedeniyle tedavinin bırakılması daha nadir bulunmuştur<sup>7,11</sup>. Bizim çalışmamızda

da, yüksek oranda görülen takip dışı kalan hastalar haricinde etkisizlik her iki ilaç için de birinci nedendi. Yakın zamanlı bir çalışmada asitretinin etkisizlik ile ilişkili sağ kalım oranı diğer geleneksel tedavilere göre daha kötü olarak bulunmuştur<sup>12</sup>. Ayrıca bu çalışmada metotreksat hem etkisizlik hem de yan etki ilişkili sağ kalımda diğer geleneksel tedavilere göre en iyi ajan olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda metotreksat grubunda yan etki nedeniyle tedavinin bırakılması etkisizliğe yakın oranlarda idi. Literatürde metotreksat tedavisinde folik asit desteği verilmesinin sağ kalımı olumlu etkilediğini gösteren çalışmalar<sup>5</sup> olmakla birlikte bizim çalışmamız ve benzer çalışmalarda her hasta folik asit desteği almasına rağmen yan etkiler tedaviyi bırakmada önemli oranda görülmüştür<sup>8</sup>. Literatürde metotreksat tedavisinin sonlanma nedeni olarak yan etkiler %35-40 oranında bulunmuştur<sup>4,8,11,12,14</sup>. Bunlar, bulantı-kusma, karaciğer enzim anormallikleri ve karaciğer toksisitesi şüphesi olarak bildirilmiştir<sup>4,8,12</sup>. Bizim çalışmamızda da metotreksat tedavisinde en sık gözlenen yan etki karaciğer enzim yüksekliği iken, gastrointestinal yan etkiler (bulantı-kusma) tedavinin sonlanmasına en sık yol açan yan etki olarak bulunmuştur.

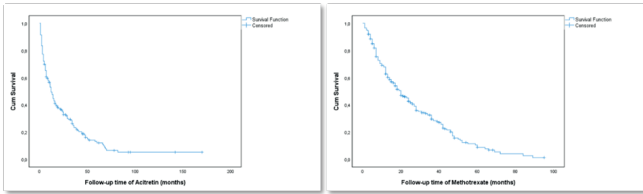
Çalışmamızın sınırlılıkları; tek merkezli ve retrospektif olması, üçüncü basamak hastanede gerçekleştirilmesi nedeniyle daha çok orta ve şiddetli psoriasis hastalarını kapsamaması ve dosya verilerindeki eksiklikler olarak sıralanabilir.

**Sonuç:** Bu çalışmada gerçek yaşamda asitretin ve metotreksatın sağ kalım sürelerinin literatürdeki biyolojik tedavi verileri ile kıyaslandığında genel olarak kısa olduğu, ancak tedavi yanıtı arttıkça her iki ilacın da sağ kalımının arttığı saptanmıştır. Ayrıca metotreksat sağ kalımının asitretine göre ilk yıllarda daha yüksek olduğu, etkisizliğin asitretinde, etkisizlikle birlikte yan etkilerin metotreksatta tedavinin sonlanmasında öne çıkan faktörler olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, geleneksel tedavilerin planlandığı hastalarda tedavi uyumunu artırmak için daha iyi stratejiler geliştirme ve bilgilendirmenin gerekli olduğunu, tedaviye yanıtın artırılmasına katkıda bulunacak yüksek başlangıç dozu, parenteral kullanım gibi seçeneklerin yaygınlaşmasının sağ kalımı artırabileceğini düşündürmüştür.

#### Kaynaklar

1. Van de Kerkhof PCM, Nestlé FO. Psoriasis. Ed: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, Dermatology. 3rd Edition, pp.135-156, Elsevier Saunders, New York, USA, 2012
2. Nast A, Smith C, Spuls PI, et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 1: treatment and monitoring recommendations. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(11):2461-2498.
3. Menter A, Gelfand JM, Connor C, et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. J Am Acad Dermatol. 2020;82(6):1445-1486.
4. Otero ME, van den Reek JM, Seyger MM, van de Kerkhof PC, Kievit W, de Jong EM. Determinants for drug survival of methotrexate in patients with psoriasis, split according to different reasons for discontinuation: results of the prospective MTX-CAPTURE. Br J Dermatol. 2017;177(2):497-504.
5. Shalom G, Zisman D, Harman-Boehm I, et al. Factors associated with drug survival of methotrexate and acitretin in patients with psoriasis. Acta Derm Venereol. 2015;95(8):973-977.
6. Maul JT, Djamei V, Koliou AGA, et al. Efficacy and Survival of Systemic Psoriasis Treatments: An Analysis of the Swiss Registry SDNTT. Dermatology. 2016;232(6):640-647.
7. Cabello Zurita C, Grau Pérez M, Hernández Fernández CP, et al. Effectiveness and safety of Methotrexate in psoriasis: an eight-year experience with 218 patients. J Dermatol Treat. 2017;28(5):401-405.
8. Ozkok Akbulut T, Topaloglu Demir F, Oguz Topal I, et al. Drug survival and predictor factors for discontinuation of methotrexate in psoriasis: a real-life multicenter study. Int J Dermatol. 2021;60(9):1140-1147. doi:10.1111/ijd.15628J
9. Ergun T, Seckin Gencosmanoglu D, Alpsoy E, et al. Efficacy, safety and drug survival of conventional agents in pediatric psoriasis: A multicenter, cohort study. J Dermatol. 2017;44(6):630-634. doi:10.1111/1346-8138.13713

- 10.Kara Polat A, Oguz Topal I, Aslan Kayıran M, et al. Drug survival and safety profile of acitretin monotherapy in patients with psoriasis: A multicenter retrospective study. *Dermatol Ther.* 2021;34(2):e14834. doi:10.1111/dth.14834
- 11.Dávila-Sejjo P, Dauden E, Carretero G, et al. Survival of classic and biological systemic drugs in psoriasis: results of the BIOBADADERM registry and critical analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(11):1942-1950. doi:10.1111/jdv.13682
12. Alabas OA, Mason KJ, Yiu ZZN, et al. Effectiveness and persistence of acitretin, ciclosporin, fumaric acid esters and methotrexate for patients with moderate-to-severe psoriasis: a cohort study from BADBIR. *Br J Dermatol.* 2023;188(5):618-627. doi:10.1093/bjd/ljad004
- 13.Chularojanamontri L, Silpa-Archa N, Wongpraparut C, Limphoka P. Long-term safety and drug survival of acitretin in psoriasis: a retrospective observational study. *Int J Dermatol.* 2019;58(5):593-599. doi:10.1111/ijd.14349
- 14.Arnold T, Schaarschmidt ML, Herr R, Fischer JE, Goerd S, Peitsch WK. Drug survival rates and reasons for drug discontinuation in psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016;14(11):1089-1099. doi:10.1111/ddg.13152



**Şekil 1.** Acitretin (a) ve metotreksat (b) için sağ kalım eğrileri (cox model). 176 acitretin (n=147 sonlandırılmış), 261 metotreksat (n=199 sonlandırılmış) tedavi kürü değerlendirilmiştir. Süre ay cinsinden verilmiştir

**Tablo 1.** Çalışma Populasyonunun Genel Özellikleri

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	169	46,4
	Erkek	195	53,6
	Toplam	364	100,0
Yaş*		46	(34,00-55,75)
BKİ*		27	(24,15-30,00)
Aile öyküsü	Yok	221	63,5
	Var	127	36,5
Sigara kullanımı	Hiç içmemiş	145	45,5
	İçiyor	98	30,7
	İçip bırakmış	76	23,8
	Toplam	319	100
Artirit	Yok	281	77,6
	Var	81	22,4
Hipertansiyon	Yok	297	81,6
	Var	67	18,4
Hiperlipidemi	Yok	265	72,8
	Var	99	27,2
Diyabet	Yok	310	85,2
	Var	54	14,8
Tırnak tutulumu	Yok	219	63,1
	Var	128	36,9
Psöriazis tipi	Lokalize plak	41	11,3
	Jeneralize plak	309	84,9
	Guttat	7	1,9
	Jeneralize püstüller	5	1,4
	Eritrodermik	2	0,5
	Toplam	364	100
İzlem Süresi* (ay)		39,5	(21,00-64,75)
Kümülatif metotreksat dozu* (mg)		875	(360-1485)

\*Ölçümsel olan değişkenlerde N sütununda ortanca, % sütununda sırasıyla 25-75 persantil değerleri verilmiştir.

**Tablo 2.** Yıllara göre beklenen sağ kalım oranları

	Asitretin (%)	Metotreksat (%)
1 yıl	49,5	62,7
2 yıl	34,9	42,7
3 yıl	23,5	29,7
5 yıl	12,2	8,9

**Tablo 3.** Tedavilerin sonlanması ile ilişkili çok değişkenli analizler (cox regresyon)

	Değişkenler	Hazard oranı	%95 GA	p-değeri
ASİTRETİN	Yaş	0,99	0,97-1,01	>0,05
	Cinsiyet	1,57	0,94-2,53	>0,05
	Artrit	2,33	1,24-4,38	0,008
	Sigara içme	0,90	0,50-1,61	>0,05
	Hiperlipidemi	1,54	0,90-2,64	>0,05
	BKİ	0,97	0,93-1,00	>0,05
	Tedaviye yanıt	0,08	0,04-0,16	0,000
METOTREKSAT	Yaş	0,98	0,97-0,99	0,034
	Cinsiyet	1,12	0,81-1,54	>0,05
	Artrit	0,69	0,48-0,99	0,046
	Hiperlipidemi	0,89	0,62-1,28	>0,05
	Psoriasis başlangıç yaşı	1,00	0,99-1,02	>0,05
	Tedaviye yanıt	0,14	0,07-0,25	0,000
	Tırnak tutulumu	0,97	0,70-1,33	>0,05

GA: güven aralığı

## SB-17

### MİKOZİS FUNGOİDES HASTALARININ KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Dilanur Sultan Seçilmiş<sup>1</sup>, Onur Şahin<sup>2</sup>, Ayşe Aysima Çüçen<sup>1</sup>, Cengiz Çelebi<sup>1</sup>, İtr Ebru Zemheri<sup>2</sup>, İlkin Zindancı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ-Amaç:** Mikozis Fungoides (MF) kutanöz T lenfomalarının en sık görülen alt tipidir. Hastaların çoğu erişkin olup; ortalama 4-5. dekatta, nadiren çocukluk çağında görülür. Tanı için klinikopatolojik korelasyon gerekmektedir.

Çalışmamızda kliniğimizde tanı alan ve takip edilen MF hastalarının demografik, klinik, histopatolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamızda Ocak 2016-Aralık 2022 tarihleri arasında SBU Ümraniye EAH Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği'nde MF tanısı alan 86 hastanın demografik, klinik ve histopatolojik özellikleri, klasik/atipik MF ayrımı yapılarak retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Toplam 86 hastanın 45'i (%52.3) kadın, 41'i (%47.7) erkek idi (K/E: 1.1). Ortalama tanı yaşı 45.4±18.3 (min:5,max:85); kadınlarda 43.1±18.7, erkeklerde 48.1 ±17.7 idi. Lezyonlar en sık gövde (48 hasta, %55.8) yerleşimiydi. Hastaların 66'sı (%76.7) klasik, 20'si (%23.3) atipik MF kliniğine sahipti. Atipik kliniklerden 5'i (%25) folikülotropik MF, 4'ü (%20) pigmente purpurik dermatoz benzeri, 4'ü (%20) pitriyazis likenoides benzeri, 1'i (%5) purpurik, 1'i (%5) siringotropik, 1'i

(%5) poikilodermik, 1'i (%5) eritem annuler santrifüj benzeri, 1'i (%5) büyük hücre transforme, 1'i (%5) CD8+ MF olarak değerlendirildi. 18 yaş ve altı hasta sayısı 6 (%7) idi. Bu hastaların 3'ü (%50) PL benzeri MF ile uyumluydu.

TNM evrelemesine göre hastaların 25'i (%29) Evre 1A, 34'ü (%39.5) Evre 1B, 27'si (%31.4) Evre 2A, 1'i (%1.1) Evre 4B olarak değerlendirildi.

Histopatolojik değerlendirme sonucu en sık saptanan bulgular sırası ile atipik lenfosit varlığı (%64), bazal tabakada dizilim (%58), band tarzında dermal lenfosit varlığı (%53.5), fibroplazi (%28), bazal vakuoler dejenerasyon (%22), epidermotropizm (%21) olduğu görüldü. İmmünohistokimyasal incelemede atipik hücrelerde %98.8 oranında CD3 pozitifliği, baskın CD4 pozitifliği (%83.7) izlenirken; CD8 pozitifliği %11.6 oranında idi. CD4-CD8 dual negatif ve dual pozitif olgular %4.7'lik kısmı oluşturmaktaydı. Olguların %74.4'ünde CD7 kaybı izlendi. CD2 ve CD5 ile değişken oranlarda ekspresyonlar izlendi.

**Sonuç:** Çalışmamızda MF kadınlarda ve 4.dekatta daha sık görülen bir hastalık olarak saptandı. Gövde tutulumu her iki cinsiyette daha fazlaydı. Tanı yaşı açısından kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı bir fark görülmedi. En sık görülen form klasik formdu. Atipik varyantlardan en sık rastlanan formlar folikülotropik MF ve pigmente purpurik dermatoz benzeri MF olarak saptandı. Çalışmamızda 18 yaş altı hastalarda PL benzeri MF sıklığı dikkat çekmekteydi.

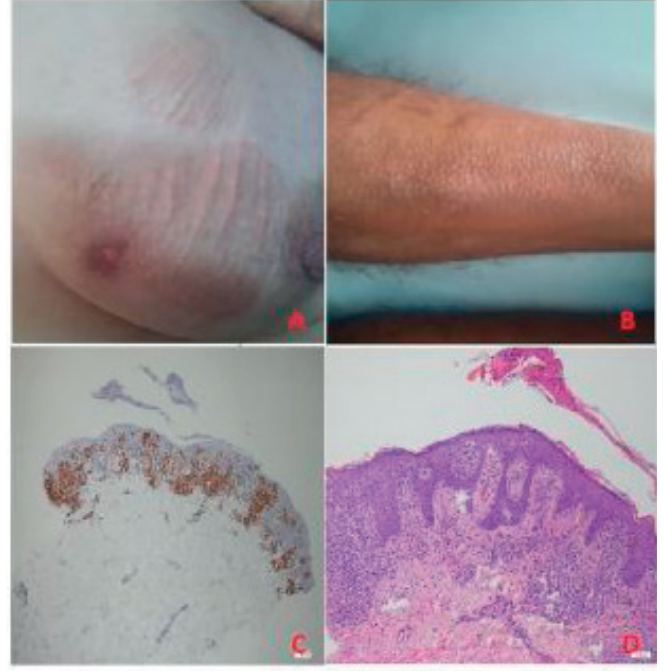
Histopatolojik incelemede atipik lenfositlerin görülmesi ve bunların bazal tabakada dizilim göstermesi ve papiller dermis infiltrasyonu en sık tanı koydurucu bulgular olarak saptandı. Pautrier mikroabsesi patognomonik bulgu olsa da çalışmamızda nadiren saptandı.

MF klasik görünümünün dışında kliniklerle de karşımıza çıkabilir, bu yüzden çağımızın büyük taklitçilerinden kabul edilir. Tanı için klinik şüphe ve histopatolojik-immünohistokimyasal çalışmanın beraber değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar kelimeler:** mikozis fungoides, folikülotropik mikozis fungoides, demografik, histopatoloji

#### Kaynaklar

1. Korgavkar K, Weinstock MA. Changing incidence trends of cutaneous B-cell lymphoma. *J Invest Dermatol* 2014; 134:840-842
2. Ferahbaş A. Mikozis fungoides, klinik varyantları ve subtipleri. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2007;17(4):242-51.
3. Galper SL, Smith BD, Wilson LD. Diagnosis and management of mycosis fungoides. *Oncology (Williston Park)*. 2010 May;24(6):491-501. PMID: 20568590.



Resim A: atrofik plak, Resim B: folikülotropik MF  
Resim C: atipik lenfoid hücrelerde CD3 ekspresyonu  
Resim D: papiller dermisi dolduran, epitel içine giren atipik lenfoid hücreler

Resim 1.

#### SB-18

### GORLİN SENDROMU: GENİŞ BİR SERİDE KLİNİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba Atıcı, Elizaveta Melnicova, Can Baykal

*İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları, İstanbul*

**Amaç:** Nevroid bazal hücreli karsinom sendromu olarak da bilinen Gorlin sendromu (OMIM #109400) nadir görülen, otozomal dominant geçişli bir hastalık olup en sık PTCH1 ve bazen SUFU mutasyonu ile ilişkilidir. Hastalığın en sık görülen bulguları deride erken yaşta ve/veya çok sayıda ortaya çıkan bazal hücreli karsinom (BHK) lezyonları, iskelet sistemi anomalileri ve çenede gözlenen odontojenik keratokistler olup bu bulgulara birçok farklı sistem ile ilgili belirtiler de eşlik edebilmektedir. Gorlin sendromu ile ilgili ülkemizden sadece sınırlı sayıda olgu bildirimleri mevcut olup çalışmamızda geniş bir hasta serisinde hastalığın klinik bulgularının ayrıntılı olarak gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Üçüncü basamak bir dermatoloji merkezinde 2001 ve 2023 yılları arasında Gorlin sendromu tanısı konulmuş hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara Gorlin sendromu tanısı güncel tanı kriterlerinde yer alan ve toplam 6 majör ve 7 minör kriteri oluşturan aile öyküsü, klinik, radyolojik ve genetik bulgular ışığında ( a.1 majör kriter ve genetik tanı, b. 2 majör kriter veya c.1 majör ve 2 minör kriter) konuldu. Hastalara ait demografik ve fenotipik özelliklerin yanı sıra kutanöz ve ekstrakutanöz bulgular gözden geçirildi. Takip sürecinde ortaya çıkan BHK lezyonlarının sayısı (<10, 10-25, >25), baskın olan klinik alt tipi ve lokalizasyonları kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışma sürecinde toplam 29 hastaya (14 kadın, 15 erkek) Gorlin sendromu tanısı konuldu. Hastaların büyük bir çoğunluğu (%79) farklı ailelerden olup sadece üç aileden birden fazla kişi çalışmaya dahil edildi. Hastaların tanı sırasında yaş ortalaması 28,6±14,7 (9-66) olup hastaların %31'i pediyatri-

rik yaşta (<18) tanı almıştı. Hastaların büyük bir çoğunluğunda (%75,8) oksipitofrontal genişlik, makrosefali ve hipertelorizm gibi fenotipik özellikler belirgindi. BHK en sık görülen bulgu olup (n=27) bunu odontojenik keratokistler (n=24) ve diğer iskelet sistemi anomalileri (n=24), palmoplantar çukurcuklar (n=21) ve epidermoid kist (n=14) takip etmekteydi. Hastaların az bir bölümünde medulloblastom (n=3) ve ameloblastom (n=1) gibi ekstrakutanöz maligniteler de bulunmaktaydı. BHK lezyonları en sık baş ve boyun bölgesinde (n=27) yerleşmekle birlikte gövde (n=14) ve ekstremitelerde (n=5) de bulunmaktaydı. Biri çocuk yaşta olmak üzere iki hastada palmoplantar yerleşimli BHK mevcuttu. Hastaların büyük bir çoğunluğunda BHK lezyonları çok sayıda iken (4 hasta: 10-25 BHK, 6 hasta: >25 BHK), %29,4'ü pediatrik yaşta olmak üzere 17 hastada 10'dan az sayıda BHK tespit edildi. Klinik olarak hastaların büyük bir kısmında (n=20) klasik BHK lezyonları (nodüloülseratif, pigmente ve yüzeyel BHK) baskın klinik alt tip olarak görülmekteyken, pediatrik yaşta tanı alan hastaların %44,4'ünde ve erişkin hastaların %15'inde akrokordon benzeri, küçük boyutlu papüler lezyonlar şeklinde BHK lezyonları mevcuttu.

**Sonuç:** Çalışmamızda literatürde olduğu gibi BHK en sık (%93,1) bulgu olup odontojenik keratokistler de çok sık (%82,7) bulundu. Gorlin sendromu için iyi bilinen ve tanı kriterlerinde de yer alan bulgular haricinde epidermoid kistlerin de çok sık görülmesi (%48,2) dikkat çekici bir bulgu olarak yorumlandı. Ayrıca başta çocuk hastalarda olmak üzere akrokordon benzeri lezyonlarda BHK açısından dikkatli olunması Gorlin sendromunda erken tanı için oldukça önemli bir ipucudur.

**Anahtar kelimeler:** gorlin sendromu, multipl bazal hücreli karsinom, odontojenik keratokistler

#### Kaynaklar

1. Verkouteren BJA, Cosgun B, Reinders MGHC et al. A guideline for the clinical management of basal cell naevus syndrome (Gorlin-Goltz syndrome). Br J Dermatol. 2022 Feb;186(2):215-226.
2. Smith MJ, Beetz C, Williams SG et al. Germline mutations in SUFU cause Gorlin syndrome-associated childhood medulloblastoma and redefine the risk associated with PTCH1 mutations. J Clin Oncol 2014; 32:4155-
3. Peris K, Fargnoli MC, Garbe C et al. Diagnosis and treatment of basal cell carcinoma: European consensus-based interdisciplinary guidelines. Eur J Cancer 2019; 118:10-34.

#### SB-19

### ERİŞKİN VE JUVENİL KSANTOGRANÜLOM KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI; TEK MERKEZLİ GENİŞ OLGU SERİSİ

Can Baykal<sup>1</sup>, Fatma Kübra Gül Çiftçi<sup>1</sup>, Şule Öztürk Sarı<sup>2</sup>, Nesimi Büyükbabani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Langerhans hücreli dışı histiyositozların en sık görülen şekli olan juvenil ksantogranüloom (JXG) çoğunlukla erken çocuklukta görülen deriye lokalize, kendini sınırlayan lezyonlarla seyredir. Bazen iç organ tutulumu görülebilir. Erişkinler için terminoloji belirsizdir ve genellikle ksantogranüloom (XG) olarak adlandırılırlar. Küçük serilerde juvenil ve erişkin hastaların klinik ve histopatolojik özellikleri ile hastalık seyrini karşılaştıran az sayıda çalışma vardır. Çalışmamızda hastaların yaşa göre özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğinde 2007-2023 yılları arasında tanı alan toplam 45 JXG/XG hastasının demografik, klinik ve histopatolojik verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar hastalığın başlangıç yaşına göre 14 yaş eşik değer olmak üzere juvenil ve erişkin olarak iki gruba ayrılarak klinik ve histopatolojik özellikleri karşılaştırıldı.

**Bulgular:** On altı yıllık çalışma süresince 33 juvenil (27 erkek, 6 kadın) ve 12 erişkin hastaya (7 erkek, 5 kadın) JXG/XG tanısı konuldu. Çocuk hastaların %81'i, erişkin hastaların %58'i erkekti.

JXG'nin görüldüğü yaş grubu ile klinik özelliklerinde değişme konusundaki bilgiler sınırlıdır. Serimizde çocukların 9'unda soliter lezyon görülürken, tüm erişkin olguların soliter lezyonu olması dikkat çekici bulundu. Erişkinlerde baş-boyun yerleşimi sık görülürken, çocuklarda lezyonlar baş-boyun ve gövdede sık yerleşim gösterdi. Erişkinlerin tümünde lezyonlarının yüzeyi sağlarken, 7 çocukta lezyonlarda erozyon/ülserasyon mevcuttu.

Bir çocuk hastada ürtikerya pigmentoza, iki çocuk hastada Langerhans hücreli histiositoz eşlik ettiği gözlemlendi. İki çocuk hastada ise birden fazla café-au-lait makülü olduğu görüldü. Ayrıca bir hastada da nöroblastom eşlik ediyordu. Serimizde erişkin hastalarda diğer hastalıklarla herhangi bir ilişki ortaya konulmadı.

Toplam 35 olguda (23 çocuk, 12 erişkin) histopatolojik inceleme yapıldı. Tüm hastalarda infiltrasyon başlıca histiyositlerden oluşmaktaydı. Yirmi altı hastada ksantomatöz köpüksü sitoplazmalı histiyositler gözlemlendi. Bir hasta hariç tüm biyopsilerde dev hücreler mevcuttu. Bunların 27'si karakteristik Touton tipi dev hücrelerdi. On bir hastada belirgin iğsi hücre morfolojisi görüldü (6 juvenil ve 5 erişkin). Çoğu olguda farklı miktarlarda lenfositler saptanırken, nötrofiller ve eozinofiller de azalan oranlarda gözlemlendi. On iki erişkin hastadan sadece birinde eşlik eden nötrofiller ve ikisinde eozinofiller vardı. Buna karşın, infiltrasyon juvenil hastaların yarısında nötrofiller ve üçte birinde eozinofiller içermekteydi. Serimizde eşlik eden iltihabi infiltrasyonun erişkin olgulardan farklı olarak juvenil olgularda granülositlerden zengin olması dikkat çekiciydi.

**Sonuç:** Sonuç olarak çalışmamızda XG'nin erişkinlerde genelde soliter, görece küçük, ülsere olmayan nodüllerle seyredirken çocuklarda değişken sayıda bazen büyük ve erozyon/ülserasyon gösterebilen nodüllerle seyrettiği gözlemlenmiştir. Erişkinlerde eşlik eden herhangi bir hastalık ile ilişki bulunmazken çocuklarda JXG'ye eşlik eden farklı hastalıkların olabileceği ortaya konmuştur. Erişkin olgularda iğsi hücreli morfolojinin varlığı ve eşlik eden inflamasyonun azlığı histopatolojik olarak tanıda zorluklara yol açabilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** juvenil ksantogranüloom, erişkin başlangıçlı ksantogranüloom, langerhans hücreli dışı histiyositoz, café-au-lait makülleri, nöroblastom

#### SB-20

### SAKAL DÖKÜLMESİ NEDENLERİNİN TRİKOSKOPİK BULGULAR IŞIĞINDA DEĞERLENDİRİLMESİ: ÖN SONUÇLAR

Güldehan Atış, İlksen Yağmur Tezer

İmü Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Sakal dökülmesi; saçlı deri ve diğer vücut bölgelerindeki kılların kaybına eşlik edebildiği gibi izole olarak da karşımıza çıkabilen, kozmetik ve psikososyal sorunlara yol açabilen bir durumdur. Sıklıkla alopesi areata (AA), trikotillomani (TTM)

gibi sikatriye yol açmayan hastalıklar olabilirken nadiren de liken planopilaris (LPP), diskoid lupus eritematozus (DLE) gibi hastalıklar nedeniyle gözlenebilmektedir. Trikoskopi; saçlı deride olduğu gibi, sakalda da tanısal amaçlı kullanılabilen bir yöntemdir. Literatürde sakal dökülmesinin trikoskopik bulgularıyla ilgili geniş vaka sayılı çalışma bulunmamaktadır.

**Amaç:** Sakal dökülmesi nedeniyle başvuran hastaların; etyolojilerinin trikoskopik bulgularla değerlendirilmesidir.

**Materyal-Metod:** Hastanemiz Saç Polikliniğine Kasım 2022-Mart 2023 tarihleri arasında sakal dökülmesi yakınmasıyla başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların, yaş, şikayetlerinin süresi, sakal dışı tutulum alanları, eşlik eden dermatolojik ve sistemik hastalıkları ve sürekli kullandığı ilaçlar kaydedildi. Sakal dökülmesinin gözleendiği alanların lokalizasyonu belirlenip, trikoskopik kaydı yapıp trikoskopik bulgular, trikoskopi konusunda tecrübeli dermatoloji uzmanı tarafından değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan 75 hastaya ait yaş ortalaması  $35.45 \pm 11.63$  idi. Hastaların 26'sında (%34.6) eşlik eden sistemik hastalık, 12'sinde (%16) eşlik eden dermatolojik hastalık saptandı. Etiyolojide saptanan hastalıklar sırasıyla AA (n=60, %80.2), LPP (n=6, %8), dissekan selülit (n=3, %4), DLE (n=1, %1.3), keloid (n=1, %1.3), lupoid sikozis (n=1, %1.3), mikozis fungoides (n=1, %1.3), sarkoidoz (n=1, %1.3) ve TTM (n=1, %1.3) idi. Hastaların 39'unda (%52) saçlarda alopesik yamalar, 1'inde (%1.3) eritemli plaklar ve alopesik yamalar, 1'inde (%1.3) abse odakları, 1'inde (%1.3) abse odakları ve alopesik yamalar saptanırken 33 hastada (%44) saçlı deri tutulumu izlenmedi. Ayrıca, hastaların %13.1'ünde kaş tutulumu, %10.6'sında vücut kıllarında tutulum, %5.3'ünde tırnak tutulumu ve %1.33'ünde mukoza tutulumu saptandı. Ortalama hastalık süresi  $17.69 \pm 37.92$  aydı. En sık saptanan beş trikoskopik bulgu sırasıyla vellus kıllar (n=52, %69.3), dallanan ve lineer damarlar (n=34, %45.3), siyah nokta (n=33, %44), sarı nokta (n=25, %33.3) ve peripilar bulgu (n=22, %29.3) idi. En sık gözlenen lokalizasyon ise sağ yanak (n=46, %61.3) idi.

**Sonuç:** En sık sakal dökülmesine yol açan hastalık AA olmakla birlikte diğer nadir nedenler de mutlaka akılda tutulmalıdır. Özellikle sakal dökülmesinin izole olarak gözleendiği durumlarda tanıyı koymada güçlük yaşanabilir. Sakalda dökülmeye neden olan durumların trikoskopik özelliklerini bilmek, kısa sürede, non-invaziv bir şekilde tanı koymayı kolaylaştırmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** alopesi, dermoskopi, alopesi areata

POSTER  
BİLDİRİLER

EP-01

## AYIRICI TANIDA GÖZDEN KAÇABİLEN BİR HASTALIK: KRUTLU SKABİES

İlyas Enes Silay, Başak Baykut Orundaş, Şirin Yaşar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Norveç uyuzu veya krutlu uyuz ilk olarak 1848'de Norveç'te Daniellssen ve Boeck tarafından tanımlanmıştır. Başlangıçta Daniellssen ve Boeck, hastalığın lepranın bir çeşidi olduğuna inanıyorlardı. 1851'de etiyoloji doğru olarak uyuz akarına atfedildi ve hastalığa Hebra tarafından "Scabies Norvegic Boeckii" adı verildi. Daha sonra bu isim, keşfedildiği ülkeden sonra Norveç uyuzu olarak kısaltıldı. Krutlu uyuz, kötü sağlık koşullarının yaygın olduğu ve göçmen nüfusunun arttığı gelişmekte olan ülkelerde nispeten yüksek sıklıkta olmakla birlikte, AIDS, HTLV-1 enfeksiyonu, lepra ve lenfoma gibi hücrel immüni-tenin etkilendiği durumlarda; yaşlılarda ve Down sendromuna sahip bireylerde görülebilir.

**Olgu Sunumu:** 62 yaşında erkek hasta, 2 aydır var olan kaşıma şikayeti ile dış merkez dermatoloji polikliniğine başvurmuştur. Bilinen diabetes mellitus dışında ek hastalığı olmayan hastanın kullandığı tek ilaç metformin 1000mg 2x1'dir. Sigara ve alkol kullanmayan hastanın bilinen operasyon öyküsü bulunmamaktadır. Dış merkezde egzema tanısı alan hastaya yüksek potent topikal steroid, antihistaminik ve nemlendirici tedavileri başlanmıştır. Tedavi sonrası kısa süre şikayetleri gerileyen hasta, bir süre sonra kaşıntı şikayetinin daha şiddetli tekrarlaması sonucunda başka bir dermatoloji polikliniğine başvurmuştur. Eritemli skuamli plakları psoriasis lehine yorumlanmış ve biyopsi alınmaksızın fototerapi (dbUVB) başlanmıştır. 6 seans fototerapi alan hastanın, şiddetlenen kaşıntısı nedeni ile eğitim ve araştırma hastanesi kliniğine başvurması önerilmiştir. Kliniğimize başvuru anında 7 aydır geceleri artan kaşıntı, kuruluk, kepeklenme şikayetleri olan hastanın dermatolojik muayenesinde karında, kollar- da, popliteal bölgede yoğun olmak üzere hiperkeratotik plaklar, krutlar (Resim 1c), kol lateralinde granülomlar (Resim 2a), el bileklerinde yoğun olmak üzere sillon (Resim 2b) gözlenmiştir. Skabiesten şüphelenilen hastanın hem sillonlardan hem karn bölgesindeki krutlardan alınan kazıma örnekleri mikroskopi ile incelendiğinde sarkoptlar görülmüştür (Resim 2c).

**Sonuç ve Tartışma:** Krutlu uyuz, nadir görülen bir hastalık olup kolaylıkla gözden kaçan bir tanidir. Genellikle immünsüpresif hastalarda görülür. Sillon, vezikül perle, granülom bulguları ve şiddetli kaşıntı semptomu tipik değildir. Kaşıntı şikayeti minimal olabilir veya olmayabilir. İmmünsüpresyonu bulunmayan hastamızda, yüksek potent topikal steroid ve fototerapi gibi yanlış tedaviler nedeni ile tüm bulgular görülebilmektedir. Tedavide ivermektin, klasik skabies hastalarına göre daha uzun süre verilmelidir. 7 gün süreyle ivermektin verilen hastamızın tedavi sonrası şikayetlerinin gerilediği gözlemlenmiştir. Sonuç olarak krutlu skabies nadir, tedaviye dirençli, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir tanidir.

**Anahtar Kelimeler:** skabies, Norveç uyuzu, krutlu skabies

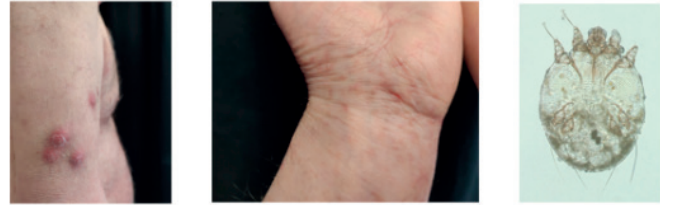
### Kaynaklar

- Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis.* 2006;6:769---79.
- Sánchez-Borges, M., González-Aveledo, L., Capriles-Hulett, A., & Caballero-Fonseca, F. (2018). Scabies, crusted (Norwegian) scabies and the diagnosis of mite sensitisation. *Allergologia et Immunopathologia*, 46(3), 276–280. doi:10.1016/j.aller.2017.05.006
- Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet.* 2006;367:1767---74
- Kartono F, Lee EW, Lanum D, Pham L, Maibach HI. Crusted Norwegian scabies in an adult with Langerhans cell histiocytosis: mishaps leading to systemic chemotherapy. *Arch Dermatol.* 2007 May;143(5):626-8. doi: 10.1001/archderm.143.5.626. PMID: 17515513



Resim 1 a,b,c: Pertumblıklı, inenümal bölge ve bacaklarda eritemli zeminde sarı, gri renkte skabim

Resim 1. Krutlu skabies lezyonları



Resim 2a: Kol lateralinde granülomlar Resim 2b: El bileğinde sillon (tünel)  
Resim 2c: Mikroskopiye skabies paraziti

Resim 2.

EP-02

## KSERODERMA PİGMENTOSUM

Hülya Albayrak, Tayfur Kumalar

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

**Giriş:** Kseroderma Pigmentosum, aşırı fotosensitivite ile ilişkili olarak erken yaşlardan itibaren başlayıp giderek artan selim ve malign deri lezyonlarının yanı sıra, göz ve merkezi sinir sistemi belirtileri de olan, otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. DNA hasarlarını tamir eden sistemdeki (nucleotide excision repair) eksikliği ya da yetersizliği sonucu gelişir. Görülme sıklığı yaklaşık 1/200.000'dir (1). Genodermatoza sekonder gelişebilecek tekrarlayan deri malignitelerine farkındalık oluşturabilmek için bu olguyu hazırladık.

**Olgu:** 16 yaşında kadın hasta tüm vücutta koyu renkli lekeler ve tekrarlayan deri tümörlerinin varlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Kseroderma Pigmentosum tanısı olan hastanın daha önce 3 kez skuamöz hücreli karsinom (SCC) ekzisyonları mevcuttu. Tüm vücutta yaygın lentiginöz lezyonları ve özellikle yüzde aktif keratoz ile uyumlu lezyonları mevcuttu. Gelişebilecek maligniteler açısından tarafımızca takibe alındı. Son kontrole geldiğinde yakın zamanda ortaya çıkan bir lezyonu mevcuttu. Sol yanakta, kulak ön tarafında yerleşen, hızlı büyüyen, dermoskopik olarak irregüler dallanan damarları olan, üzeri krutlu nodüler lezyondan (Resim 1) biyopsi alındı ve sonucu iyi diferansiye SCC olarak raporlandı. Ekzisyon için yönlendirilen hastanın Göz Hastalıkları, Nöroloji ve tarafımızca yapılan takipleri devam etmektedir.

**Tartışma:** Kseroderma pigmentosum nadir görülen bir genodermatozdur (1). Hastaların 2/3'ü yaygın metastazlar ya da enfeksiyonlar nedeni ile erişkin çağa gelmeden ölürlü (2). Hastaların belirli periyotlarla poliklinik takiplerinde şüpheli lezyonlarının kayıt altına alınıp tanımlanması, yaşam boyu birçok kez deri malignitesine maruz kalma riski olan bu hastaların mortalite ve morbiditesine direkt yansımaktadır (3). Kseroderma pigmentosumlu hastaların cildinin görünümü genellikle doğumda normaldir (3). Hastalığın A'dan G'ye 7 ayrı tipi ve bir de DNA polimeraz mutasyonuna bağlı varyant tipi bulunmaktadır. Hastalık fotoyaşlanmanın en tipik örneğini oluşturur. Normalde aşırı güneş ışını almaya bağlı yaşlılarda yıllar içerisinde gelişen deri değişiklikleri, bu hastalıkta çok az güneş ışığı teması ile oldukça küçük çocuklarda da görülebilir. Deri bulguları 3 ayrı evrede

oluşur. İlk evrede vücudun güneş gören yerlerinde inatçı eritem ve bazen bül gözlenen güneş yanıkları gelişir. Ardından 2. evre başlar ve açık kahveden siyaha değişen renkte efelidler gelişir. 2 yaşın altında gözlenen bu değişiklikler kseroderma pigmentosuma özgü olup normal çocuklarda çok nadir rastlanır. Üçüncü evrede halen çocukluk çağında bulunan ya da adölesan döneme ulaşanlarda çok sayıda kanser öncüsü aktinik keratozlar ve başlıcaları skuamöz ve bazal hücreli kanser ve melanom olan deri tümörleri gelişir (2). Ultraviyolede korunma hastalığın seyrindeki sekonder tümör oluşumundan korunmak için en önemli tedavi basamağıdır (3). Diğer tedavi seçenekleri cerrahi eksizyon, lokal imiquimod ve 5FU, oral retinoid tedavisi, dermabrazyon, kimyasal soyma olarak sayılabilir (2).

**Anahtar Kelimeler:** Kseroderma pigmentosum, skuamöz hücreli karsinom, genodermatoz

#### Kaynaklar

1. Baykal C. (2020) Dermatoloji Atlası 4. Baskı
2. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Aksungur V, İnalöz S, Metin A, Engin B, Kutlubay Z. (2013) Makrodermatoloji Eğitim Atlası
3. Alexander KC, Leung, Benjamin Barankin, Joseph M. Lam, Kin Fon Leong, Kam Lun Hon. Xeroderma Pigmentosum: an updated review, *Drugs in Context*. 2022; 11: 2022-2-5.



**Resim 1.** Üzeri krutlu nodüler lezyon

#### EP-03

### ATİPİK YERLEŞİMLİ FAMILİYAL ATROFODERMA

**Ferhan Bulut Demir<sup>1</sup>, Erhan Topal<sup>1</sup>, Zeliha Leyla Cinel<sup>2</sup>, Tülin Ergun<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş-Amaç:** Atrofoderma, etiyojisi bilinmeyen, asemptomatik, viyolase-kahverengimsi yamalar ile karakterize, nadir görülen bir dermatolojik hastalıktır (1). En sık görülen klinik formu, Pasini ve Pierini tarafından tanımlanmıştır (2).

Burada, aynı aileden 5 bireyin etkilendiği, yüz yerleşimli iki "Pasini ve Pierini atrofoderması (PPA)" olgusu sunulmaktadır.

**Olgu 1:** 37 yaşında kadın hasta, 18 yıl önce yüzünde çıkan ve zamanla artan lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Lezyon öncesinde travma, böcek ısırığı veya öncü bir enflamatuvar lezyon öyküsü tariflemiyordu ve lezyonların son 3-4 yıla kadar genişleyerek, yüzüne yayıldığını; daha sonra durduğunu ifade etti. Benzer yerleşime sahip (yüz) lezyonların babasında ve tüm kardeşlerinde (iki erkek kardeş ve bir kız kardeş) olduğunu belirtti. Bilinen hastalık öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sağ preaurikular bölgede, ortasında non lezyoner deri izlenen düzensiz sınırlı, ortası soluk gri, sınırları hiperpigmente deprese atrofik plaklar izlendi. Sol infraorbital alanda, sol dudak superiorunda, burun dorsumunda ve burun ucunda da düzensiz keskin sınırlı deprese atrofik plaklar saptandı. Hastanın, yüz sağ yarısındaki lezyonundan ve çevresindeki non-lezyoner deriden atrofoderma, morfea öntanılarıyla alınan doku örneklerinin histopatolojik incelemesinde, epidermiste incelme, retelerde silinme; dermiste belirgin, homojen, yığılmış kollojen demetleri ile elastik liflerde azalma ve parçalanma saptandı. Non-lezyoner deride olağan bulgular izlendi. Hastanın öykü, muayene bulguları ve histopatolojisi göz önüne alınarak familial atrofoderma olarak değerlendirildi. Hastaya topikal retinoid tedavisi başlandı.

**Olgu 2:** 30 yaşında kadın hasta, 10 yıldır mevcut olan lezyonların fizik muayenesinde burun sol lateralinde *Olgu 1* ile benzer karakterde, hiperpigmente atrofik plak izlendi. Gövde, mukozalar ve saçlı deri fizik muayenesi olağandı. Klinik bulguların ışığında bu hastaya da PPA tanısı kondu ve topikal retinoid tedavisi başlandı.

**Tartışma-Sonuç:** Pasini ve Pierini atrofoderması, dermal atrofiye neden olan nadir, kutanöz bir hastalıktır. Tek veya multiple, keskin sınırlı, hiperpigmente, depresif, inflamatuvar belirtileri olmayan yamalar şeklinde ortaya çıkar (3). Olgumuzda öncü bir lezyonun olmaması, kronik ve progresif seyir, pandermal kollojen demetleri, elastik doku kaybı ve epidermal atrofinin varlığı, Pasini ve Pierini atrofodermasını destekleyen bulgulardır. Literatürde olguların yerleşim yeri genellikle gövde ve üst ekstremiteler olarak bildirilmiş olup olgumuzda da olduğu gibi yüz yerleşimi nadirdir. Bizim olgumuzda olduğu gibi, familial PPA literatürde sadece bir kez bildirilmiştir. Burada iki erkek kardeşin gövdesinde yerleşen PPA tanımlanmıştır (4).

Bu olgu, nadir karşılaşılan bir durum olan Pasini ve Pierini atrofodermasının familial formlarının da olabileceğine ve sık bir yerleşim olmayan yüz tutulumuna dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** atrofi, familial, konnektif doku, morfea

#### Kaynaklar

1. Zhang RZ, Zhu WY. Two uncommon cases of idiopathic atrophoderma of pasini and pierini: multiple and giant. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011 May-Jun;77(3):402.
2. Begolli Gerqari A, Ferizi M, Gerqari I. Atrophoderma of Pasini and Pierini in a young adult: a case report. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2019 Mar;28(1):45-46.



- Litaiem N, Idoudi S. Atrophoderma of Pasini and Pierini. 2022 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.
- Weiner MA, Gant JR. Idiopathic atrophoderma of Pasini and Pierini occurring in two brothers. *AMA Arch Derm.* 1959 Aug;80(2):195-7.



**Resim 1.** Sol infraorbital alanda, sol dudak superiorunda, burun dorsumunda ve burun ucunda düzensiz keskin sınırlı deprese atrofik plaklar

## EP-04

### GIANOTTI-CROSTI SENDROMU OLGUSU

**Erhan Topal, Gözde Atmaca, Ayşe Deniz Yücelten**

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Paraviral ekzantemler etiyolojilerinde virüslerin yer aldığı ancak spesifik bir virüs-ekzantem ilişkisinin kanıtlanmadığı deri döküntülerini tanımlayan, görece yeni tablolardır. Bu tablolardan olan Gianotti-Crosti Sendromu (Çocukluğun Papüler Akrodermatiti), paraviral ekzantem olarak kabul edilir ve ilk olarak 1950 yılında tanımlanmıştır. GCS hastalarda yüz, ekstremiteler ve gluteal bölgelerde simetrik yerleşen akut başlangıçlı monomorf papüller bir döküntü görülür. Burada, GCS düşünülen bir çocuk hasta, nadir görülen bir tablo olması nedeniyle sunulmaktadır.

7 yaş kız hasta 1 haftadır olan kaşıntılı döküntü nedeniyle danışıldı. Döküntü, boyun bölgesinde başlayarak kollara ve bacaklara yayılmıştı. Döküntü öncesinde enfeksiyon öyküsü veya ilaç kullanımı tariflemedi. Bilinen hastalığı, atopi öyküsü olmayan hastanın çocukluk çağı aşı takvimine uyduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde karında seyrek, bilateral ekstremitelerde; diz, dirsek ve el-ayak sırtında yoğunlaşmış şekilde izlenen yaklaşık 2 mm çapında monomorf, etrafı minimal eritemli deri renginde papüller döküntüsü mevcuttu. Oral ve genital mukozası doğal izlendi. Hepatomegali, splenomegali, lenfadenomegali izlenmedi. Hastanın hikayesi, lezyon karakteri ve dağılımı değerlendirildi-

ğinde ön planda Gianotti-Crosti Sendromu düşünülerek orta potent topikal kortikosteroid ve sistemik antihistaminik tedavisi verildi. Hastanın Hepatit, EBV ve CMV serolojisi akut/kronik enfeksiyon açısından negatifti. İlginç olarak, HBV aşı takvimine uyduğunu belirten hastanın Anti Hbs IgG titresi negatif sınırlarda izlendi, yeniden aşılama önerildi.

Gianotti-Crosti Sendromu, kendini sınırlayan tekrarlamaya eğilimi olmayan, yüz, ekstremiteler ve glutealarda yerleşen simetrik papüler döküntü ile karakterizedir. Sıklıkla bebek ve çocukluk çağında görülse de yetişkin vakalar da bildirilmiştir (1). İlk tanımlandığında HBV ile ilişkilendirilmiş olsa da, etiyolojisinde EBV, CMV, HIV, SARS-CoV-2 gibi virüsler ile *Borrelia burgdorferi*, *Bartonella henselae*,  $\beta$ -hemolitik streptokoklar gibi bakteriler ve aşılar ile de ilişkili bulunmuştur (2). Histopatolojisi nonspesifiktir; spongiotik ve likenoid değişimlerin yanında lenfositik vaskulit, lenfosit ekzositozu ve sitotoksik T hücre infiltratları izlenebilir. GCS'nin spesifik bir tedavisi yoktur ve semptomatik tedavi ile 2-8 haftalık bir süre içerisinde kendiliğinden gerileyen bir seyre sahiptir. Burada, lezyon yerleşim yerleri ve monomorf lezyon karakteri ile oldukça tipik bir GCS sunularak paraviral ekzantemlere dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** infantil, akrodermatit, paraviral, ekzantem,

#### Kaynaklar

- Swali, RN et al. "Gianotti-crosti syndrome in the setting of recent coronavirus disease-19 infection." *Pediatric dermatology* vol. 38,3 (2021): 629-631. doi:10.1111/pde.14518
- Dupont, F et al. "Cytomegalovirus-Associated Gianotti-Crosti Syndrome in 28-Year-Old Immunocompetent Patient." *Pathogens* (Basel, Switzerland) vol. 11,11 1338. 12 Nov. 2022, doi:10.3390/pathogens11111338



**Resim 1.** Bilateral el sırtı ve ön kol ekstansör yüzde monomorf deri rengi papüller.

## EP-05

### AKTİNOMİÇES'E BAĞLI GELİŞEN NADİR BİR OLGU: MADURA AYAK

**Baha Zaben, Meryem Aktaş, Gözde Atmaca, Tülin Ergun**

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

**Giriş:** Madura Ayağı, çok sayıda bakteri ve mantar türünün etken olduğu, dermal ve subkutan dokuyu tutmakla birlikte, kas,

kemik gibi derin dokuları da etkileyebilen, kronik granülatöz bir enfeksiyondur. Hastalık en sık alt ekstremitelerde, tek taraflı, ağrısız, yavaş büyüyen sert papüler lezyonlarla başlar ve zamanla şişlik, fistül ve apseler oluşur.

Ülkemizde nadir görülmesi, erken tanı ve uzun süreli tedavinin yapılmaması halinde yol açabileceği morbidite ve mortlitenin vurgulanması amacıyla bir madura ayağı olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** 36 yaşında erkek hasta, 10 senedir, sol ayağında ki şişlik, akıntı ve yara yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden, yurtdışında yaşadığı ve şikayetlerinin başlamasından önce toprakla temasının olduğu öğrenildi. Başvurduğu merkezde alınan kültür sonucunda, Aktinomiçes ürettiği ve lezyonlardan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde, dermis ve subkutan dokuda miks inflamasyon ve abse materyali izlenmiş.

Hastanın tekrarlayıcı ağrı ve kızamık şikayetleri nedeniyle başvurduğu dış merkezlerde önerilen oral doksisisiklin, moksifloksasin, klindamisin, topikal tedavilere yanıtı olmamıştı.

Fizik muayenesinde, sol ayak dorsal ve lateral yüzlerde, endüre subkutan nodüler lezyonlar, sert ödem ve atrofik skar ile ayak bileğinin medial yüzünde 2 adet püstül izlendi. Hastadan alınan yara sürüntü kültürü ile nodüler lezyonlardan alınan doku kültürlerinde herhangi bir mikroorganizma üremesi saptanmadı. Medikal ve cerrahi tedavisinin planlanması için, enfeksiyon hastalıkları ve plastik cerrahi ile konsey planlandı. Ancak hastanın kontrole gelmemesi nedeniyle tedavisi gerçekleştirilemedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Madura ayağı; mantar veya bakterilerin, topraktan deriye doğrudan inokülasyonu yoluyla bulaşıp dermal ve subkutan yağ dokuda kronik enfeksiyona neden olduğu bir granülatöz hastalıktır. Etken olan patojen mikroorganizma farklı olsa da klinik belirtiler benzerdir.

Tanının doğrulanması ve tedavilerinin tümüyle farklı olması nedeniyle, ömiçetom ve aktinomikotik miçetom ayrımının yapılması amacıyla, direkt mikroskopik inceleme (KOH), kültür ve histopatolojik inceleme gereklidir. KOH incelemesinde, aktinomiçeslerin ince filamentli granülleri ya da ömiçetomlarda mantar hifleri görülür. Mikrobiyolojik çalışma, bizim olgumuzda olduğu gibi, derin doku kültürleriyle yapılır. Ancak 3-4 haftalık inkubasyonlara rağmen bazen üreme olmayabilir.

Madura ayağın tedavisi; neden olan mikroorganizmaya göre değişmektedir. Bakteriler tarafından oluşan enfeksiyonlarda; sulfonamidler, rifampisin gibi antibiyotikler kullanılabilir ancak mantarlara bağlı oluşan enfeksiyonlarda; öncelikle lezyonun cerrahi eksizyonu ve itrakonazol, amfoterisin B gibi antifungal ajanların kullanılması gerekir.

Madura ayağı, yavaş ilerleyen, kronik, ağrısız, subkutan nodüler lezyonlarla karakterize, ciddi skar, deformitelere neden olan bir enfeksiyondur. Deformitelerin engellenebilmesi açısından erken tanı ve uzun süreli medikal tedaviye ek olarak cerrahi tedavi planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Miçetom, Madura Ayağı, Derin mantar, Enfeksiyon

#### Kaynaklar

1. El Muttardi N, Kulendren D, Jemec B. Madura foot-mind the soil. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2010;63:576-578
2. Roupael NG, Talati NJ, Franco-Paredes C. A painful thorn in the foot: a case of eumycetoma. Am J Med Sci 2007;334:142-144.



Resim 1 ve 2.

#### EP-06

### SKROTUMDA MULTİPL KİTLE İLE TANI ALAN METASTİK KOLON KANSERİ

Rumeysa Nur Algan<sup>1</sup>, Harbiye Dilek Canat<sup>1</sup>,  
Elif Gökçe Devocioğlu<sup>2,1</sup>, Zafer Türkoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** İnternal malignitelerin yaklaşık %1-%4.5'i cilde metastaz yapmaktadır. Cilde en sık metastaz yapan kanserler arasında meme, mide, akciğer, böbrek, uterus, over, kolon ve mesane kanseri yer alır (1). Kolorektal kanserlerin kutanöz metastazı son derece nadirdir (%4,2) ve kötü prognoz işaretidir. Kutanöz metastaz genellikle primer tümörün ortaya çıkışından sonraki 2 yıl içinde görülür (2). Daha nadiren ise primer tümörle eş zamanlı olarak yada primer tümör tespit edilmeden önce ortaya çıkabilir ve uzun araştırmalar gerektirebilir (3). Skrotumda nodüler lezyonlar ile başvuran ve biyopsi sonucu adenokarsinom metastazı ile uyumlu olup, yapılan araştırmalar sonucu kolon adenokarsinomu tanısı alan 65 yaş erkek hasta sunulmaktadır.

**Olgu:** 65 yaş erkek hasta, skrotumda çok sayıda kitle nedeni ile üroloji kliniği tarafından konsulte edildi. Hastanın bilinen diabetes mellitus, karaciğer sirozu ve hidroseli vardı. Dermatolojik muayenede, skrotumda aralıklı yerleşen, orta sertlikte, fikse yaklaşık 1 cm çaplı multipl subkutan nodülleri mevcuttu. Hastanın nodüler lezyonlarından steatokistoma multipleks, kutane metastaz, kalsinozis kutis, sebace kist ön tanılar ile 4 mm punch bx alındı. Yapılan histopatolojik incelemede atipik glandüler yapılardan oluşan infiltrasyon ve immunhistokimyasal boyamada CK20(+), SATB2(+), CDX2(+), CK19(+), p53(+) pozitif saptandı. Dermisteki infiltrasyon adenokarsinom morfolojisindeydi. Hasta başta alt gastrointestinal sistem adenokarsinomları olmak üzere primeri saptanmak üzere ilgili branşlara konsulte edildi. Yapılan kolonoskopik inceleme ve PET/BT sonucu rektosigmoid adenokarsinom tanısı alan hasta evre 4 olarak değerlendirildi ve kemoterapi rejimine başlandı. Kemoterapi ile lezyonlarında kısmi ülserasyon ve regresyon olan hastaya topikal semptomatik tedavi düzenlendi.

**Tartışma:** Kutanöz tutulum, internal malignitenin yaygın tutulumunun göstergesidir ve kötü prognoz belirtisidir (2). Kolon kanserinin kutane metastazının görüldüğü en sık bölgeler, malignitenin post-operatif skar alanı, pelvis, sırt, göğüs, ekstremiteler, baş ve boyundur (4). Kutanöz metastazlar farklı klinik morfolojide

olabilirler. Sıklıkla papüler, nodüler lezyonlar, daha nadiren plak veya morfea benzeri lezyonlar, ülserler, büller, alopesik yamalar şeklindedirler (3). Kutanöz metastaz, lenfojen yayılım, hematojen yayılma, tümörün doğrudan yayılması ve cerrahi implantasyon yoluyla meydana gelebilir (5). Kolorektal kanserin kutanöz metastazları çoğunlukla primer tümörün rezeksiyonundan sonraki 2 yıl içinde görülür. Nadiren kutanöz lezyonlar sayesinde primer malignite tespit edilir (3).

**Sonuç:** Her yaşta görülebilse de özellikle orta yaş ve üzerinde, şüpheli lezyonlarda, anamnez ve fizik muayene derinleştirilmeli, B semptomları sorgulanmalı ve tanı mutlaka histopatolojik olarak konfirme edilmelidir. Biyopsi ile kutanöz metastaz saptanan hastalar kanser öyküsü olsun veya olmasın mutlaka ileri tetkik açısından ilgili branşlarla ortak olarak takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** nodül, metastaz, skrotum, adenokarsinom, kolon

#### Kaynaklar

1. Bittencourt M, Imbiriba A, Oliveira O, Santos JE: Cutaneous metastasis of colorectal cancer. An Bras Dermatol. 2018, 93:884-88
2. Choate EA, Nobori A, Worswick S. Cutaneous Metastasis of Internal Tumors. Dermatol Clin. 2019 Oct;37(4):545-554.
3. Madabhavi I, Kadakol N, Chavan C and Sarkar M. Multiple subcutaneous nodules leading to diagnosis of colon cancer. Middle East J Dig Dis 2018; 10: 188-191.
4. Nesseris I, Tsamakos C, Gregoriou S, Ditsos I, Christofidou E, Rigopoulos D. Cutaneous metastasis of colon adenocarcinoma: a case report and review of the literature. An Bras Dermatol. 2013, 88:56-8
5. Yang Y, Chen R, Zhang R. Cutaneous metastasis of a colon adenocarcinoma presenting as an unusual manifestation: a report of one case. Int J Clin Exp Pathol 2020;13(7):1897-1901



**Resim 1.** Hastanın ilk başvurusundaki skrotal lezyonları

#### EP-07

### PSORİAZİS TANILI HASTADA RİSANKİZUMAB TEDAVİSİNE BAĞLI YAYGIN LENTİJİNÖZ DÖKÜNTÜ

**Ahmet Sait Şahin, Betül Burak Şerbetçi, Ozan Erdem, Vefa Aslı Erdemir, Mehmet Salih Gürel**

*İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

**Giriş:** Psoriasis, atak ve remisyonlarla giden kronik, enflamatuvar bir hastalıktır. Psoriasis tedavisinde topikal ilaçlar (kortikosteroidler, D vitamini analogları, takrolimus, pimekrolimus, salisilik asit, nemlendiriciler), foto(kemo)terapi, konvansiyonel sistemik ilaçlar (metotreksat, siklosporin, asitretin) ve biyolojik ilaçlar (TNF-alfa inhibitörleri, IL-17 ve 23 inhibitörleri) tercih edilebilir. Risankizumab son yıllarda psoriasis tedavisinde kullanılmaya başlanan bir IL-23 inhibitörü ilaçtır. Bu bildiri Risankizumab kullanımı sonrasında yaygın lentiginöz döküntü gelişen bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** Yetmiş üç yaşında, 45 yıldır psöriazisi olan Fitzpatrick deri tipi-3 kadın hasta daha önce almış olduğu topikal kortikosteroid, kalsipotriol, asitretin ve PUVA(10 yıl önce) tedavilerine yeterli yanıt alınmaması ve eritrodermi tablosu gelişmesi üzerine kullandığı asitretin 35 mg tedavisine Risankizumab tedavisi eklendi. Hasta tedavinin 0 ve 1. ayında 150 mg Risankizumab almıştı ve tedavinin 2. ayında bilateral alt ve üst ekstremitelerde daha yoğun olmak üzere, gövdede yaygın kahverengi döküntüler gelişmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde psoriatik lezyonların tamamen gerilediği görüldü. Gövde ve ekstremitelerinde dağınık yerleşimli lentiginöz lezyonlar tespit edildi. Hastanın sistemik muayenesi, hemogram ve biyokimyasal değerleri normaldi. 45 yıldır psöriazisi olan hastanın vücudunda daha önce lentigonun olmaması, Risankizumab kullanımı sonrası gelişmesi ve bu süreçte yeni başka bir ilaç kullanmaması üzerine lentiginöz döküntülerinin Risankizumab'a bağlı olduğu düşünüldü.

**Tartışma:** Psoriasis lezyonları tedavi sonrası gerilerken hipopigmentasyon ya da hiperpigmentasyon gelişebilmektedir. Patogenezi tam olarak bilinmese de psoriasis ile ilişkili sitokinlerin biyolojik ilaçlarla baskılanmasına bağlı melanogenez ve melanositik proliferasyon gelişebileceğine dair yayınlar mevcuttur. Literatürde etanercept, secukinumab, iksekizumab, adalimumab, ustekinumab ve guselkumab kullanımı ile ilişkili gerileyen psoriatik lezyonların yerlerinde lentiginöz lezyonlar geliştiği gösterilmiştir. Lezyonlar iyi huylu olmaları nedeniyle takip genellikle yeterlidir. Estetik nedenlerle tedavi isteyen hastalarda, pigmente lezyonlar için lazer tedavisi önerilebilir. Yakın zamanda yapılan lentiginöz hiperpigmentasyonun Q-switch ND:YAG lazer ile başarılı bir şekilde tedavi edildiği bir olgu bildirilmiştir. Bizim hastamızda, hasta lezyonlarından şikayetçi olmadığı için yalnızca takip edilmesi uygun görülmüştür. Bu olgu bildiğimiz kadarı ile literatürde Risankizumab kullanımı sonrasında ortaya çıkan ilk yaygın lentiginöz döküntü görülen olgu olması nedeni ile sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Psoriasis, risankizumab, Lentiginosis

#### Kaynaklar

1. Burrows NP, Handfield-Jones S, Monk BE, Sabroe RA, Geraghty JM, Norris PG. Psoriatic plaklarla sınırlı çoklu lentigo. Clin Exp Dermatol. 1994 Eylül;19(5):380-2. doi: 10.1111/j.1365-2230.1994.tb02686.x. PMID: 7955492.
2. Santos-Juanes J, Coto P, Mallo S, Galache C, Sánchez del Río J, Torre JC. Adalimumab tedavisi gören bir hastada psoriatik plaklara sınırlı çoklu lentigo. Dermatology 2008; 216(3): 279. [PMID: 18216489]

- Bardazzi F, Magnano M, Antonucci VA, Balestri R, Sgubbi P, Patrizi A. İnfliximab ile tedavi edilen bir hastada önceki psoriatik plaklarda lentigo. Eur J Dermatol 2012 Eyl-Ekim; 22(5): 698-9. [PMID: 22940696]
- Dogan S, Atakan N. Psoriasis tedavisinde biyolojik ajanlar tarafından indüklenen psoriatik plaklara sınırlı çoklu lentigo: olgu ve literatürün gözden geçirilmesi. Cutan Ocul Toxicol. 2015;34(3):262-4. doi: 10.3109/15569527.2014.959664. Epub 2015 Mar 25. PMID: 25806714.
- LaRosa CL, Foulke GT, Feigenbaum DF, Cordero KM, Zaenglein AL. Pediatrik vakalarda nadiren rapor edilen psoriatik plaklarda lentigo. Pediatr Dermatol. 2015 Mayıs-Haziran; 32(3):e114-7. doi: 10.1111/pde.12543. Epub 2015 Şub 26. PMID: 25727728.
- Mitra A, Yeung R, Sheehan-Dare R, Wilson CL. Q-switched ruby lazer ile tedavi edilen çözülün psoriatik plaklara sınırlı lentiginöz hiperpigmentasyon. Clin Exp Dermatol 2006; 31:298-9.



Resim 1. Gövdede ve kstremiteelerde baskın olmak üzere vücutta yaygın lentiginöz döküntü

EP-08

## ERİTODERMİ İLE PREZENTE OLAN SEZARY SENDROMLU BİR OLGU

Nurşah Zengin<sup>1</sup>, Fatih Mehmet Topdağ<sup>1</sup>, Servet Topal<sup>1</sup>, İlateriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Özden Yalçın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Sezary Sendromu genellikle kaşıntılı eritrodermi, jeneralize lenfadenopati ve periferik kanda %5'ten fazla atipik mononükleer hücre (Sezary Hücresi) görülmesi ile tanısı konulan primer bir deri lenfomasıdır. Kutanöz T hücreli lenfomaların en sık görülen formu Mikozis Fungoides ve Sezary Sendromudur. Bu bildiri eritrodermi ile prezente olan bir Sezary Sendromu olgusu klinik ve histopatolojik özellikleri sunulurken, ayırıcı tanıya giren hastalıklar, yeni tedavi seçenekleri güncel literatür bilgileri eşliğinde gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

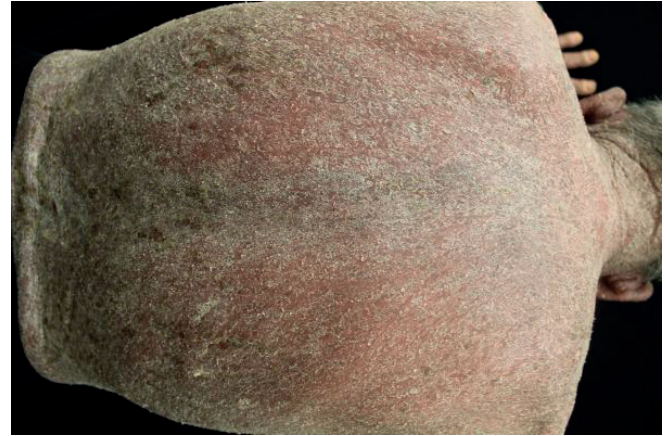
**Gereç ve Yöntem:** 62 yaşında erkek hasta vücudunda 8 ay önce başlayan ve giderek artan döküntü, kabuklanma ve kızarıklık şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde tüm vücutta yaygın eritem, deskuamasyon, ciltte koyu kahverengi renk değişikliği, tırnaklarda onikoliz, subungal hiperkeratoz görüldü (Resim 1-2). Hastaya yapılan laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımında beyaz küre sayısı  $18.98 \times 10^3/uL$  saptandı. Hemogloblin seviyesi 12.6 gr/dl, trombosit seviyesi  $332 \times 10^3/uL$ , beta-2 mikroglobulin seviyesi 4,40 mg/L, LDH seviyesi 490 U/L idi. Hastaya yapılan total protein elektroforezinde total protein 63.7, g/L, albümin 21.3g/L, alpha1 %5,8, gamma %39,7, beta2 %5.8 idi. Hastanın sistemik muayenesinde sağ inguinal bölgede, aksillada ve sol servikal bölgede ele gelen lenf nodları tespit edildi ve bu nodlar genel anestezi altında eksize edildi. Lenf nodlarının histopatolojik incelemesinde parakortekste atipik T lenfosit kümelerinin görüldüğü tespit edildi. Hastaya yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisinin histopatolojik incelemesi sonucu T hücre infiltrasyonunun olduğu ve tüm bu belirteçlerin SS ile uyumlu bulunduğu bildirildi. Hastadan alınan

3 biyopsi materyalinin histopatolojik incelemelerinde yüzeyde krut, parakeratoz, intrakorneal plazma, epidermiste akantoz, epidermiste çevresinde halo bulunan lenfositik hücreler, dermiste perivasküler interstisyel yer yer plazma hücreleri de içeren lenfositik infiltrasyon görüldü.

Yapılan tetkikler ve histopatolojik incelemeler sonucunda SS tanısı konulan hasta tedavi amaçlı hematoloji kliniğine sevk edildi.

**Sonuç:** Klinik pratiğimizde kronik kaşıntılı eritrodermi, alopesi, tırnak değişiklikleri, palmoplantar keratoderma gibi deri değişiklikleri ile başvuran hastalarda olası bir hematolojik malignite açısından sistemik belirtileri sorgulayan anamnez alınmalı, gerekli laboratuvar incelemeleri ve görüntüleme tetkikleri yapılmalı ve deri biyopsisi ile tanı netleştirilmelidir. Hastanın erken tanı ve tedavisi kür şansını artıracak ve sürvisinin de uzamasını sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sezary Sendromu, eritrodermi, mikozis fungoides



Resim 1. Hastanın arka gövdesinde eritemli zeminde görülen deskuamasyon

EP-09

## DEMODOX ENFESTAYONU İLE PSÖRIAZİS TETİKLENEBİLİR Mİ? ÜÇ OLGU SUNUMU

Nazlı Caf, Seyfettin Mahir Koçak, Yusuf Mehel, Derya Uçmak

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Demodex akarları pilosebace ünitede zorunlu ekto-parazit olan konakçılardır. Demodikozis Demodex spp. nin aşırı çoğalması ile ortaya çıkan bir klinik durumdur. Oküler demodikozis, göz kapaklarında Demodex akarlarının enfestasyonu sonucu ortaya çıkan bir klinik tablodur. Oküler demodikozisin klinik semptomları arasında göz kapaklarındaki kaşıntı, yanma, batma, kızarıklık, şişme, göz kuruluğu, fotofobi, trikiyazis ve kirpik kaybı gibi belirtiler yer almaktadır. Oküler demodikozis, teşhis edilmesi zor olan bir klinik durumdur ve tedavi edilmediği takdirde geri dönüşümsüz oküler komplikasyonlara sebep olabilir. Ayrıca enfeksiyonla bazı kronik hastalıkları tetikleyebilir. Bu olgularda, oküler demodikozis ile alevlenen üç psöriazis hastasını sunarak, bu parazitin enfestasyonun psöriazisi tetikleyici bir faktör olduğunu vurgulamayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:**

**Olgu 1:** Psöriazis ve psöriatik artrit nedeniyle 18 yıldır takip edilen hasta psöriatik plaklarında alevlenme olan 69 yaşında erkek hasta romatoloji tarafından kliniğimize konsülte edildi. Özgeçmişinde diabetes mellitus, alkolik sirozu vardı. Beş aydır sekukinumab 300mg/ay ile prednizolon 5mg/gün kullanmaktaydı.

Hastanın derinleştirilen anamnezinde gözlerinde 2 aydır sulama, kızarıklık, kaşıntı, yanma, pürülan akıntı, görmede bulanıklık şikayetleri olduğu öğrenildi. PASI değeri 12.6 olarak hesaplandı.

**Olgu 2:** 43 yaşında, 20 yıllık psöriazis tanısı olan erkek hasta tarafımıza yüz tutulumu, lezyonlarda alevlenme ve gözde kızarıklık ile başvurdu. Topikal tedavi altındaydı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. PASI değeri 15 olarak hesaplandı.

**Olgu 3:** 60 yaşında 20 yıllık psöriazis ve psöriatik artrit tanısı olan ve sekukinumab ile sistemik prednisolon kullanan kadın hasta tarafımıza lezyonlarında şiddetlenme, göz kapaklarında yanma, batma ve kaşıntı nedeniyle başvurdu. PASI değeri 11.5 olarak hesaplandı.

Üç olgunun da kan ve idrar tetkiklerinde özellik yoktu.

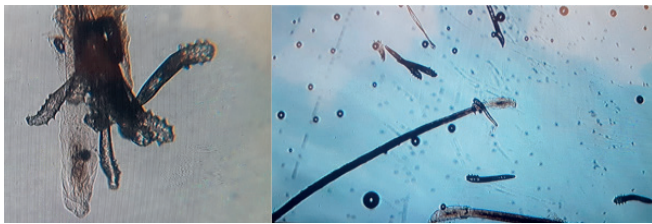
**Bulgular:** Hastaların yapılan dermatolojik muayenelerinde gövde ve ekstremitelerde daha yoğun olmak üzere tüm vücutta yaygın parlak eritemli gümüşü skuamli plakları mevcuttu. İkinci olguda yüz tutulumu mevcuttu. Hastaların kirpik diplerinde eritem, skuam, pürülan akıntı ve silindirik kepeklenme ile konjunktival eritem tespit edildi. Bu bulgularla demodex blefaritinden şüphelenilen hastaların göz kapağı kirpiklerinin en skuamli ve eritemli alanlarından olmak üzere her bir gözden dörder adet kirpik steril penset ile alındı. Mikroskopik incelemede tüm büyütmelelerde her kılada Demodex spp. arandı. Örneklerde yoğun demodex enfestasyonu saptandı. Oküler demodikozis tanısı konulan hastalar göz hastalıklarına konsülte edildi. On gün arayla 2 doz oral ivermektin (200µg/kg), çay ağacı yağı içeren göz çevresi jeli ve şampuanıyla günlük yıkama önerildi.

**Sonuç:** Demodex akarları folikülit, rozasea, fasiyal pruritus, seboreik dermatit benzeri erüpsiyon ve perioral dermatit gibi hastalıkların etyopatogenezinde yer almaktadır. Psöriazisin enfeksiyöz tetikleyicileri arasında bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlar bilinmesine rağmen parazitik enfestasyonlarla ilişkisi daha az bilinmektedir. Sunulan vakada, demodex enfestasyonu sırasında alevlenen üç psöriazis olgusu mevcuttur. Demodex enfestasyonundan oluşan, mekanik travma, immün sistem uyarımı ve kaşıntı gibi tetik mekanizmalar hastalarımızda psöriatik lezyonların kötüleşmesinin bir nedeni olabilir. Psöriazis alevlenmeleri yaşayan hastalar demodikozis açısından sorgulanmalı ve gerekirse ileri incelemeler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** blefarit, demodikozis, psöriazis, sekukinumab

#### Kaynaklar

1. Elston DM. Demodex mites: facts and controversies. Clin. Dermatol. 2010; 28: 502-4.
2. Kheirkhah A, Casas V, Li W, Raju VK, Tseng SCG. Corneal manifestations of ocular Demodex infestation. Am J Ophthalmol 2007; 143: 743-749. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2007.01.054>
3. Stephanie RF, Jennifer SH, Jaymeni P, Dominick LO. Demodex blepharitis: clinical perspectives. Clin Optom 2018; 10: 57-63. <https://doi.org/10.2147/OPTO.S142708>
4. Kim JH, Chun YS, Kim JC. Clinical and immunological responses in ocular demodicosis. J Korean Med Sci 2011; 26: 1231-1237. <https://doi.org/10.3346/jkms.2011.26.9.1231>
5. Zhou S., Yao Z. Roles of Infection in Psoriasis. Int. J. Mol. Sci. 2022;23:6955. doi: 10.3390/ijms23136955.



Resim 1. 4x ve 10x büyütmelelerde kıl folikülüne invaze demodex akarları

#### EP-10

### BİLATERAL SİMETRİK ANÜLER PLAKLAR: ELASTOLİTİK DEV HÜCRELİ GRANÜLOM OLGUSU

Erhan Topal<sup>1</sup>, Baha Zaben<sup>1</sup>, Ferhan Bulut Demir<sup>1</sup>, Vildan Çakır<sup>1</sup>, Gizem Hatipoğlu<sup>2</sup>, Leyla Cinel<sup>2</sup>, Dilek Seçkin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

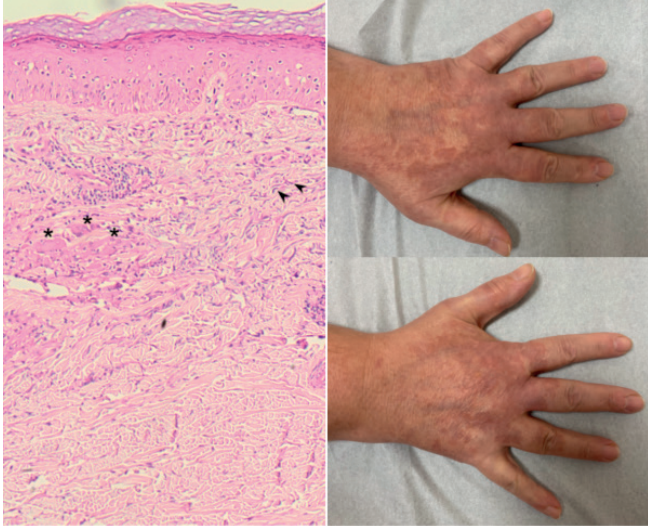
<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Anüler elastolitik dev hücreli granülom (AEDHG), aktinik granülom olarak da bilinmekte olup, histopatolojik olarak multinükleer dev hücreler ve elastin liflerinin fagositozu (elastofagositoz) ile karakterize nadir görülen granümatöz bir hastalıktır. Elastin liflerine karşı otoimmünitenin suçlandığı bu hastalık, genellikle açık deri fototipine sahip kadınları etkiler, en sık görülen formu, güneş gören bölgelerde kaşıntılı anüler plaklardır. Ancak, güneş görmeyen alanlarda da ortaya çıkabilmesi, lezyonların her zaman anüler karakterde plaklar şeklinde olmayışı, isimlendirmede “aktinik” ve “anüler” terimlerinin kullanılmasının sorgulanmasına yol açmıştır. Burada sunulan olgu ise, klinik ve patolojik özellikleriyle tipik bir AEDHG olgusudur.

**Olgu:** Bilinen hastalık öyküsü olmayan 52 yaşında kadın hasta, 3 yıldır her iki el sırtında, yaklaşık 1 aydır da her iki ön kolda ortaya çıkan hafif kaşıntılı döküntüler nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede, bilateral el sırtında sınırları hafif kabarıklık, mor-koyu kırmızı, ortası soluk kırmızı renkte, keskin sınırlı anüler plaklar ve bilateral ön kol ekstansör yüzlerde simetrik, düzensiz sınırlı, eritemli yamalar izlendi. Hastanın el sırtındaki anüler plak sınırından, granüloma anüleri, AEDHG ve interstisyel granümatöz dermatit ön tanılarıyla alınan biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde, dermiste belirgin solar elastoz, yüzeysel ve orta dermiste interstisyel multinükleer dev hücre ve histiosit içeren kronik inflamasyon, dev hücreler içerisinde yoğun elastik lif fagositozu saptandı, münin birikimi izlenmedi. Klinik ve histopatolojik bulgular ışığında AEDHG olarak değerlendirilen hastaya yüksek potent topikal kortikosteroid tedavisi başlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Anüler elastolitik dev hücreli granülom (AEDHG), nadir bir granümatöz hastalık olup; sıklıkla 50-70 yaş açık deri fototipine ve kronik aktinik hasar bulgularına sahip kadınlarda görülmektedir. Lezyonlar, genellikle eritemli papüller şeklinde başlamakta ve zamanla sınırları kabarıklık, ortası minimal atrofik anüler plaklara dönüşmektedir. En sık etkilenen bölgeler yüz, el sırtı ve ön kol ekstansör yüzeyi gibi güneş gören bölgelerdir. Ancak, güneş görmeyen alanlarda da ortaya çıkabilir. Patogenezinde, elastik liflerin kronik UV hasarı ile antijenik özellik kazandığı düşünülmekte ve bu nedenle ortaya çıkan immünolojik reaksiyon suçlanmaktadır. Histopatolojisinde, üst ve orta dermiste multinükleer dev hücrelerden zengin granümatöz infiltrasyon ve elastolizis, kronik güneş hasarının bir bulgusu olarak da şiddetli solar elastozis görülmesi tipiktir. Ayırıcı tanısında yer alan başlıca hastalıklar, granüloma anüleri, sarkoidoz ve nekrobioyozis lipoidikadır. Tedavi yöntemleri arasında sistemik ve topikal kortikosteroidler, topikal kalsinörin inhibitörleri, metotreksat, siklosporin, hidroklorokin, kriyoterapi, psoralen ultraviyole A ve dar bant ultraviyole B fototerapi ve pulsed dye lazer gibi seçenekler yer almakla birlikte, bunların etkinlikleri sınırlıdır ve ilgili veriler olgu bildirilerinden elde edilmiştir. El sırtı ve ön kolda ortaya çıkan eritemli anüler plaklar, tipik patolojik bulgular varlığında nadir görülen bir hastalık olan AEDHG tanısı ile sonuçlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** dev hücreler, granülom, aktinik, elastolitik



**Resim 1.** Solda, histopatoloji örneğinde dermiste dev hücreler (yıldız) ve elastozis (oklar). (H&E, x100) Sağda, bilateral el sırtında parmak distallerinin bulunduğu keskin sınırlı koyu kırmızı anüler plaklar.

#### EP-11

### NEVÜS SEBASEUS ÜZERİNDE GELİŞEN SİRİNGOKİSTADENOMA PAPİLLİFERUM VE TRİKOBLASTOM

Büşra Zıplar<sup>1</sup>, Harbiye Dilek Canat<sup>1</sup>, Hazal İzol Özmen<sup>2</sup>, Zafer Türkoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Nevüs sebaceus (NS), yenidoğanların %1'inden azında görülen; sıklıkla kafa derisi, alın veya yüzde yerleşen, pürüzsüz, sarımsı, alopesik plak şeklinde başlayıp puberte ile birlikte üzerinde karakteristik morfolojik değişiklikler meydana gelerek verrüköz görünüm kazanan konjenital bir hamartomdur. (1,2) Erişkin dönemde nevüs sebaceus üzerinde %5-6 oranında multipl sekonder tümörler gelişebilmektedir ve bu sekonder tümörlerin çoğu benignittir. Siringokistadenoma papilliferum (SKAP) ve trikoblastom (TB) NS ile ilişkili en yaygın benign tümörlerdir; en yaygın malign neoplazm ise bazal hücreli karsinomdur (BCC). (3) Olgumuzda 35 yaşında erkek hastada NS zemininde gelişen SKAP ve TB birlikteliği sunulmaktadır.

**Gereç, Yöntem ve Bulgular:** 35 yaş erkek hasta, çocukluktan beri var olan sağ göz altında üzerinde siyah kabuklu kabarıklık şikayeti ile tarafımıza başvurdu (Resim 1). 5-6 yaşlarında sert, düzgün yüzeyli, deri renginde olan tek lezyonun ergenlik döneminden sonra kabardığı, ele gelen kabarıklıkların sayıca arttığı, saplı bir görünüm kazandığı ve son 2 aydır travma ile lezyonda kanama olduğu öğrenildi. Hastanın bilinen ek hastalığı yok idi. Dermatolojik muayenede sağ alt göz kapağında lateral limbus hizasında sarı-deri renginde, düzgün yüzeyli, parlak, yuvarlak, sert papülodüller; inferolateral bölgede üzerinde hemorajik krutlu, düzensiz şekilli, saplı, tek bir soliter nodül; bu nodülün lateralinde ise zeminde retiküle damarların eşlik ettiği lineer dizilmiş birleşme eğilimi gösteren sarı-hafif pembe renkli verrüköz papüller mevcut idi (Resim 2). Hastanın soliter nodüler lezyonundan NS, NS üzerinde gelişen TB, NS üzerinde gelişen BCC ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede sebace glandlarda artış, preparatın bir yarısında kistik invajinasyon lümenine

uzanan dekapitan sekresyon içeren düzensiz papiller çıkıntılar ve plazma hücreleri ile siringokistadenoma papilliferum (Resim 3); preparatın diğer yarısında ise periferinde palizatlanma gösteren bazal hücre adacıkları ve keratin kistleri ile trikoblastom (Resim 4) ile uyumlu olabilecek bulgular izlendi. İmmunohistokimyasal incelemede; BERE4(-), EMA(fokal +), CD10(stromal +), CD34(stromal +), CK20(-) boyandığı görüldü. BERE4(-) boyanma ile trikoblastomdan BCC ekarte edildi. Bu klinik ve histopatolojik bulgular ile hastanın tanısı NS üzerinde gelişen TB ve SKAP olarak değerlendirildi. Lezyonun nihai tiplendirmesinin yapılabilmesi amacıyla total eksizyon planlandı ve hasta plastik cerrahi kliniğine yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** NS, hem epidermal hem de adneksiyal kökenli neoplazmları geliştirme potansiyeli iyi bilinen kutanöz bir hamartomdur. Neoplastik transformasyon %10-30 oranında görülür ve hasta yaşının artmasıyla birlikte risk artmaktadır. (4) NS zemininde multipl neoplastik lezyonlar geliştiği bilinmektedir. Literatürde NS üzerinde gelişen dört veya daha fazla sayıda benign ve malign tümörlerin birlikteliği bulunmaktadır. (2,4,5) Olgumuzda NS zemininde en sık görülen benign adneksiyal tümörler olan TB ve SKAP birlikteliği gösterilmiştir. NS tanısı alan hastalara profilaktik eksizyon önerilmektedir; eksizyon yapılmadığı durumlarda ise lezyon yakın takip edilmelidir. Takipler sırasında NS plağı üzerinde gelişen papilliform, pigmente, hiperkeratotik veya erode papülodüler oluşumlar sekonder tümör yönünden uyarıcı olmalıdır. Hastalar lezyon üzerinde sekonder değişiklikler fark ettiklerinde hekime başvurmaları konusunda uyarılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Deri Neoplazmları, Sebace Gland Neoplazmları, Ter Bezi Neoplazmları, Jadassohn'un Nevüs Sebaceusu

#### Kaynaklar

1. Kamyab-Hesari K, Seirafi H, Jahan S, Aghazadeh N, Hejazi P, Azizpour A, Goodarzi A. Nevus sebaceus: a clinicopathological study of 168 cases and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2016 Feb;55(2):193-200
2. Gozel S, Donmez M, Akdur NC, Yikilkan H. Development of six tumors in a sebaceus nevus of Jadassohn: report of a case. *Korean J Pathol* 2013; 47: 569.
3. Idriss MH, Elston DM. Secondary neoplasms associated with nevus sebaceus of Jadassohn: a study of 707 cases. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:332-7
4. Miller CJ, Ioffreda MD, Billingsley EM. Sebaceous carcinoma, basal cell carcinoma, trichoadenoma, trichoblastoma, and syringocystadenoma papilliferum arising within a nevus sebaceus. *Dermatol Surg* 2004;30:1546-9.
5. Lee CA, Kang SJ, Jeon SP, Sun H, Kang MS. Simultaneous Development of Three Different Neoplasms of Trichilemmoma, Desmoplastic Trichilemmoma and Basal Cell Carcinoma Arising from Nevus Sebaceus. *Arch Craniofac Surg.* 2017 Mar;18(1):46-49



Resim 1.

## EP-12

## ANTI-IL-17 TEDAVİSİNE BAĞLI FASYAL PALSİ VE YENİ BAŞLANGIÇ ÜLSERATİF KOLİT: PSORİAZİSLİ İKİ OLGU

Semih Güder<sup>2</sup>, Hüsnâ Güder<sup>1</sup><sup>1</sup>Maltepe Üniversitesi, İstanbul<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul

**Giriş:** Secukinumab ve ixekizumab interlökin (IL) -17A'yı seçici olarak nötralize eden monoklonal antikordlardır (1). Bell paralizisinin etiolojisi bilinmemektedir, gizli bir virüsün otoimmün reaksiyonu tetikleyebileceği ve fasiyal sinirde demiyelinizasyona neden olabileceği öne sürülmüştür (2). IL-17 inhibisyonu ile inflamatuvar bağırsak hastalığı (IBD) gelişim mekanizması belirsizdir (3). Secukinumab tedavisinden sonra gelişen bir fasiyal paralizi ve ixekizumab tedavisinden sonra yeni başlayan bir ülseratif kolit olgusu sunuyoruz.

**Olgu 1:** 10 yıldır kronik plak psoriazisi olan secukinumab tedavisi alan 31 yaş erkek hastada 5 haftalık indüksiyon aşamasını tamamladıktan birkaç gün sonra, dilde ve başının arkasında uyuşma gelişti. Secukinumab tedavisi sonlandırıldı. Hastanın bilateral karotis ve vertebral renkli doppler ultrason muayenesi normaldi. İki gün sonra yüzün sol tarafında uyuşma ile başvurdu ve muayene sırasında sol tarafta azalmış yüz hareketleri tespit edildi. Elektromiyografide, sol fasiyal sinirin amplitüdü sağdan %22 daha düşüktü. Hastanın diğer nörolojik muayenesi normaldi. Diğer infeksiyöz ve otoimmün hastalıklar tespit edilmedi ve hastanın başka bir sistemik hastalığı yoktu. Şikayetleri üç hafta içinde metilprednizolon tedavisi ile geriledi. İki aylık takipte nöks gözlenmedi.

**Olgu 2:** 5 yıl boyunca kronik plak tip ve şiddetli tırnak psoriazisi olan ve ixekizumab tedavisi alan 27 yaşında bir erkek hastada tedavinin 28. haftasından itibaren tekrarlayan karın ağrısı ve kanlı ishal atakları gelişti. Kolonoskopi ve intestinal biyopsinin histopatolojik bulguları ülseratif kolit ile uyumluydu. İxekizumab tedavisi sonlandırıldı. Kolit atakları metilprednizolon, azatiyoprin ve mesalazin tedavisi ile kontrol edildi. 8 aydır psoriazis için

tedavi almayan hastanın psoriatic lezyonları ve tırnak bulguları yeniden ortaya çıktı ve hasta için anti-IL23 biyolojik tedavi planlanıyor. Hastalardan yayın izni için bilgilendirilmiş onam alındı.

**Tartışma:** Psoriazis ve psoriatic artrit için secukinumab kullanılan 306 hastanın çalışmasında, tek bir fasiyal paralizi olgusu bildirilmiştir. (1) Şimdiye kadar, ixekizumab tedavisinden sonra 3 IBD geliştiği bildirilen 5 vaka raporu ve secukinumab ile tedaviden sonra IBD geliştiren 3 vaka serisi olmuştur (4). Anti-IL-17 ajanlarına başlamadan önce, hastalardan IBD açısından ayrıntılı bir kişisel ve aile öyküsü alınmalıdır. Hastalar bu ilişki hakkında bilgilendirilmeli ve gastrointestinal semptomlarını izlemeleri istenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** psoriazis, biyolojikler, anti IL17A, fasiyal paralizi, ülseratif kolit

## Kaynaklar

1. Fujita H, Ohtsuki M, Morita A, Nagao R, Seko N, Matsumoto K, Tani Y, Terui T. Safety and effectiveness of secukinumab in psoriasis vulgaris and psoriatic arthritis: Real-world evidence in Japan. *J Dermatol.* 2021 Feb;48(2):175-183. doi: 10.1111/1346-8138.15655. Epub 2020 Oct 25. PMID: 33099791; PMCID: PMC7894540.
2. Greco A, Gallo A, Fusconi M, Marinelli C, Macri GF, de Vincentiis M. Bell's palsy and autoimmunity. *Autoimmun Rev.* 2012 Dec;12(2):323-8. doi: 10.1016/j.autrev.2012.05.008. Epub 2012 Jun 8. PMID: 22684016.
3. Philipose J, Ahmed M, Idiculla P, S, Mulrooney S, M, Gumaste V, V: Severe de novo Ulcerative Colitis following Ixekizumab Therapy. *Case Rep Gastroenterol* 2018
4. Nazarian A, Grin A, Wijeratne DT. Ixekizumab Associated New-Onset Inflammatory Bowel Disease. *ACG Case Rep J.* 2020;7(2):e00316. Published 2020 Mar 2. doi:10.14309/crj.0000000000000316.

## EP-13

## AKRAL LENTİGİNÖZ MELANOM TANILI 7 OLGUNUN DERMOSKOPİK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULARI

Esra Soylu, Şirin Yaşar

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Malign melanom (MM); melanositlerden köken alan, deri ve mukozanın agresif tümörlerindedir. Akral lentiginöz melanom (ALM), MM'nin 4 ana tipinden biridir. İlk olarak 1976 yılında Reed tarafından tanımlanmıştır. Oldukça nadir görülen bir tiptir ve çoğunlukla 60-70 yaşlarında görülür. Tüm MM'ler içerisinde ortalama %2-3 oranında görülür. Bu melanom tipi palmoplantar ve subungual bölgeye yerleşir. İleri evrede tanı aldığı için kötü bir prognoza sahiptir. Dermatoskopinin en önemli rolü özellikle erken dönemdeki malign melanomu benign pigment lezyonlardan ayırt edebilmesidir. Klinik olarak melanom düşünülmeyen olgularda iyi bir dermatoskopik değerlendirme ile melanoma özgü değişikliklerin gösterilmesi ve erken tedavi olanağı doğmaktadır.

**Olgular:** 2009-2019 yılları arasında kliniğimize başvuran ve akral melanom tanısı alan 7 olgunun dermatoskopik ve histopatolojik bulguları değerlendirildi. Hastaların 3'ü kadın, 4'ü erkekti. Lezyonlar 1 hastada palmar, 3 hastada plantar, 3 hastada subungual bölge yerleşimliydi.

**Sonuç:** Histopatolojik incelemede Breslow kalınlıkları 2,5-15 mm arasında değişmekteydi. 6 hasta Clark evre 4, 1 hasta Clark evre 5 olarak değerlendirildi. 1 hastada uzak deri metastazı, 1 hastada kemik invazyonu ve lenf nodu tutulumu mevcuttu. Dermatoskopik olarak paralel sırt paterni, düzensiz retiküler patern, düzensiz kahverengi-siyah leke, periferik globüller, ülserasyon, beyaz yapışık alanlar, düzensiz kalın lineer damarlar, firkete

damarlar, pembe beyaz zemin, mavi beyaz tül belirtisi, düzensiz renk ve kalınlıkta kahverengi bantlar ve eritronişi tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** akrak melanom, dermoskopi, Breslow

EP-14

## GÖKKUŞAĞININ ÇEVRELEDİĞİ BİR OLGU: MERKEL HÜCRELİ KARSİNOM

Melek Aslan Kayıran<sup>1</sup>, Ahmet Sait Şahin<sup>1</sup>,  
Bengü Çobanoğlu Şimşek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul*

<sup>2</sup>*İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

**Giriş:** Merkel hücreli karsinom, lokal nüks ve uzak metastaz eğilimi yüksek, nadir görülen kutanöz bir nöroendokrin karsinomdur. Genellikle baş-boyun, üst ekstremiteler gibi güneşe maruz kalan bölgelerde ortaya çıkar. İleri yaş, erkek cinsiyet, ultraviyole radyasyon maruziyeti, açık ten rengi, immünsupresyon ve malignite öyküsü risk faktörleri arasında sayılır (1). Tipik olarak hızla büyüyen, ağrısız, sert, hassas olmayan, parlak, mavimsi kırmızı nodül şeklinde prezente olur. Merkel hücreli karsinomun dermoskopik bulgularına ilişkin veriler sınırlıdır ve tanısına özgü özellikler tanımlanmamıştır.

Dermoskopik gökkuşağı paterni polarize ışık dermoskopisi ile gözlemlenebilen gökkuşağının çeşitli renkleri ile birlikte mavimsi-kırmızısı rengi tanımlayan bir bulgudur (2). Kaposi sarkomunun karakteristik bir özelliği olarak bilinse de birçok benign ve malign lezyonda da bildirilmiştir (3). Bu bildiride Merkel hücreli karsinom olgusunda daha önce sadece bir kez bildirilen dermoskopik gökkuşağı paterninin sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 76 yaşında erkek hasta 3 ay önce çıktığını ve giderek büyüdüğünü ifade ettiği sol bacağındaki kitle nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Muayenesinde sol uyluk anteriyorda, dizin 10 cm yukarısında 1 cm boyutunda morumsu renkte sert nodul ve çevresinde yaklaşık 10 cm boyutunda eritemli makul görüldü. Nodulun dermoskopisinde merkezinde dağınık lineer telenjiektaziler, beyazımsı kırmızı alanlar ile lezyonu çevreleyen sarımsı gökkuşağı paterni ve skuam tespit edildi. Histopatolojisinde dermiste nodüller gelişim paterni gösteren, nükleus/sitoplazma oranı artmış, yuvarlak-oval nükleuslu, ince dağınık kromatin yapısına sahip dar sitoplazmalı hücrelerden oluşan tümör saptandı. İmmunhistokimyasal olarak neoplastik hücreler Sitokeratin-20 pozitifliği yanısıra nöroendokrin tümör belirleyicileri olan Sinaptofizin, Kromogranin ve CD56 ile de reaksiyon göstermekteydi. Bu bulgular ışığında Merkel Hücreli Karsinom tanısı konan lezyon total eksize edildi, rejyonel lenf nodu negatifti. Hastanın üç ay sonraki kontrolünde lomber bölgede vertebra sağ yanında tespit edilen kitleden alınan biyopsi renal hücreli karsinom olarak raporlanınca, nefrektomi uygulandı. Hastanın doğuştan çalışan tek böbreği olduğu için haftada üç gün diyalize başlandı. Halen düzenli olarak takip edilen hastada nüks veya yeni lezyon tespit edilmedi.

**Tartışma:** Dermoskopik gökkuşağı paterni Kaposi sarkomu ile daha çok ilişkilendirilmiş olsa da piyojenik granülom, çilek hemanjiom, malign melanom, anjiokeratom, bazal hücreli karsinom, dermatofibrom, mavi nevüs gibi lezyonlarda da görüldüğü bildirilmiştir (2,3). Ancak daha önce yalnızca bir Merkel hücreli karsinom olgusunda gökkuşağı paterni tarif edilmiştir (4). Merkel hücreli karsinom nadir görülmesine rağmen hızlı metastaz olasılığı nedeniyle prognozu kötü bir karsinomdur ve dermoskopisinde

gökkuşağı paterni görülen, hızlı büyüyen, morumsu soliter kitlede akla mutlaka getirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Merkel Hücreli Karsinom, Dermoskopi, Gökkuşağı paterni

### Kaynaklar

1. Söylemez T, Çobanoğlu Şimşek B, Aslan Kayıran M, Haspolat Y. Merkel Cell Carcinoma: A Case Report J Curr Pathol. 2019;2:109-111. doi: 10.5146/jcpath.2019.53
2. Draghici C, Vajaitu C, Solomon I, et al. The Dermoscopic Rainbow Pattern - A Review of the Literature. Acta Dermatovenereol Croat. 2019;27:111-115.
3. Cheng ST, Ke CL, Lee CH, et al. Rainbow pattern in Kaposi's sarcoma under polarized dermoscopy: a dermoscopic pathological study. Br J Dermatol. 2009;160:801-809. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08940.x.
4. di Meo N, Vernoni S, Longone M, Trevisan G. Image Gallery: Merkel cell carcinoma under the rainbow. Br J Dermal. 2017;177:e166. doi: 10.1111/bjd.15815.



**Resim 1.** Sol diz üst kısmında 1cm boyutunda morumsu-lividi nodül. Sağda dermoskopik gökkuşağı paterni

EP-15

## DOLGU ENJEKSİYONU SONRASINDA NADİR GELİŞEN BİR KOMPLİKASYON: KSANTOGRANÜLOMATOZ GRANÜLOMA

Hamide Kardelen Kocabağ<sup>1</sup>, Emirhan Kandemir<sup>1</sup>, Nermin Koç<sup>2</sup>,  
İlkin Zindancı<sup>1</sup>, Şirin Yaşar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

<sup>2</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul*

**Giriş:** Dolgu enjeksiyonları, çeşitli dolgu maddelerinin dermise yerleştirilmesi işlemidir. Uygulama sonrasında erken ve geç dönemde oluşan nodüller görülebilecek komplikasyonlar arasındadır. Enjeksiyon bölgesinde geç dönemde oluşan bir ksantogranülom olgusunu nadir görülmesi nedeni ile sunuyoruz.

**Olgu:** Elli altı yaşında kadın hasta, son üç yıldır yüzünde büyüyen deri rengindeki kitleler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde yüzde nasolabial olukta ve göz lateralinde bilateral, multipl, sert, çeşitli büyüklüklerde nodüller mevcuttu. Nodüllerin en büyüğü sol göz lateralinde yaklaşık bir buçuk santimetre çapındaydı. Hastanın özgeçmişinde meme kanserine bağlı kemoterapi aldığı ve lezyonların bu dönemde büyüdüğü, üç yıl öncesinde de yüzüne dolgu enjeksiyonu yaptırdığı öğrenildi. Sol göz lateralinde lokalize, en büyük lezyon eksize edildi ve histopatolojide köpüksü histiositler, lenfositler, multinükleer dev



hücrelerden oluşan granülom yapıları görüldü ve ksantogranülom ile uyumlu bulundu. Klinik ve histopatolojik değerlendirme sonucunda mevcut lezyonların dolgu enjeksiyonunun bir geç dönem komplikasyonu olduğu fikrine varıldı. Hastanın yüzündeki küçük nodüller için intralezyonel steroid uygulandı. Uygulama sonucu hastanın lezyonları regrese oldu.

**Sonuç:** Dolgu enjeksiyonları sonrasında gelişebilen inflamatuvar ve non-inflamatuvar granülom oluşumunun nedeni, lokal enfeksiyonlar, biyofilm oluşumu, gecikmiş hipersensitivite reaksiyonları gibi mekanizmalarla açıklanmıştır. Geç dönem de oluşan granülom olguları bildirilmekle birlikte dolgu sonrası geç dönem komplikasyonu olarak ksantogranülom gelişimi çok nadirdir.

**Anahtar Kelimeler:** Dolgu Enjeksiyonu , Granülom, Ksantogranülom



Resim 1. Olgunun eksizyon öncesi görünümü

## EP-16

### LİKEN PLANUS BENZERİ KLİNİK TABLONUN EŞLİK ETTİĞİ IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK: OLGU SUNUMU

**Yusuf Yetiş<sup>1</sup>, Şirin Yaşar<sup>1</sup>, Nermin Koç<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Haydarpaşa Numune Eah Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Haydarpaşa Numune Eah Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

IgG4 ilişkili hastalık, sıklıkla dolaşımdaki yüksek IgG4 (>135 mg/dl) ile seyreden ve her zaman IgG4(+) plazma hücrelerinin dokuyu infiltre ettiği, son yıllarda tanımlanmış yeni bir klinik antitedir. Bu hastalıkta, pankreas, tiroid, lakrimal ve tükürük bezleri, lenf bezleri, safra yolları, böbrek, orbita ve deri gibi birçok organ tutulumu bildirilmiştir. Tutulum yerlerine göre çok farklı klinik özellikler gösterebilmekte ve birçok hastalığı taklit edebilmektedir. Hangi organı tutarsa tutsun histopatolojik özellikler ortaktır. Hastalığın prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Sıklıkla orta yaş ve üzeri erkekleri etkilemektedir. Tanı klinik, radyolojik, patolojik ve serolojik incelemeler ile konulur. Histolojik olarak, IgG4 (+) plazma hücrelerinin infiltrasyonundaki artış, IgG4/IgG plazma hücre oranının %40'ın üzerinde saptanması ve storiform fibroz patern varlığı tanı koymaya yardımcı olur. 67 yaşında erkek hasta, 1 aydır boyun anterior bölgede, bilateral aksiller ve

inguinal bölgede lividi renkli yamalar ile kliniğimize başvurdu. 5 yıl önce pankreatit sebebiyle alınan biyopsisi "IgG4 ilişkili pankreatit" olarak değerlendirilmişti. Bu tanı konduktan kısa bir süre sonra sağ palpebradan alınan kitlenin histopatolojik incelemesinde IgG4 (+) plazma hücrelerinden zengin lenfoplazmositer iltihabi hücre infiltrasyonu, storiform paternde fibrozis, lenfoid agregat oluşumu görülmesi, IgG4 /IgG oranının birçok odakta %40'ın üzerinde olması ile hasta "IgG4 ilişkili oftalmik hastalık" tanısı almıştı. Hastanın invers bölgelerindeki likenoid lezyonlardan yapılan biyopsinin patolojik değerlendirmesinde, tipik liken planus özellikleri yanında seyrek oranda derin dermiste plazma hücrelerinde IgG4 de pozitiflik saptandı. Deride IgG4 ilişkili hastalıkta tanı kriterleri henüz yetersizdir, bu hastalık deride, kutane plazmositozis, pseudolenfoma, anjiolenfoid hiperplazi, Mikulicz sendromu, psoriasis benzeri döküntü, makulopapüler ya da eritematöz döküntü, purpura, iskemik parmaklar ve Raynaud fenomeni tablo şeklinde prezente olabilmektedir. Ancak deride likenoid tutulum bildirilmemiştir.

Mevcut klinik bulgular ve histopatolojik incelemeler ışığında, hastamız IgG4 ilişkili hastalık tanısı aldı. Ancak IgG4 ilişkili hastalıkta deri tutulumunun tanı kriterlerinin tam olarak değerlendirilebilmesi için geniş olgu bildirimlerine gereksinim vardır. IgG4 ilişkili hastalık nadir görülen bir klinik antite olduğu için olgumuzu sunmaya değer bulduk.

**Anahtar Kelimeler:** IgG4, Liken planus

## EP-17

### STEWART TREVES SENDROMU: OLGU SUNUMU

**Dilan Karavelioğlu Karaman<sup>1</sup>, Ferhan Bulut Demir<sup>1</sup>, Andaç Salman<sup>1,2</sup>, Ayşe Deniz Yücelten<sup>1</sup>, Hüseyin Kemal Türköz<sup>3</sup>, Damlanur Çeliktaş<sup>3</sup>, Canan Şanal Toprak<sup>4</sup>, Bülent Erol<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Konjenital ya da edinsel kronik lenfödem zemininde gelişen anjiyosarkom (Stewart Treves Sendromu), vasküler endotel köken alan, nadir görülen ve agresif seyirli bir malignitedir (1). Patogenezi tam olarak açıklanamasa da kronik lenfödem onkogenezi için lokal immunsupresyon ortamına zemin hazırladığı düşünülmektedir (1,2). Radyoterapinin fibrozis gelişimiyle lenfatik obstrüksiyona katkı sağlaması nedeniyle diğer bir kolaylaştırıcı faktör olduğu düşünülmektedir (1,3). Anjiyosarkomlu bu olgu, meme kanseri nedeniyle radikal mastektomi ve lenf nodu diseksiyonu sonrası gelişen kronik lenfödem geç dönem ölümcül ve nadir komplikasyonu hatırlatmak amacıyla sunulmaktadır.

**Olgu:** Primer hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve hipotiroid tanı; 7 yıl önce sağ meme medüller karsinom tanısıyla sağ modifiye radikal mastektomi ve aksiller lenf nodu diseksiyonu, adjuvan kemoterapi ve 30 seans radyoterapi öyküsü olan 57 yaşındaki kadın hasta kronik lenfödem nedeniyle fizyoterapi almaktaydı. Sağ kolda 2 haftadır mevcut olan kızarıklık, şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Sağ kolda sınırları belirsiz eritem, ödem ve ısı artışı bulgularıyla selülit tanısıyla aldığı amoksisilin-klavulanik asit, daptomisin, klindamisin, linezolid gibi antibiyotiklere rağmen lezyonların ilerlemesi nedeniyle lezyonlardan histopatoloji ve kültür için 2 adet punch biyopsi alındı. Doku biyopsi kültürü-

ründe üreme görülmezken, patoloji sonucu anjiyosarkom olarak değerlendirildi. Ortopedi ve tıbbi onkoloji konseyi kararıyla hastaya sağ skapulotorasik amputasyon yapıldı, ardından adjuvan kemoterapi ve sonrasında radyoterapi planlandı ancak hastanın genel durumunun kötü olması, kemoterapiyi tolere edemeyecek olması nedeniyle uygun bulunmadı ve hasta palyatif destek tedavisine alındı. Takiplerinde sepsis nedeniyle hasta kaybedildi.

**Sonuç ve Tartışma:** Anjiyosarkom klinikte başlangıçta selülit/erizipel gibi selim lezyonlarla karışabilir. Multiple kırmızı, mavi, mor renkli makuller-plaklar, cilt altında palpable kitleler, infiltrate tümoral lezyonlar, ülsere iyileşmeyen yaralar şeklinde görülebilir. Tedavisiz lokal invazyon ve hematogen yolla metastaz yaparak hızla progrese olur (1,3). Tedavide cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve kombinasyonları yer alır. Buna rağmen prognozu kötüdür, tanı sonrası ortalama yaşam süresi 2,5 yıldır (1). Histopatolojide malign endotel hücrelerin farklı boyut ve şekillerde kanal benzeri yapılar oluşturarak dermis ve subkutan dokuda dağıldığı görülür. Atipik endotel hücrelerde pleomorfizm, hiperkromatizm ve mitotik değişiklikler izlenir (1,2,3,6). İmmunohistokimya CD31, CD34, ERG, FLI1 gibi endotel hücre markerları ve KI-67 gibi mitotik aktivite tanıya yardımcı olabilir (2).

Meme kanseri farkındalığının artması, erken tanı-tedavi imkânlarının yanı sıra tedavide meme koruyucu cerrahi yaklaşımı, rutin radyoterapiden kaçınılması gibi hem operasyonel hem kemoradyoterapi protokollerindeki yenilikler hem kronik lenfödem hem anjiyosarkom insidansında azalma sağlamıştır (1). Ancak bu kanserin ilk prezentasyonunda atlanabilmesi, hızlı agresif seyri ve mortal seyredebilmesi nedeniyle erken tanı ve tedavide farkındalığı artırmak amacıyla sunulmuştur. Tedaviye yanıtız selülit ve erizipel gibi durumlarda karsinoma erizipeloides ile birlikte anjiyosarkom da ayırıcı tanıya alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** hemanjiyosarkom, lenfanjiyosarkom, kronik lenfödem

#### Kaynaklar

1. Sharma A, Schwartz RA.: Stewart-Treves syndrome: Pathogenesis and management. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:1342-8.
2. Co, M. , Lee, A., Kwong, A. : Cutaneous Angiosarcoma Secondary to Lymphoedema or Radiation Therapy — A Systematic Review. *Clin Oncol* (2019) 31:225-31
3. Young RJ, Brown NJ, Reed MW et al. Angiosarcoma. *Lancet Oncol* 2010; 11: 983–91.
4. Wang LL, Fang CL, Gao Y et al. : Clinicopathologic features of Stewart-Treves syndrome. *Int J Clin Exp Pathol* 2019;12:680-8



**Resim 1.** Sağ kolda yoğun ödem ile birlikte soluk eritem ve ekimoz benzeri morumsu yama

#### EP-18

### YENİDOĞANDA NADİR BİR ANTİTE: NEVOİD TRİKOSTAZİS SPİNULOZA

**Hüseyin Emre Korkmaz, Zeynep Topkarcı, Bilgen Erdoğan**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul*

Trikostazis spinuloza(TS) çok yaygın fakat tanınmayan,nadir teşhis edilen bir bozukluktur. Pilosebase ünitede yer alan; genişlemiş foliküllerde keratinöz bir kılıfla çevrili çok sayıda telogen vellus kılın retansiyonundan kaynaklanmaktadır. Nadiren, nevoid dağılımlarda ortaya çıkabilir, bu da tanıyı zorlaştırır. Biz de bu bildiriye kliniğimize görülen iki adet nevoid trikostaz spinuloza vakasını bildirmek istedik. Yaşamının 21. gününde ve 30.gününde olan iki yenidoğan kliniğimize sırt orta bölgesinde kılınmada artış şikayeti ile konsülte edildi (Resim 1,2). Her iki hastada da dermatolojik muayenede sırt ortasında çok sayıda küçük dağınık siyah nokta gözlemlendi (Resim 3). Dermoskopide,tek bir folikülden çıkan 5-10 adet vellus kıl içeren birkaç adet saç tutamı ve beyaz dotlar izlendi. Bu saç tutamlarının etrafındaki peripilar eritem ve skuamlanma izlenmedi. Beyaz dotlar ter bezi açıklıklarına karşılık gelmekteydi. Mevcut bulgular TS ie uyumlu bulundu. Hastalara tedavide emolyentler önerildi. (TS), genişlemiş foliküllerde keratinöz bir kılıfla çevrili çok sayıda telogen vellus kılın retansiyonundan kaynaklanan piloseabase ünitenin bir bozukluğudur. Fitzpatrick cilt tipi III ve üzeri olan kadın hastalarda daha genç yaşta ortaya çıkan bir orta yüz hastalığı olmakla birlikte; yenidoğanlarda nevoid görünümde ortaya çıkabilen ve sırt gibi nadir lokalizasyonlarda da görülebilen bir antitedir. Bizim vakalarımızda her iki yenidoğanda da sırt orta hatta nevoid karakterde TS gözlenmekteydi. TS'nin etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte saç foliküllerinin displazisi gibi konjenital faktörlerin yanı sıra toz, yağlar, ultraviyole ışık, ısı ve tahriş edici maddeler gibi dış etkenler öne sürülmüştür. Bizim hastalarımızda öne çıkan bir etyolojik etken saptanmadı. TS'nin ayırıcı tanısı komedojenik akne, keratoz pilaris, erüptif vellus kıl kistleri ve Favre-Racochot sendromunu içermektedir. Dermoskopi tanıyı desteklemekte kullanılan en

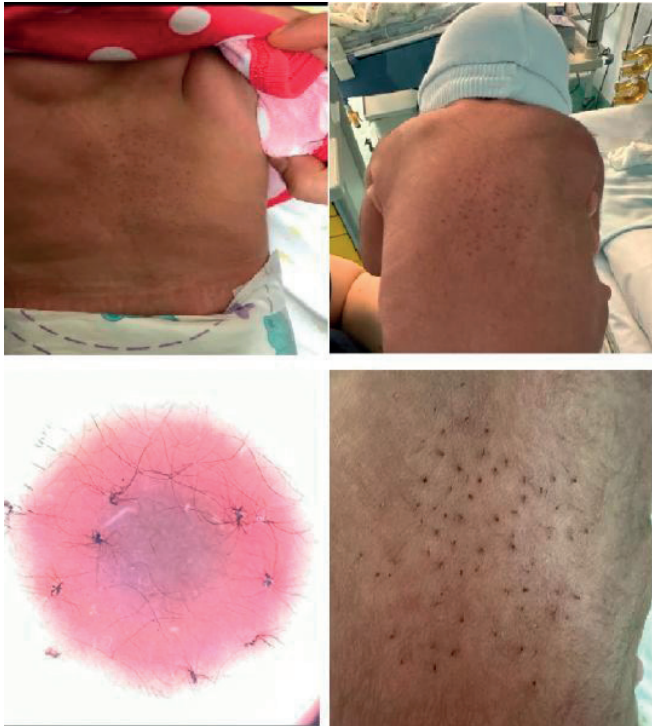
önemli noninvazif tekniktir. Foliküler açıklıklarının içindeki klasik saç tutamlarını gösteren dermoskopinin yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Bizim vakalarımızda da dermoskopide, tek bir folikülden çıkan 5-10 adet vellus kıl içeren birkaç adet saç tutamı ve beyaz dotlar izlendi ve bunlar TS ile uyumluydu. Tedavide emolyentler, topikal keratolitik ajanlar, oral ve topikal retinoidler, hidroaktif adeziv pedler ve laserler kullanılabilir. Biz de hastalarımızda emolyent tedavisi uyguladık. TS beklenenin aksine yüz dışı farklı lokalizasyonlarda karşımıza gelmekle birlikte aynı zamanda yine beklenenin dışında yaşamın ilk döneminde nevoid karakterde hızla ortaya çıkabilmektedir.

Oldukça nadir teşhis edilen bu durumun ayırıcı tanıda mutlaka akıldan tutulması gereken bir antite olduğu unutulmamalı; pediatri hekimlerine ve ailelere mevcut durumun telaş yaratmaması için gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** yenidoğan, trikostasis spinuloza

#### Kaynaklar

1. Kositkuljorn C, Suchonwanit P. Trichostasis Spinulosa: A Case Report with an Unusual Presentation. *Case Rep Dermatol.* 2020 Oct 30;12(3):178-185. doi: 10.1159/000509993. PMID: 33250734; PMCID: PMC7670378.
2. Naveen KN, Shetty SR. Trichostasis spinulosa: An overlooked entity. *Indian Dermatol Online J.* 2014 Dec;5(Suppl 2):S132-3. doi: 10.4103/2229-5178.146195. PMID: 25593806; PMCID: PMC4290179.
3. Ankad BS, Shah S, Mallapur AA. Nevoid Trichostasis Spinulosa: Dermoscopic Point of View. *Int J Dermoscop* 2017;1(2):65-66.
4. Ramteke MN, Bhide AA. Trichostasis Spinulosa at an Unusual Site. *Int J Trichology.* 2016 Apr-Jun;8(2):78-80. doi: 10.4103/0974-7753.188032. PMID: 27601861; PMCID: PMC4989392.



**Resim 1.** Klinik ve dermoskopik görünüm

#### EP-19

### DOCK8 MUTASYONU SAPTANAN HİPER İGE SENDROMLU BİR HASTADA FOKAL EPİTELYAL HİPERPLAZİ

Elif Çakır<sup>1</sup>, Nurşah Zengin<sup>1</sup>, Servet Topal<sup>1</sup>, İlteriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Özben Yalçın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Heck hastalığı veya multifokal papilloma olarak da bilinen fokal epitelyal hiperplazi (FEH), insan papilloma virüsünün (HPV) 13 veya 32 alt tiplerinin neden olduğu oral mukozanın nadir görülen benign hastalıklarından biridir. Fokal epitelyal hiperplazi genellikle cinsiyet farkı olmaksızın çocuklarda görülür. Ağız boşluğunda, özellikle labial ve bukkal mukozaya, alt dudak, dil veya daha az sıklıkla üst dudak, diş eti ve damakta tek ya da çok sayıda beyazımsı-pembe renkli küçük papül veya nodüller şeklinde ortaya çıkar. Bu bildiriye FEH tanısı konulan aynı zamanda Hiper İgE sendromu olan bir hasta sunularak, hastalığın birlikte görülebildiği durumlar, klinik özellikler ve tedavi seçeneklerinin tartışılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** 21 yaşında erkek hasta her iki dudak, dil, bukkal mukozaya ve sert damakta çok sayıda pembe renkli, vejetatif papül ve nodüler lezyonlar ile başvurdu (Resim-1). Ekstremitelerin fleksural yüzeylerinde atopik dermatit benzeri, kserotik zeminde hafif skuamli plak lezyonlar görüldü. Hastanın öyküsünde lezyonların 15 yaşından beri mevcut olduğu ve 2008 yılında geçirilmiş SVO öyküsü bulunduğu öğrenildi. Yapılan kan tetkiklerinde; Total IgE 256.7(↑), IgA(Türbidimetrik) 1240(↑), IgM (Türbidimetrik) 37.5(↓), IgG (Nefelometrik) 1330(N), lenfosit alt gruplarında B-Lenfosit (CD19+) %9.0, B-Lenfosit (CD19+) 73.8/uL (↓), CD4/CD8 oranı 0.8(↓), Lenfosit %26.2(↓), Lenfosit Sayısı (μL) 820.0 /uL(N), Lökosit Sayısı (μL) 3130.0/uL(↓), NK-Lenfosit (CD3-/CD16.56+) 91.8 /uL(N), NK-Lenfosit (CD3-CD16+CD56+) %11.2(N), T-Helper (CD3+CD4+) %34.7(N), T-Helper Lenfosit (CD3+CD4+) 284.7/uL(↓), T-Lenfosit (CD3+) %79.6(N), T-Lenfosit (CD3+) 652.7/uL(↓), T-Sito/Sup (CD3+CD8+) %44.9(N), T-Sup./Sitotoksik Lenfosit (CD3+CD8+) 368/uL(N) idi. Yapılan genetik analizde DOCK8 mutasyonu saptandı. Lezyonlardan alınan biyopsi örneklerinde epidermal hiperplazi, akantoz, papillomatöz, koilositler görüldü. Klinik ve histopatolojik bulgular ışığında fokal epitelyal hiperplazi tanısı konulan hastaya seanslar halinde kriyoterapi tedavisi planlandı.

**Sonuç:** FEH normal popülasyonda da görülebilmekle beraber, immunsuprese hastalığı olan kişilerde özellikle CD4+ T lenfositlerinin sayısında ya da fonksiyonunda bozuklukla giden durumlarda yaygın lezyonlar halinde saptanabilir. Dudakta ve oral mukozada çok sayıda, vejetatif papülnodüler lezyonlarla başvuran hastalarda FEH ayırıcı tanıda düşünülmeli ve olası immunsupresyon açısından gerekli incelemeler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Papilloma, Heck, Hiper İgE Sendromu



Resim 1.

## EP-20

## RADYOFREKANS ELEKTROCERRAHİ İLE BAŞARILI BİR ŞEKİLDE TEDAVİ EDİLEN RİNOFİMALI 3 OLGU SUNUMU

Emirhan Kandemir, Şirin Yaşar

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, İstanbul

**Amaç:** Rinofima, yağ bezlerinin ve bağ dokusunun hiperplazisinden kaynaklanan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ilerleyici bir burun deformitesidir. Akne rozaseninin son evresi olarak tanımlanır. Kozmetik olarak şekil bozukluğunun yanında burun tıkanıklığı, uyku apnesi gibi fonksiyonel bozukluklara da sebep olmaktadır. Medikal tedavi ile yanıt alınamayan veya kısmi yanıt alınan bu tabloda dermabrazyon, kriyocerrahi, cerrahi eksizyon, elektrocerrahi ve karbondioksit lazer dahil olmak üzere çeşitli cerrahi tedaviler mevcuttur.

Bu olgu sunumunun amacı rinofima tanılı hastaların radyofrekans elektrocerrahi yöntemiyle tedavisini göstermektir.

**Gereç ve Yöntem:** Rinofima tanısı ile kliniğimize başvuran ve radyofrekans elektrocerrahi planan 3 hastanın servis yatışı yapılarak pre-operatif seroloji ve kanama parametreleri istendi. Operasyon için kontrendikasyonu olmayan hastalara önce infra-orbital blok anestezi daha sonra işlem yapılacak alanlara infiltratif lokal anestezi uygulandı. Ellman surgitron radyofrekans cihazı ve loop koter ile cut-coagülasyon modunda shave yöntemiyle çalışıldı. Kanamanın fazla olduğu yerlerde topuz uçlu koter ile hemostaz sağlandı.

**Bulgular:** Hastalar işlem sonrası ilk iki hafta topikal antibiyotik ve kapalı pansuman ile takip edildi. 3 ve 6 aylık takiplerinde bir hastada minimal skar harici bir komplikasyon yaşanmadı.

**Sonuç:** Radyofrekans elektrocerrahi, rinofima tedavisinde güvenli, etkili ve nispeten uygun maliyetli bir prosedür olup tedavi seçeneklerinde değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** rinofima, radyofrekans elektrocerrahi, yüksek frekans elektrocerrahi

### Kaynaklar

- González LF, Herrera H, Motta A. Orta ve ileri şiddetli rinofimada elektrocerrahi. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2018 May;109(4):e23-e26. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2017.02.033. Epub 2017 Aug 9. PMID: 28802484.

- Göktay F, Erfan G, Çelik NS, Öztürk C, Doruk T, Albayrak H, Yanık ME, Albayrak Ş. EYüksek Frekanslı Elektrocerrahi Uygulanan Rinofimalı Hastaların İlk Kozmetik Sonuçları ve Ara Dönem Takip Bulguları ve Hastalığın Şiddet Değerlendirmesinin Tartışılması. J Cutan Med Surg. 2017 May/Jun;21(3):221-226. doi: 10.1177/1203475417694860. Epub 2017 Feb 1. PMID: 28300449.

## EP-21

## NEVUS KOMEDONİKUS, PEKTUS EKSKAVATUM VE DIŞ ANOMALİSİ OLAN BİR SENDROMİK OLGU BİLDİRİMİ

Yekta Barlas Şimşek, İlyas Enes Silay, Şirin Yaşar

SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Nevus komedonikus (NK) pilosebace üniten nadir görülen bir hamartomu ve epidermal nevüsün bir alt tipidir. NK kıl folikülünün, matriks hücrelerinin ve sebace glandların yeterince üretilmediği buna karşın folikül ağzlarında tıkaç oluşumuna sebep olan keratinin fazlasıyla üretildiği pilosebace ünitenin gelişimsel bir defektidir. Klinik olarak lineer veya zosteriform yerleşimli açık komedonlara benzer şekilde keratin tıkaçlar ile dolu foliküler açıklıklar ile karakterizedir. NK 1/45.000 ila 1/100.000 sıklığında görülmekte olup cinsiyet veya ırk ayrımı gözetmemektedir. Lezyonların yarısı doğumdan kısa bir süre sonra görülmekte ve büyük bir kısmı 10 yaşından önce ortaya çıkmaktadır. Lezyonlar sıklıkla unilateraldir ve Blaschko çizgilerini takip edebilir. Komedonal lezyonlar genellikle asemptomatik olup sadece kozmetik problemlere yol açmaktadır. Lezyonun inflamasyonu sonrası fistüller, sinüsler, şiddetli skar dokuları ve skuamöz hücreli karsinom gelişebilmektedir. Yüz, boyun, gövde ve kollar sırasıyla sık etkilenen bölgelerdir. NK tanısı genellikle klinik olarak konulmakla birlikte histopatolojik inceleme tanının konulmasında yardımcı olmaktadır. Ana histopatolojik bulgusu büyük gruplar halinde kıl shaftından yoksun, keratin ile dolu dilate foliküler açıklıkların bulunmasıdır. NK tedavisinde keratolitik ajanlar, cerrahi işlemler ve lazer kullanılır. NK'ye; iskelet sistemi, göz, diş, kardiyak ve santral sinir sistemi anomalileri eşlik edebilmektedir. Bu durum Nevus Komedonikus Sendromu (NKS) olarak adlandırılmaktadır. 14 yaşında erkek hasta sağ temporal bölgeden üst göz kapağına lineer uzanım gösteren ve sağ mandibular bölgede grube ve düzensiz sınırlı komedonal açıklıklar, keratotik tıkaçlardan oluşan atrofik, deprese skar benzeri 2 adet plak ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yüzündeki lezyonlar klinikopatolojik olarak NK ile uyumlu bulundu. NKS ve eşlik edebilen anomaliler açısından sistem sorgulaması ve fizik muayenesi sonucunda hastada pektus ekskavatum ve diş anomalileri saptandı. Hastanın özgeçmişinde akraba evliliği mevcuttu. Eşlik edebilen ek sistem anomalileri için nöroloji, göz hastalıkları, kardiyoloji ve tıbbi genetiğe yönlendirildi. NK ve NKS nadir antiteler olduğundan, dermatologlar tarafından tanınması ve eşlik edebilen patolojilerin saptanması önemiyet taşıdığından ve eşlik edebilen anomaliler açısından literatürde az sayıda yayın bulunduğundan, bizim hastamızda da nadir görülen iskelet sistemi ve diş anomalileri saptandığından olgumuzu sunulmaya değer bulduk.

**Anahtar Kelimeler:** nevus komedonikus sendromu, diş, iskelet

### Kaynaklar

- Pavithra, S et al. "Nevuscomedonicussyndrome." Indianjournal of dermatologyvol. 56,6 (2011): 771-2. doi:10.4103/0019-5154.91853
- Kızılyel, O., Metin, M. S., Elmas, Ö. F., Aktaş, A. "Epidermal Nevüsün Nadir Bir Varyantı: Bir NevüsKomedonikus Olgusu". Journal of Turgut OzalMedical Center 21 (2014): 65-67

3. Thomas VD, Swanson NA, Lee KK. Benignepithelialtumors, hamartomasandhyperplasias.In: Wolff K, Fitzpatrick TB, Wolff K,eds. Fitzpatrick'sDermatology in GeneralMedicine. 7th ed. New York: McGraw Hill;2008. p.1059-60.



Resim 1. yüzdeki 2 adet nevus komedonikus plağı

#### EP-22

### ETANERCEPT İLE BAŞARI İLE TEDAVİ EDİLMİŞ TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ OLGUSU

**Beyza Kaya**

Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Toksik epidermal nekroliz, standart bir tedavisi olmayan ciddi ve potansiyel olarak mortal seyredabilen bir ilaç reaksiyonudur. Bu nedenle, yeni tedavi seçeneklerinin etkinliğini klinik olarak gözlemlemek hastalığın tedavisinin planlanmasında önemli bir yol gösterici olacaktır. Biz burada etanercept ile tedavi ettiğimiz bir Toksik Epidermal Nekroliz(TEN) olgusunu bildiriyoruz.

**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimize yaygın kızarıklık ve kaşıntı ile başvuran olgunun klinik, laboratuvar ve histopatolojik özelliklerini inceledik.

**Bulgular:** Olgu, 81 yaşında kadın hasta, 1 hafta önce sırtında başlayan ve giderek yayılan kızarıklık ve kaşıntı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde,gövde ön ve arkası, inguinal bölge, ön uyluk ve gluteal bölgeyi de içeren, vücut yüzey alanının %30'undan fazlasını kaplayan geniş bir alanda, yaygın diffüz eritemli zemin üzerinde intact ve açılmış büller ve geniş erode alanlar izlendi. Hastanın Nikolsky bulgusu pozitif. TEN'de beklenenin aksine hastada herhangi bir mukoza tutulumu yoktu. Laboratuvar değerlerinde BUN(Blood Urea Nitrogen) yüksekliği,hiperglisemi ve lenfopeni mevcuttu. Hastanın ilaç öyküsü sorgulandığında, endojen endoftalmit nedeniyle yaklaşık 20 seans kadar intraoküler vorikonazol tedavisi aldığı ve hipertansiyon regülasyonu açısından perindopriden nifedipine geçildiği ancak bu ilacın döküntülerin oluşması üzerine 2 gün önce kesildiği bilgisi alındı. Başvurusu sırasında dış merkezde başlanmış olan 48 mg/gün dozda metilprednizolon tedavisinin 3. günündeydi. Hastadan Toksik Epidermal Nekroliz ön tanısı ile biyopsi alındı, tam kat epidermal nekroz ve dermoepidermal ayrışma izlendi ve ivedilikle 2000 mg/kg dozda IVIG tedavisine başlandı. N-asetil sistein ve proteinden zengin diyet başlandı. Bununla beraber metilprednizolon tedavisine devam edildi.Ancak uzun süreli kortikosteroid kullanımının yan etki riskleri,tedavideki etkinliğine kıyasla yüksek olmasından dolayı tedavinin 6. gününde kesildi. 5 gün boyunca toplamda 150 gr IVIG tedavisine rağmen hastanın kliniği gerilemedi ve bül çıkışı devam etti.

Bunun üzerine hastanın hipertansiyonu,kolon kanseri öyküsü ve endoftalmit öyküsü dikkate alınarak siklosporin tedavisi seçeneğinden kaçınıldı ve multidisipliner bir anlayışla 50 mg dozda subkutanöz yolla etanercept tedavisi uygulandı. İlacın uygulanmasından bir gün sonra hastanın eriteminde gerileme başladı,-bül çıkışı sonlandı ve erode alanlarında epitelizasyonun başladığı izlendi. Hastanın Nikolsky bulgusu negatifleşti.

**Sonuç:** TEN, dermatolojik bir acil niteliğinde olan, hastanın klinik seyrinin hızlıca kötüleşebildiği, standart ve etkinliği tam olarak kanıtlanmış bir tedavi algoritmasının bulunmadığı bir durumdur. Bu olguda da olduğu gibi IVIG,kortikosteroid gibi tedavilerin yeterli ve etkin olmadığı veya siklosporin gibi ilaçların kontrendike olduğu durumlarda etanercept umut verici bir tedavi seçeneği olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** TEN, Etanercept, IVIG

#### EP-23

### NADİR BİR OLGU: MEMEDE PYODERMA GANGRENOSUM

**Dilan Baştuğ, Harbiye Dilek Canat, Rumeysa Nur Algan, Anıl Temiz, Zafer Türkoğlu**

SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Pyoderma gangrenosum (PG) sıklıkla ülserlerle seyreden, sistemik hastalıklara eşlik edebilen, tedavisi komplike olabilen kronik inflamatuvar nadir görülen bir nötrofilik bir dermatozdur. Sıklıkla alt ekstremitelerde görülürken çok ender olarak peristomal bölgede skrotum vulva veya memede görülebilir. Pyoderma gangrenosum çoğunlukla travmaya sekonder paterjik reaksiyon sonucu alevlenmektedir. Cerrahi debridman, iritan maddeler, kronik travma lezyonun hızla büyümesine sebep olur. Burada sizlere pyoderma gangrenosum için atipik bir bölge olan memede dut yaprağı uygulaması sonrası daha da alevlenen piyoderma gangrenosum olgusundan bahsedeceğiz.

**Olgu Sunumu:** 38 yaşında kadın hasta sol mame çevresinde sivilce şeklinde başlayıp gittikçe büyüyen akıntılı yara şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın alınan anamnezinde sol memesinde yara çıktığı ve bu yara üzerine iyileştirmek amaçlı dut yaprağı uyguladığı tespit edildi. Hasta dut yaprağı uygulaması sonrası yaranın şiddetlendiğini ifade etti. Hastanın Yapılan dermatolojik muayenesinde sol memede sadece areolanın korunduğu tüm memeyi çepeçevre saran 10x20 cm boyutlarında, sınırları keskin eritemli üzeri nekrotik ülser mevcuttu. Hastanın bilinen sistemik hastalığı, düzenli ilaç kullanımı yoktu. Hastanın lezyonlarının geniş nekrotik alanlara sahip olması reepitelizasyonu engellemesi nedeniyle paterji reaksiyonunun tetiklemeyecek şekilde kontrollü yüzeysel debridman ile lezyon nekrotik dokudan arındırıldı. Ülser kenarından yapılan biyopsisi PG ile uyumlu geldi. Hastaya klinik ve histopatolojik bulgularla pyoderma gangrenosum tanısı konulup 1mg/kg metilprednizolon tedavisi başlandı. 2 ay boyunca doz düşülerek metilprednizolon tedavisi devam etti. Steroid tedavisi düşülürken hastaya potasyum iyodür tedavisi başlandı. Tedavinin 1. ayında lezyon boyutu 8\*14 cm, 2. ayında 6\*10 cm olarak ölçüldü. Yeterli tedavi yanıtı alanmaması sebebiyle hastaya tedricen azaltılan steroide ek olarak PG de etkili olan anti-TNF ajan infliksimab tedavisi planlandı. Hastanın 3 doz infliksimab tedavisinden sonra ülseri yaklaşık 2\*2 cm e kadar küçüldü.

**Sonuç ve Tartışma:** Pyoderma gangrenosum nadir görülen bir nötrofilik dermatoz olup atipik yerleri tutabilmektedir. Literatürde memede ortaya çıkan pyoderma gangrenosum 32 vaka saptanmıştır. Bu vakaların 26 tanesi memeye uygulanan cerrahi girişimlere sekonder görülmüştür. Bizim vakamızda me-

meye cerrahi girişim olmaksızın, dut yaprağı uygulaması sonrası hızla paterji gelişerek areola dışında tüm meme dokusunu saran bir lezyon gelişmiştir. Pyoderma gangrenosum iritan maddelerle alevlenebilir çok nadir de olsa memeyi tutabilmektedir bu sebeple meme ülserlerinde ayırıcı tanıları arasında pyoderma gangrenosum akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** pyoderma gangrenosum, meme, iritan maddeler

#### Kaynaklar

1. Mansur, A. T., Balaban, D., Göktay, F., & Takmaz, S. (2010). Pyoderma gangrenosum on the breast: A case presentation and review of the published work. *The Journal of Dermatology*, 37(1), 107-110. doi:10.1111/j.1346-8138.2009.00756.x
2. Cabañas Weisz LM, Vicario Elorduy E, García Gutiérrez JJ. "Pyoderma gangrenosum of the breast: A challenging diagnosis". *Breast J*. 2020;00:1-6.
3. Marinopoulos S, Theofanakis C, Zacharouli T, Sotiropoulou M, Dimitrakakis C. Pyoderma gangrenosum of the breast: a case report study. *Int J Surg Case Rep*. 2017;31:203-205.
4. Duval A, Boissel N, Servant JM, et al. Pyoderma gangrenosum of the breast: a diagnosis not to be missed. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011;64(1):e17-e20.



Resim 1.

#### EP-24

### İDİOPATİK GRANULOMATÖZ MASTİT VE ERİTEMA NODOZUM

**Cengiz Çelebi, Firdevs Turan, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

Granulomatöz mastit, meme kanserini taklit edebilen nadir bir kronik inflamatuvar hastalıktır. Genellikle tek taraflı memede sert eritemli ağrılı kitleler şeklinde presente olur. Hastalığın etyoloji tam olarak aydınlatılmasa da lobüllerde ekstrasvaze olan sekresyona otoimmün cevap olarak geliştiği düşünülmektedir. Teşhis tüberküloz, sarkoidoz, infeksiyöz nedenler gibi granulomatöz mastite neden olan diğer patolojilerin ekartasyonu ile yapılmaktadır. Granulomatöz mastitin eritema nodozum ve artrit gibi komponentler birlikte olabileceği gösterilmiştir. 25 yaşında kadın hasta 3 aydır olan sağ memede ağrılı kızarıklık ile giden

sertlik ve 1.5 aydır bacaklarında olan multiple ağrılı kızarıklık şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde sağ memede kırmızımı sert ağrılı bir kitle ve her iki bacakta çok sayıda ağrılı kızarıklık nodüller lezyonlar gözlemlendi. Bacaktan alınan insizyonel biyopsi sonucu septal pannükülit ile uyumlu gelen hastada ön planda eritema nodozum düşünüldü. Sağ memeye yapılan insizyonel biyopside granulomatöz mastit gözlemlendi. Göğüs kitlesinin aspirasyon kültürü negatifti. Tüberküloza yönelik yapılan Quantiferon ve PPD testlerinde anlamlı bir değişiklik gözlemlenmedi. Hastaya yapılan Gram, PAS, EZN boyamalarında herhangi bir organizma görülmedi. Sarkoidoz açısından serum ACE, kalsiyum dahil istenen tetkiklerinde anormal bir bulgu saptanmadı. PA akciğer grafisinde bilateral hiler lenfadenopati saptanmayan hastada sarkoidoz düşünülmeydi. Hastaya "İdiyopatik Granulomatöz Mastit" tanısı konuldu. Hasta 14 gün prednizolon (60 mg/gün) ve bacadaki lezyonları potent topikal kortikosteroid tedavisi sonrası lezyonlarında hızlıca klinik yanıt gözlenen hasta takibe alındı.

Granulomatöz mastit çok nadir görülmesi ve tanı koyarken bir çok önemli sistemik hastalıkla karışabilmesi nedeni ile bu olguyu bildirmeye değer bulduk.

**Anahtar Kelimeler:** granulomatöz mastit eritema nodozum

#### Kaynaklar

1. Chheng DC, Cangarella JF, Waisman J, Fernandez G, Cohen JM. Fine needle aspiration cytology of spindle cell lesions of the breast. *Cancer* 1999; 87(6): 359-371.
2. Osborne BM. Granulomatous mastitis caused by histoplasma and mimicking inflammatory breast carcinoma. *Hum Pathol* 1989;20:47-52.
3. Moreira MAR, Freitas R, Geras BB. Granulomatous mastitis caused by sparganum-a case report. *Acta Cytol* 1997; 41: 859-862.



Resim 1. granulomatöz mastit ve eritema nodozum

#### EP-25

### AKRAL ANJİOOSTEOMA KUTİS; NADİR BİR OLGU

**Anıl Gülsel Bahalı<sup>1</sup>, Gökhan Kaya<sup>1</sup>, Didem Dizman<sup>1</sup>, Güllü Gencebay<sup>1</sup>, Melin Özgün Geçer<sup>2</sup>, Özlem Su Küçük<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Yirmi dokuz yaşında erkek hasta sol ayak başparmak tırnak altında yara şikayeti ile dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Hastadan alınan öyküden şikayetin 2 yıldır devam ettiği, ara ara enfekte olarak büyüme ve küçülme gösterdiği ancak hiçbir zaman tam olarak gerilemediği öğrenildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Herhangi bir travma öyküsü tariflemiyordu. Yapılan dermatolojik muayenesinde sol ayak başparmak periungual bölgede soluk eritem ve hafif pigmentasyon değişikliği, tırnak altında da izlenebilen distalde erode kırmızı renkli ülserle görüntümlü alan mevcuttu (Resim 1). Hastanın mevcut lezyonundan Piyojenik granülom? Skuamöz hücreli karsinom? Amelanotik melanom? Ektrin poroma? ön tanıları ile

yapılan histopatolojik incelemesi sonucunda akrall anjioosteoma kutis ile uyumlu olabileceği belirtildi. Hasta ortopedi tarafından değerlendirilmek üzere yönlendirildi.

Akrall anjioosteoma kutis özellikle akrall bölgelerde yerleşim gösteren, kemik ve vasküler proliferasyonla karakterize iyi huylu ekzofitik bir tümördür. İlk kez 2006 yılında Googe ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Klinik görünüm öncelikle piyojenik granüloma benzemekle birlikte histopatolojik olarak izlenen tipik lobuler kapiller proliferasyon akrall anjioosteoma kutiste izlenmez. Patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber vasküler endotelial growth faktör ve kemik morfogenetik proteinlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Literatürde az sayıda olgu sunumları yer almaktadır. Nadir görülmesi nedeni ile piyojenik granülom benzeri lezyonlarda ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacı ile olgumuzu sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Akrall, Anjioosteoma Kutis, Piyojenik Granülom

#### Kaynaklar

1. Wang AL, Vandergriff T, Srivastava D, Nijhawan RI. Recurrent acral angioosteoma cutis in a pregnant patient. JAAD Case Rep. 2016 Dec 4;2(6):430-432.
2. Lee EJ, Lee JH, Shin MK, Lee SW, Haw CR. Acral Angioosteoma Cutis. Ann Dermatol. 2011 Sep;23 Suppl 1(Suppl 1):S105-7.



Resim 1.

#### EP-26

### SUBUNGVAL EKZOSİTOZ

**Numan Buğra Aksu, Cengiz Çelebi, Emrah Ergin, Şirin Yaşar**

*SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Subungual ekzositoz, adolesanlarda veya genç erişkinlerde görülen sıklıkla ayak başparmak ucunun dorsomedial tarafında ortaya çıkan iyi huylu, osteokondral bir tümördür.

Etyolojisinde travmanın rol oynadığı düşünülmektedir. Direkt grafide distal falanksın dorsal yüzü ile bağlantılı kemiksi yapının görülmesiyle klinik tanı doğrulanabilir. Tedavisi lezyonun total ekzizyonudur. 21 yaşında kadın hasta, sağ ayak baş parmak tırnağında zaman zaman yürüme sırasında ağrıya neden olan şişlik nedeni ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde tırnak ucu onikoskopisinde, tırnak altında deri renginde solid kitle saptandı. Radyolojik incelemesinde ayak tırnak altında distal falanks dorsal ve dorsomedialine uzanan, belirgin korteksi olabilen, trabeküler kemikte aşırı büyüme ile karakterize kemik doku kaynaklı kitle saptandı. Hastaya lokal anestezi altında tırnak plağı kaldırılarak solid kemik benzeri kitleye ulaşıldı ve lezyon diseke edilerek patolojiye gönderildi. Arta kalan kemik yapı ile temizlenerek tırnak plağı kapatıldı. Patolojik olarak, disosiyasyonlu kıkırdak doku, trabeküler kemik ve kemik trabekülleri arasında gevşek işi hücrelerden oluşan fragman saptandı. Klinik, radyolojik ve patolojik olarak "subungual ekzositoz" tanısı konuldu. 3 ay sonraki takiplerinde tırnağın düzeldiği, radyolojik olarak lezyonun kaybolduğu saptandı.

Subungual ekzositozun ayırıcı tanısında pek çok tırnak, yumuşak doku ve kemik patolojisi bulunmaktadır. Bunlar arasında onikomikoz, verruka vulgaris, subungual fibroma, glomus tümörü, piyojenik granüloma, subungual dijital müköz kist, enkondroma, keratoakantoma, tübersklerozda görülen periungual yerleşimli Koenen tümörü, osteosarkom, malign melanoma ve skuamöz hücreli karsinoma göz önünde bulundurulmalıdır. Subungual ekzositozun tedavisi kartilajinöz başlık ile birlikte lezyonun tamamının çıkarılmasıdır. Yetersiz cerrahi eksizyonda nüks gözlenebilir.

Sonuç olarak; subungual ekzositoz düşünülen olgularda kesinlikle direkt radyografi çekilmelidir. Aynı bölgede görülebilen diğer benign ya da malign lezyonlarla ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra cerrahi eksizyonla tedavi edilmelidir. Kesin tanı için histopatolojik değerlendirme gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** subungual ekzositoz, periungual, trabeküler, onikoskopi

#### Kaynaklar

1. Dave S, Caroudadidy U, Thappa D.M, Jayanthi S. Subungual exostosis of the thumb, Dermatol Online J, 2004;10(1):15.
2. Evison G, Price CH. Subungual exostosis. Br J Radiol. 1966;39:451-5



Resim 1. Subungual ekzositoz makroskopik görünüm

EP-27

**HER LONGİTUDİNAL MELANONİŞİ MELANOM MUDUR?****İlyas Enes Silay<sup>1</sup>, Yekta Barlas Şimşek<sup>1</sup>, Şirin Yaşar<sup>1</sup>, Fügen Aker<sup>2</sup>, Aylin Gönültaş<sup>2</sup>, Erva Bengü Balaban<sup>2</sup>**<sup>1</sup>SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul<sup>2</sup>SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul

Longitudinal melanonişi –melanonişi striata olarak da bilinir- tırnak plağında artmış melanin birikimi ile birlikte tırnak matriksinde artan melanosit aktivitesi veya melanositik hiperplaziye bağlı olarak, tırnak plağında kahverengi-siyah pigmentli uzunlamasına bir çizgi şeklinde görülen lezyonları tanımlar. 41 yaşında kadın hasta 7 yıldır, sağ el 1. parmak tırnağında çizgi şeklinde koyulaşma şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Onikoskopisinde proksimalde düzensiz eritronişi, kahverengi pigmentasyon ve tırnak distaline doğru tırnakta ayrışmaya neden olan tırnak distrofisi izlendi. Hutchinson işaretini saptanmadı. Çekilen grafisinde, tırnak yatağında bir patoloji olmadığı, baş parmak distalinde sesamoid kemik veya osteofitik çıkıntı olabileceği ancak bunun tırnak patolojisi ile ilgili olmadığı radyoloji doktoru tarafından belirtildi. Hastanın sağ el 1. parmak tırnak yatağından; distalinde travmatik onikopapillom, proksimalinde longitudinal melanonişi ön tanılarıyla tırnak matriksini içeren longitudinal biyopsi alındı.

Histopatolojik incelemede hafif-orta derecede atipik izlenen, nested ve lentiginöz paternde atipik melanositik proliferasyon ve immünohistokimyasal incelemede; Melan A ile bazal tabakada ve epitelin üst seviyelerine kadar ulaşan seyrek atipik melanositik hücrelerde pozitif boyanma görüldü. Ki 67 ile epitelde bazal ve suprabazal tabakada yoğunlaşan pozitif boyanma izlendi. SOX 10 ile 1mm'de 50 melanosit hücresi saptandı. "Superficial Atypical Melanocytic Proliferations of Unknown Significance (SAMPUS)" olarak raporlandı. Plastik cerrahiye referans edilen hastanın tırnak ünitesi eksize edilerek takibe alındı.

SAMPUS, patologlar tarafından benign ile malign antiteler arasında değerlendirilen ancak halen tam netliğe ulaşmamış bir konudur. Bu vakada olduğu gibi "in situ melanom" gibi düşünülerek tedavi edilmelidir. SAMPUS'un nadir görülen bir antite olması ve longitudinal melanonişilerin dikkatli klinik ve histopatolojik inceleme gerektirmesi nedeniyle bu olguyu bildirmeye değer bulduk.

**Anahtar Kelimeler:** SAMPUS, longitudinal melanonişi, melanonişi striata

**Kaynaklar**

1. Tosti A, Piraccini BM, de Farias DC. Dealing with melanonychia. *Semin CutanMedSurg.* 2009 Mar;28(1):49-54. doi: 10.1016/j.sder.2008.12.004. PMID: 19341943.
2. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Sergi CM. Melanonychia striata: clarifying behind the Black Curtain. A review on clinical evaluation and management of the 21st century. *Int J Dermatol.* 2019 Nov; 58(11):1239-1245. doi: 10.1111/ijd.14464. Epub 2019 Apr 21. PMID: 31006857.

EP-28

**YAYGIN DERİ METASTAZI İLE GİDEN NÜKS MEME KANSERİNDE DERMOSKOPIK BULGULAR: OLGU SUNUMU****Gökhan Kaya<sup>1</sup>, Melin Özgün Geçer<sup>2</sup>, Özlem Su Küçük<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Deri metastazları nadir olarak görülür ve genellikle yaygın bir hastalığın belirtisidir. Tüm deri malignitelerinin %2'sini oluşturur. Deri metastazlarının erken dönemde tanınması tedavi yaklaşımı açısından çok önemlidir. Çünkü tümörün ileri evrelerinde cerrahi tedavi olanağı azalmaktadır. Bu nedenle dermoskopik incelemenin, deri metastazlarını selülit veya lenfödem gibi benign dermatolojik durumlardan ayırmasını sağlamada çok yardımcı olabileceğini düşünüyoruz.

**Olgu:** Elli dört yaşında postmenopozal dönemde kadın hasta, 1,5 yıldır olduğunu ifade ettiği yaygın kızarıklıklar ile başvurdu. Hastanın mevcut lezyonları için dış merkezde ürtikeryal vaskülit sebebiyle kolşisin kullanım öyküsü mevcuttu. Hastanın 3 sene önce sol memede hormon pozitif lokal ileri evre meme kanseri sebebiyle radikal mastektomi operasyonu ile neoadjuvan radyoterapi tedavisi almıştı. Devamında CEF rejimi (siklofosamid, epirubisin, fluorourasil), paklitaksel ve anastrozol tedavileri aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde mastektomi skarını da içeren alanda göğüs ön duvar, karın ve sırtta palpasyon ile sert eritemli, soliter ve çoklu papül ve nodül yapıları gözlemlendi (Resim 1). Lezyonların dermoskopisinde lineer, irregüler, arborize ve polimorfik damar yapıları ile pembemsi yapısız alanlar annulare ve ilaç reaksiyonu ön tanıları ile alınan deri biyopsisinin H&E boyamasında dermiste karsinom infiltrasyonu ve immüno-histokimyada PanCK (+), GATA3 (+), ER (+), RP (-), Her2 (-), CK7 (+), mammoglobulin (-) olduğu saptandı. (Resim 3A,B,C,D). PET-BT'inde hipermetabolik dansite alan artışları sebebiyle nüks evre IV meme kanseri ön tanısıyla Tıbbi Onkoloji birimine yönlendirildi.

**Tartışma:** İnternal malignitelerden gelişen kutanöz metastazlar nadir olarak görülür (otopsi serilerinde %0,2 ile %9 arasında değişmektedir). Melanom hariç tutulursa erkeklerde en sık kutanöz metastaz yapan tümör akciğer kanseri iken kadınlarda ise meme kanseridir. Deri metastazlarının tümörün ilk belirtisi olması nadir olmakla birlikte primer tümörün teşhisi ile eşzamanlı veya metakron olarak ortaya çıkabilirler. Olgumuzda deri metastazı nüks meme karsinomunun ilk bulgusu olarak gözlemlendi.

Metastazların çoğu, tümör hücrelerinin lenfatik yayılımı nedeniyle oluşur. Çoğu zaman duktal karsinomlar, lobüler karsinomlardan daha sık olarak deri metastazı ile ilişkilidir. Meme karsinomunun kutan metastazı klinik olarak primer tümörün ipsilateralinde ve az sayıda ortaya çıkarlar. Fizik muayenede dermiste veya deri altı dokuda yerleşmiş sert, soliter ve çoklu papüller şeklinde görülürler. Olgumuzda tümör yayılımının tüm göğüs, abdomen ve sırt bölgesinde olduğu görülmektedir.

Primer malign neoplazmların dermoskopik özelliklerini karakterize eden çalışmalarda en sık gözlenen dermoskopik paternin pigment içermeyen polimorfik veya atipik vasküler yapılar olduğu gösterilmiştir.

Meme karsinomu olan hastalarda deri metastazı ile benign dermatolojik durumlar arasında ayırım yapılması önemlidir. Kesin tanı için insizyonel biyopsi ve immünohistokimyasal çalışmalar önem arz etmektedir. Kitlenin hormon profilinin belirlenmesi neoadjuvan kemo-radyoterapi, transtuzumab, immunoterapi gibi



diğer tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde önemlidir. Prognoz primer kanserin tipine bağlı olarak değişmekle birlikte, tanı alındıktan sonra yaşam beklentisi maalesef 1 yılın altında olmaktadır.

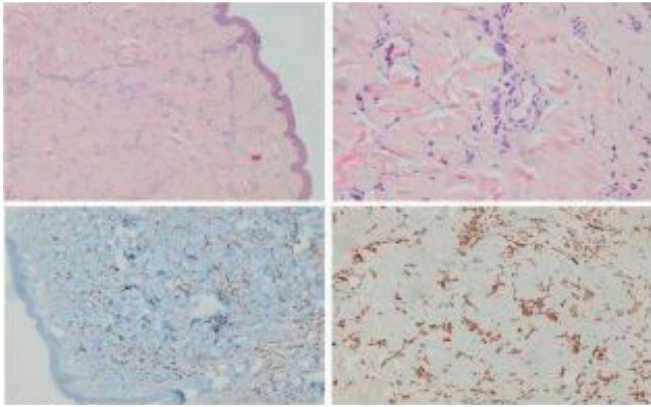
**Anahtar Kelimeler:** meme kanseri, deri metastazi, dermoskopi



**Resim 1.** Fizik muayenede mastektomi skarını da içeren göğüs ön duvar ve sırtta palpasyon ile sert eritemli, soliter ve çoklu papül nodül yapıları



**Resim 2.** a: Lineer, irregüler, arborize ve polimorfik vasküler yapılar b: Pembemsi yapısız alanlar.



**Resim 3.** a: Dermiste karsinom infiltrasyonu b: Kollajen arasında tümör hücreleri c: Tümör hücrelerinde östrojen pozitifliği d: Sitokeratin ile tümör hücrelerinde pozitif boyanma

## EP-29

### DELÜZYONEL İNFESTASYONA EŞLİK EDEN PAYLAŞILMIŞ PSIKOZ VE YAPAY BOZUKLUK OLGUSU

**İlayda Esna Güngör, İlknur Kıvanç Altunay**

*Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Delüzyonel parazitoz; tıbbi bir kanıt olmamasına rağmen kişinin parazit ya da yaşayan küçük yaratıklar tarafından enfekte olduğu yanlış ve ısrarlı inancı ile seyreden sanısal bozukluklardır. DSM-5 kriterlerinde sanısal bozuklukların somatik alt tipinde değerlendirilir. Hastaların büyük çoğunluğunda delüzyonel inanç 'kapsüllenmiştir' ve mental fonksiyonlar etkilenmez. Nadir görülen bir tablo olup her 1 milyon kişi için 40'tan az kişinin etkilendiği düşünülmektedir. Hastaların klinik başvuru şekilleri ve semptomları çok çeşitli olabilir, sıklıkla kaşıntı ve dokunsal ya da görsel infestasyon tanısı nedeniyle dermatoloji polikliniklerine başvururlar. Hastalarda çıkardıkları organizmaları sakladıkları küçük bir kap sıklıkla vardır ve 'kibrit kutusu bulgusu' olarak adlandırılır; mikroskopide genellikle saç, cilt, toz, iplik, bazen de karınca ya da sinek izlenebilir. Hastaların %5-15'i delüzyonu sıklıkla kadın olan bir yakını ya da sosyokültürel olarak izole edilmiş, telkine yatkın kişilerle paylaşır. Bu delüzyonlar kapsadıkları kişi sayısına göre folie a deux/treis/famille olarak adlandırılır. Vakaların az bir kısmında ise hasta, kendisine bağımlı (genellikle çocuk) bir kişinin de hasta olduğunu iddia eder, bu durumda 'başkasına yüklenen yapay bozukluk (Munchausen by proxy)' tablosu 'delusional infestation by proxy' olarak adlandırılır. Literatürde nadir de olsa hem aile bireyleri arasında paylaşılmış psikoz hem de 'delusional infestation by proxy' vakalarının bir arada görüldüğü delüzyonel infestasyon olguları mevcuttur. Bizim olgumuz; kendisinde, aile bireylerinden annesinde ve 3 yaşındaki kızında paraziter enfeksiyon olduğuna inanan ve buna yönelik pek çok başvurusu ve hem kendisine hem çocuğuna antiparaziter tedavi uygulama girişimleri olan 32 yaşında bir kadın hasta. Olgumuz üzerinden literatürün gözden geçirilmesi ve bu hastalara yaklaşımı tartışmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** psikodermatoloji, delüzyonel infestasyon

## EP-30

### FUKOZİDOZ HASTASINDA KIRMIZI DÖKÜNTÜ: ANJİOKERATOMA KORPORİS DİFFUZUM OLGUSU

**Erhan Topal<sup>1</sup>, Neslihan Hot<sup>1</sup>, Özge Altunok<sup>1</sup>, Ayşe Deniz Yücelten<sup>1</sup>, Dilşad Türkdoğan<sup>2</sup>, Gülten Öztürk<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul  
<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Anjiokeratomlar, epidermiste akantoz ve hiperkeratoz ile birlikte papiller dermiste kan damarlarının ektazisi ile karakterize iyi huylu tümörlerdir. Genellikle histopatolojik bulguları benzer dört farklı klinik formu tanımlanmıştır. Soliter anjiokeratom, tek papüler lezyon şeklinde görülür ve vücudun herhangi bir yerinde gelişir. Mibelli tipi, özellikle el ayak dorsal yüzlerinde gelişen hiperkeratotik vasküler lezyonlardır. Fordyce tipi, skrotum ve vulva üzerinde gelişir. Anjiokeratoma korporis diffuzum (AKD) ise generalize sistemik formu olup özellikle karında çok sayıda minik papüller ile karakterize bir alt tipidir. Çoğunlukla Fabry hastalığı, Fukozidoz gibi lizozomal depo hastalıkları ile birlikte gö-

rülür. Fukozidoz, alfa-L-fukozidaz eksikliğine bağlı bir lizozomal depo hastalığıdır. Hastalar nörolojik bulgular, kas-iskelet bulguları ve AKD gibi kutanöz bulgular ile prezente olur. Burada yaygın anjiokeratomları bulunan Fukozidoz tanılı nadir bir olgu olması nedeniyle sunulmaktadır.

**Olgu:** 10 yaş erkek hasta vücutta yaygın, kırmızı renkli, asemptomatik döküntüleri nedeniyle danışıldı. Hastanın bebeklik döneminden itibaren serebral palsi, epilepsi, büyüme-gelişme geriliği ve sık enfeksiyon geçirme öyküsü mevcuttu. Hastanın anne ve babasının akraba olmadığı ancak aynı köyden olduğu öğrenildi. Takiplerinde, fukozidaz enzim düşüklüğü nedeniyle Fukozidoz ön tanısıyla yapılan gen analizinde FUCA1 geninde 2 adet heterozigot mutasyon saptandığı; bu mutasyonların ClinVar veritabanında Fukozidoz ile uyumlu patolojik mutasyonlar olarak tanımlandığı öğrenildi. Hasta, yaklaşık 4 yıldır Fukozidoz tanısıyla ilgili branşlar tarafından takip ve tedavi edilmekteydi. Annesinden alınan anamnezde döküntülerin son birkaç yıl içerisinde ortaya çıktığı ve vücudunun belli bölgelerine yayıldığı öğrenildi. Döküntülerin daha önce peteşi ve purpura olarak değerlendirildiği ve altında yatan nedene yönelik hemogram, periferik yayma tetkiklerinin yapıldığı, sonuçlarının normal değerlerde olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde hastanın bilateral avuç içi ve ayak tabanında; uyluk, sırt, skrotum ve umblikus üzerinde koyu-kırmızı, mor renkli papüller lezyonlar izlendi. Hastanın hikayesi ve lezyon karakteri göz önüne alınarak hastaya Fukozidoz ile ilişkili anjiokeratoma korporis diffuzum tanısı koyuldu.

**Tartışma-Sonuç:** Anjiokeratoma korporis diffuzum, ilk olarak 1898 yılında tanımlanan ve vücutta yaygın anjiokeratomları ile prezente olan bir tablodur. Uzun yıllar Fabry hastalığı ile eş anlamlı olarak kullanılsa da birçok farklı lizozomal depo hastalığında da görüldüğü bilinmektedir. Patofizyolojisinde, metabolik hastalıklarda hücre içi biriken patolojik materyallerin apoptozu tetiklediği ve bunu takiben gelişen reaktif rejenerasyonun rol oynadığı düşünülmektedir. En çok etkilenen bölgeler "mayo bölgesi" olarak da adlandırılan gövde alt yarımı, glutealar, skrotum ve uyluk üstüdür. Histopatolojisinde klasik anjiokeratom ile benzer olarak epidermiste değişken derecede hiperkeratoz; dermiste retelerde uzama ve papiller dermiste ektatik, ince duvarlı, lümeninde eritrositlerin izlendiği proliferatif damarlar görülür. Dermatoskopik muayenede kırmızı lakunalar ile beyazımsı-sarımsı keratotitik alanlar anjiokeratom için karakteristiktir. Klinik olarak asemptomatik olsalar da, kozmetik şikayetlere yol açabilirler. Anjiokeratomlar bening olup tedavi gerektirmezler fakat kanama veya kozmetik nedenlerde ötürü cerrahi eksizyon, lazer veya elektrokoterizasyon yapılabilir. Burada, yaygın anjiokeratomları olan klasik bir AKD vakası sunarak farkındalığını arttırmayı amaçladık. Bu sayede, hem metabolik hastalıkların tanısında bir semptomun gözardı edilmemesini sağlamak, hem de halihazırda tanı almış hastalarda gereksiz tetkik ve tedavilerin önlenmesini amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Fukozidoz, Anjiokeratom

#### Kaynaklar

- Schiller PI, Itin PH: Angiokeratomas: an update. *Dermatology* 1996;193:275- 82.
- Zaballos P, Daufí C, Puig S, et al: Dermoscopy of solitary angiokeratomas: a morphological study. *Arch Dermatol* 2007;143:318-25.
- Baker C, Kelly R: Other vascular disorders. In: Bologna J, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*, 2nd edition, Spain, Mosby Elsevier, 2008:1615-25.
- Del Pozo J, Gómez-Tellado M, López-Gutiérrez JC: Vascular malformations in childhood. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103:661-78.



**Resim 1.** Skrotumda ve uyluk medialinde koyu kırmızı papüller

**Tablo 1.** AKD'nin eşlik ettiği lizozomal depo hastalıkları

Hastalık	Enzim defekti
Fukozidoz	$\alpha$ -L-Fukozidaz
Fabry	$\alpha$ -Galaktosidaz
Schindler/Kanzaki Hastalığı	$\alpha$ -N-asetilgalaktozaminidaz
Aspartilglikozaminuri	Aspartilglikozaminidaz
Galaktosialidoz	Galaktosialidaz
$\beta$ -Galaktosidoz	$\beta$ -Galaktosidaz
$\beta$ -Mannosidoz	$\beta$ -Mannosidaz

#### EP-31

### GRAHAM LITTLE PICCARDİ LASSUEUR SENDROMU : BİR OLGU SUNUMU

**Yağmur Sungur, Harbiye Dilek Canat, İbrahim Halil Yavuz, Zeynep Tosuner Koçyiğit, Zafer Türkoğlu**

*Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul*

**Giriş ve Amaç:** Graham Little Piccardi Lassueur sendromu (GLPLS), liken planopilarisin nadir görülen bir varyantıdır. Saçlı deride skatrisyel alopesi ve gövdede yaygın foliküler papüllerle karakterize bir hastalıktır. Tanımlandığı yıllarda keratozis pilaris olarak belirtilen foliküler papüller, sonraki yıllarda histopatolojik bulgular ışığında liken planopilaris olarak isimlendirilmiştir. Bazı olgularda aksilla ve pubik bölgede gözlenen skatrisiz alopesi de tabloya eşlik edebilir (1-8). Etiyolojisi bilinmeyen hastalık genelde 30-70 yaş kadınlarda görülür. Burada klinik ve histopatolojik olarak GLPLS tanısı almış, 45 yaşında bir kadın hasta, az rastlanan bir olgu olması sebebiyle sunulmuştur.

**Olgu:** 45 yaşında kadın hasta yedi ay önce başlayan saç dökülmesi, vücudunda sivilce benzeri ele gelen kızarıklıklar, kol kollarında dökülme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sistem sorgulamasında patolojik bulgu gözlenmedi ve herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Fizik muayenesinde normal bulgular vardı. Dermatolojik muayenesinde saçlı deride frontoparyetal alanda düzensiz sınırlı, atrofik alopesik plaklar ile diğer alanlardaki saçlarda seyrelme saptandı. Gövdede ve ekstremitelerde yaygın kırmızı kahverengi renkli foliküler yerleşim gösteren keratotik papüller izlendi. Her iki ön kol ekstansör yüzlerde skar bırakmayan kıl kaybı mevcut idi. Gövde ve saçlı deriden iki adet biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede saçlı deriden alınan örnekte epidermiste ortohiperkeratoz, bazal tabakada hafif hidropik dejenerasyon ve bu alanlarda lenfositler dermiste perivasküler lenfosit ve histiosit içeren infiltrasyon saptandı. Gövdeden alınan biyopside epidermiste ortohiperkeratoz, bazal tabakada pigmentasyon artışı, bir follikül epiteli içine giren çok sayıda lenfosit varlığı, dermiste epidermiste belirtilen follikül yapısının çevresinde yoğunlaşan lenfoid hücre ve histiosit içeren infiltrasyon, diğer alanlarda dermiste seyrek pigment yüklü makrofajlar bazı damarlar etrafında lenfohistiositik infiltrasyon görüldü. Her iki doku örneğinin histopatolojik incelenmesinde liken planopilaris ile uyumlu bulgular tesbit edildi. Laboratuvar incelemesinde hemogram, biyokimya düzeyleri normal olarak değerlendirildi. Klinik ve histopatolojik değerlendirmeler sonucu hastaya GLPLS tanısı konuldu ve 200 mg/gün hidroksiklorokin tedavisi başlandı.

**Tartışma:** Piccardi tarafından 1913'te saçlı deride skatrisyel alopesi, pubik ve aksiller bölgede non skatrisyel alopesi ile gövde ve ekstremitelerde foliküler spinöz papüller bulunan bir hastada ilk kez "keratotik spinuloz" tanımlanmıştır. Lassauer tarafından folikülitis dekalvans et atrofikans olarak adlandırılmıştır. Son olarak 1915'te Graham Little tarafından skatrisyel alopesili bir genç kadında hastalık tarif edilerek Graham Little Piccardi Lassueur sendromu ismi verilmiştir (1-2-3). Bizim olgumuz 45 yaşında, yedi aydır saçlı derisinde skatrisyel alopesi ve kaşıntı, literatürden farklı olarak kıvrım bölgelerinde değil de her iki ön kol ekstansör alanlarda skatrisyel olmayan kıl kaybı, karında sırtta ve lomber bölgede kaşıntılı foliküler belirginleşme ve papüller mevcut olan kadın hastaydı. GLPLS yavaş ilerleyici ve kronik bir seyir gösterir ve tedavisi oldukça zordur. Tedavide topikal, sistemik ve intralezyonel steroid kullanılabilir ama çoğu zaman etkili değildir. Diğer tedavi seçenekleri arasında retinoidler, fototerapi, siklosporin, hidroksiklorokin, doksisisiklin ve takrolimus vardır ancak tedavi sonuçları değişkendir (6). Chiang ve ark.'nın (4) yaptığı bir çalışmada hidroksiklorokinin liken planopilarisin semptom ve bulguları azaltma oranı 6 ve 12 aylık tedaviler sonunda %69 ve %83 olarak bildirilmiştir.

**Sonuç:** Kronik ve ilerleyici özellikteki bu nadir liken planopilaris varyantının erken tanı ve tedavisi sikatrisyel gidişi durdurmak açısından önemlidir. Tam remisyon sağlanamamakla birlikte, mevcut tedavilerle hastalık ilerlemesinin durdurulması ve kısmi iyileşme sağlanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Graham Little Piccardi Lassueur sendromu, foliküler liken planus, liken planopilaris, alopesi.

#### Kaynaklar

1. Vashi N, Newlove T, Chu J, Patel R, Stein J. Graham-Little-PiccardiLassueur syndrome. Dermatol Online J 2011; 17: 30.
2. Pai VV, Kikkeri NN, Sori T, Dinesh U. Graham-little piccardi lassueur syndrome: an unusual variant of follicular lichen planus. Int J Trichology 2011; 3: 28-30.
3. Zegarska B, Kallas D, Schwartz RA, Czajkowski R, Uchanska G, Placek W. Graham-Little syndrome. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat 2010; 19: 39-42.

4. Chiang C, Sah D, Cho BK, et al. Hydroxychloroquine and lichenplanopilaris: efficacy and introduction of Lichen Planopilaris Activity Index scoring system. J Am Acad Dermatol 2010;62:387-92.
5. Cho BK, Sah D, Chwalek J, et al. Efficacy and safety of mycophenolate mofetil for lichen planopilaris. J Am Acad Dermatol 2010;62:393-7.
6. Degos R. Dermatologie. Editions mÉdicales flammarion 1953; 1084-85.
7. Crickx B, Blanchet P, Grossin M, Belaich S. LassueurGraham-Little syndrome. 2 cases. Ann Dermatol Venereol 1990; 117(11):907-9.

#### EP-32

### ÇOCUK HASTADA SAĞ DİZDE ASEPTOMATİK NODÜL: DERMATOFİBROSARKOMA PROTUBERANS

Çağatay Tepe<sup>1</sup>, Mehmet Özgür Çelik<sup>1</sup>, Ezgi Aktaş<sup>1</sup>, İteriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Emre Şenkaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) dermis, subkutan yağ doku, nadiren kas ve fasyayı tutan ender görülen bir yumuşak doku tümördür. Tanısı biyopsi ile konmaktadır. Daha çok 3.ve 5. dekatlarda görülmektedir. Ancak daha az sıklıkta çocuk hastalarda da görüldüğü literatürde bildirilmiştir. Dermatofibrosarcoma protuberans'ın 20 yaş öncesi görülme prevalansının 1/1000000 olduğu tahmin edilmektedir.

Biz bu bildiriye 10 yaşında DFSP tanısı koyduğumuz bir vaka bildirerek DFSP'nin çocuk olgulardaki klinik özellikleri, tanı yöntemleri ve tedavi seçeneklerini güncel literatür bilgileri eşliğinde tartışmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** 10 yaşında erkek hasta polikliniğimize sağ dizinde 2 aydır mevcut ağrısız kitle nedeniyle başvurdu. Herhangi bir ek hastalığı yoktu. Lezyon gelişmeden önce herhangi bir travma veya enfeksiyon geçirmemişti. Dermatolojik muayenesinde sağ diz medialinde 2\*2 cm çaplı deriden kabarık, eritemli nodüler lezyon görüldü (Resim 1) Lezyon total olarak eksize edildi. Histopatolojik değerlendirmede; dermisten subkutan yağ dokuya uzanan nükleer monomorfizimli atipik iğsi hücre infiltrasyonunun stariform paternde dağılım gösterdiği saptandı. İmmunhistokimyasal incelemede CD 34 (+), S100 (-), KI 67 (-), HHV8 (-)'ti. Bu bulgularla hastaya DFSP tanısı konuldu. Hasta re-eksizyon açısından Plastik Cerrahi bölümüne sevk edildi. Re-eksizyon sonrasındaki incelemede cerrahi sınırlar temiz olarak neticelendi. Yapılan USG ve BT incelemelerinde metastaza dair herhangi bir bulgu tespit edilmedi. Hastanın takipleri devam etmektedir.

**Sonuç:** Çocuk hastalarda deride ortaya çıkan nodüller genellikle benign olmasına rağmen lezyonlar tedaviye dirençli ise ve atipik klinik görünüm mevcutsa olası bir malignite açısından histopatolojik inceleme ve ileri araştırmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Nodül, İmmunhistokimya, Stariform

#### Kaynaklar

1. Brooks J, Ramsey ML. Dermatofibrosarcoma Protuberans. 2022 Nov 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 30020677
2. Sleiwah A, Wright TC, Chapman T, Dangoor A, Maggiani F, Clancy R. Dermatofibrosarcoma Protuberans in Children. Curr Treat Options Oncol 2022;23:843-54.



Resim 1. Dizde eritemli nodüler lezyon görülüyor.

EP-33

## PARONIŞİ VE LENFANJİT İLE KOMPLİKE MAYMUN ÇİÇEĞİ

Ekin Alpdoğan<sup>1</sup>, Ravza Gündüz<sup>2</sup>, Özlem Aydın<sup>2</sup>, Vefa Aslı Erdemir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Istanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

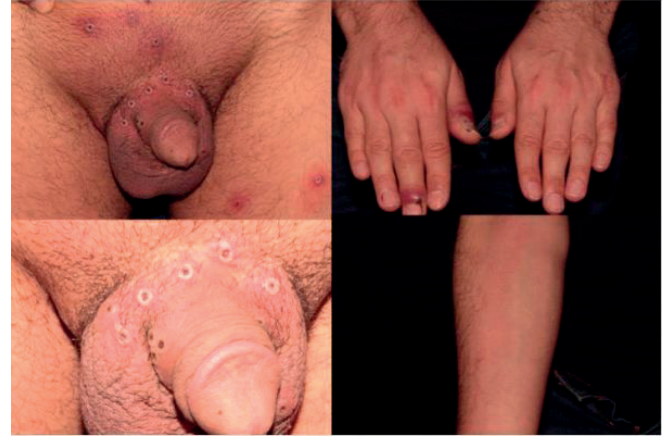
**Giriş:** Maymun çiçeği hastalığı, Poxviridae ailesinden Monkeypox virüsünün sebep olduğu zoonotik bir hastalıktır. 2022 Mayıs ayına kadar Afrika'nın batısı ve merkezinde bir kaç olgu bildirilirken bu dönemden sonra salgın bildirimi yapılmıştır. Hastalık enfekte deri lezyonu veya enfekte materyal ile doğrudan temasla, damlacık yada plasenta yolu ile bulaşabilmektedir. Mevcut salgında, vakaların çoğunluğunun erkeklerle seks yapan erkekler olduğu gözlemlenmiştir. Bu olgu sunumunda edinsel immün yetmezlikli bir olguda gelişen, paronişi ve lenfanjit ile komplike olan Maymun çiçeği hastası sunulmaktadır.

**Olgu:** 32 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 hafta önce parmak kenarlarında ve genital bölgesinde eşzamanlı ortaya çıkan içi su dolu kabarcıklar, halsizlik ve ateş şikayeti ile enfeksiyon hastalıkları kliniğine başvurdu. Dermatoloji konsültasyonunda dermatolojik muayenesinde saç, saçlı deri ve oral mukoza doğaldı. Ekstremitelerde muayenesinde sağ el 1. ve 3. parmak tırnak kenarında ve sol el 1. parmak tırnak kenarında paronişi mevcuttu. Bilateral kol mediallyerinde aksiller bölgeye kadar uzanan eritemli lineer, ısı artışı bulunan lenfanjit trasesi tespit edildi. Hastanın mons pubisde ve uyluk ön yüzde çok sayıda, ortasında hemorajik kurut bulunan ağrılı, göbekli veziküller lezyonlar tespit edildi. Fizik muayenede bilateral aksiller lenfadenopati tespit edildi. Benzer döküntülerin partnerinde de mevcut olduğu öğrenildi. Hastanın hikayesinde homoseksüel olduğu ve 2 yıl önce HIV tanısı aldığı öğrenildi. Hastanın lezyonundan yapılan Tzanck testinde multinükleer dev hücre veya Guarnieri cisimciği tespit edilmedi. Monkeypox PCR testi pozitif olarak sonuçlandı. CD4 sayısı 1400 dü. Hemogram ve biyokimya değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Hastanın genel durumunun iyi olması nedeni ile antiviral tedavi verilmedi. Lenfanjit tedavisi için sefalosporin tedavisi başlandı. Hastanın takibinde ek bir patoloji gelişmedi. Lenfanjit ve genital lezyonlar başvurunun 7. Gününde kurutulularak geriledi.

**Tartışma:** Maymun çiçeği hastalığı 2-4 hafta içerisinde kendini sınırlayan, ateş, halsizlik, miyalji ve lenfodenaopatiden oluşan bir prodromal dönem sonrası özellikle anogenital bölgeyi tutan

deri lezyonları ile karakterizedir. Deri lezyonları eritemli makül olarak başlar, umblike papül, ağrılı vezikül ve püstüller ve skar oluşumu ile sonlanır. Tipik döküntüsü yanında sekonder bakteriyel enfeksiyonlar da tanımlanmıştır. Bir çalışmada paronişi sıklığı %2 olarak bildirilmiştir. Ülkemizdeki görülme sıklığı bilinmeyen bu hastalık bizim hastamızda olduğu gibi paronişi ve lenfanjit ile seyredebilmektedir, bu nedenle edinsel immün yetmezlikli olgularda bu bulgular görüldüğünde maymun çiçeği hastalığı akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** paronişi, lenfanjit, maymun çiçeği



Resim 1. monkeypox

EP-34

## AYNI HASTADA LİKEN PLANUS VE KRONİK SPONTAN ÜRTİKER BİRLİKTELİĞİ: TESADÜF MÜ?

Çağatay Tepe, Mehmet Özgür Çelik, Aslıhan Kul, İtteriş Oğuz Topal

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Liken Planus bir çok klinik alt tipi olan, etyolojisi belli olmayan kronik otoimmün bir dermatozdur. Bu hastalığa diabetes mellitus (DM), hipertansiyon, metabolik sendrom, tiroid hastalıkları, psikosomatik hastalıklar, kronik karaciğer hastalıkları, gastrointestinal hastalıklar, genetik hastalıklar ve Hepatit C enfeksiyonu eşlik etmektedir. Bununla birlikte Liken Planus ve Ürtikerin nadir eşlik ettiği rastlantısal vakalar bildirilmiştir. Burada biz Kronik Ürtikeri olan kadın bir hastada Liken Planus'un geliştiğini bildirmekteyiz.

**Gereç ve Yöntemler:** 52 yaşında kadın hasta vücudunda şiddetli kaşıntı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde, beş yıl önce vücudunda kaşıntılı ürtiker plakların ortaya çıktığını söyledi. Ürtiker teşhisi kondu. Laboratuvar parametreleri normal sınırlardaydı. Herhangi bir ilaç almamıştı. Antihistaminik tedavi başlandı. Ancak lezyonlar düzelmedi ve 12 haftadan fazla devam etti. KSÜ düşünülerek Omalizumab tedavisi başlandı. Daha sonra lezyonlar kayboldu.

Dermatolojik muayenede her iki bilek, sırt ve boyun volar bölgede yaygın kaşıntılı lividi renkli papüler lezyonlar saptandı (Resim 1). Tırnak muayenesi normaldi, oral bölgede ağrılı lezyon yoktu. Hastanın anamnezinde detaylandırıldığında lividi renkli lezyonların 3-4 yıldır ortaya çıktığı öğrenildi. Dış merkezde yapılan biyopsi sonucu Liken Planis ile uyumlu olarak gelmiştir.

**Sonuç:** Literatür taramamızda, LP ile IL-17 arasındaki ilişkiyi gösteren birkaç çalışma bulduk. Magdalena Zychowska ve ark. 2020'de bir çalışma yürütmüştür. Yazarlar, sağlıklı gönül-

lülerle karşılaştırıldığında LP'li hastalarda serum IL-17 seviyesinin önemli ölçüde yükseldiğini bulmuşlardır. LP lezyonlarından alınan doku örneklerinde, sağlıklı bir deri ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha yüksek sayıda IL-17 ifade eden hücre bulundu. Benzer şekilde IL-17'nin KSÜ patogeneğinde rol oynadığı ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. DA Sabah ve ark. CSU hastalarının hem lezyonlu hem de lezyonsuz derilerinde sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında artan sayıda CD4+ T hücresi ve mast hücresi bulunduğunu ileri sürmüşlerdir. Her iki hücre tipi de IL-17A için güçlü bir şekilde pozitif ve birbirlerine çok yakın oldukları bulundu. Bu bulgulara dayanarak hastamızda IL-17'nin hem KSÜ'yü hem de LP'yi tetikleyebileceğini düşündük.

Literatürde 1935 yılında LP ve ürtiker olgusu bildirilmiş ve yazarlar bu ilişkinin tesadüf olabileceğini söylemişlerdir. Ancak güncel immünolojik araştırmalar bu görüşün aksini ortaya koymuştur. Hastamızda iki hastalığın bir arada bulunmasının tesadüften ziyade ortak immünopatogenetik mekanizmalar ile gerçekleştiğine inanıyoruz. Bu ilişkiyi açıklığa kavuşturmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Kaşıntı, Liken Planus, Ürtiker



**Resim 1.** Hastanın sırt ve gövde arka yüzde lividi renkli papüller görünüyor.

- A**  
Ağırçöl, Şenay 14, 18  
Aker, Fügen 46  
Aksu, Numan Buğra 45  
Aktaş, Ezgi 49  
Aktaş, Meryem 31  
Aktürk, Aysun Şikar 12  
Albayrak, Hülya 12, 29  
Algan, Rumeysa Nur 14, 32, 43  
Alpdoğan, Elif Ekin 16, 50  
Altunay, İlknur Kıvanç 47  
Altunok, Özge 47  
An, İsa 11, 12  
Asilsoy, Miray 12  
Ataş, Elif Nazlı Serin 12  
Atcı, Tuğba 25  
Atış, Güldehan 21, 26  
Atmaca, Gözde 31  
Atsü, Ayşe Nilhan 18  
Aydemir, Mustafa 12  
Aydın, Özlem 50  
Ayhan, Erhan 12
- B**  
Bahalı, Anıl Gülsel 44  
Balaban, Erva Bengü 46  
Baştuğ, Dilan 43  
Baykal, Can 25, 26  
Bilen, Çiğdem 17  
Bilgiç, Aslı 12  
Boz, Meltem 18  
Bülbül, Buket Yılmaz 12  
Büyükbabani, Nesimi 26
- C**  
Caf, Nazlı 19, 34  
Canat, Harbiye Dilek 19, 32, 36, 43, 48  
Can, İlkay 17  
Cinel, Leyla 35  
Cinel, Murat 12  
Cinel, Zeliha Leyla 30  
Coşkun, Kamer Faruk 18
- Ç**  
Çakır, Elif 41  
Çakır, Vildan 35  
Çaytemel, Ceyda 14  
Çelebi, Cengiz 19, 24, 44, 45  
Çelik, Mehmet Özgür 49, 50  
Çelikleş, Damlanur 39
- Çetinkaya, Elif 18  
Çetin, Sedat 12  
Çınar, Salih Levent 12  
Çiftçi, Fatma Kübra Gül 26  
Çüçen, Ayşe Aysima 19, 24
- D**  
Demir, Ferhan Bulut 30, 35, 39  
Demir, Özgür 12  
Devicioğlu, Elif Gökçe 32  
Dizman, Didem 44
- E**  
Elbüken, Gülşah 12  
Erdemir, Vefa Aslı 33, 50  
Erdem, Ozan 33  
Erdoğan, Bilgen 40  
Ergin, Emrah 45  
Ergun, Tülin 22, 30, 31  
Erkayman, Merve Hatun 22  
Erol, Bülent 39
- G**  
Geçer, Melin Özgün 44, 46  
Gencebay, Güllü 44  
Gencer, Nahit 17  
Gönüllü, Öykü 21  
Gönültaş, Aylin 46  
Güder, Hüsna 37  
Güder, Semih 37  
Güler, Batuhan 20  
Gündüz, Ravza 50  
Güngör, İlayda Esna 47  
Gürel, Mehmet Salih 33
- H**  
Hatipoğlu, Gizem 35  
Hekimsoy, Zeliha 12  
Hot, Neslihan 47
- K**  
Kahraman, Filiz Cebeci 12  
Kakşi, Sümeyye Altıntaş 11  
Kandemir, Emirhan 38, 42  
Karaca, Züleyha 12  
Karaman, Dilan Karavelioğlu 39  
Karapınar, Gizem 15  
Kartal, Demet 12  
Kaya, Beyza 43
- Kaya, Gökhan 44, 46  
Kaya, Kadir 11  
Kaya, Özge 10  
Kayıran, Melek Aslan 16, 38  
Keskinaya, Zeynep 10  
Kılıç, Arzu 17  
Kocabağ, Hamide Kardelen 38  
Kocatürk, Emek 21  
Koçak, Seyfettin Mahir 19, 34  
Koç, Nermin 38, 39  
Koçyiğit, Zeynep Tosuner 48  
Korkmaz, Hüseyin Emre 40  
Kul, Aslıhan 50  
Kumalar, Tayfur 29  
Küçük, Özlem Su 44, 46
- M**  
Mehel, Yusuf 34  
Melnicova, Elizaveta 25
- O-Ö**  
Orundaş, Başak Baykut 29  
Örnek, Sinem Ayşe 21  
Özdemir, Mustafa 11  
Özen, Tunç 11  
Özmen, Hazal İzol 36  
Öztürk, Gülten 47  
Öztürk, Savaş 17
- S**  
Salman, Andaç 39  
Sarı, Şule Öztürk 26  
Savaş, Sevil 12  
Seçilmiş, Dilanur Sultan 19, 24  
Seçkin, Dilek 35  
Selek, Alev 12  
Silay, İlyas Enes 29, 42, 46  
Solak, Sezgi Sarıkaya 12, 15  
Soylu, Esra 37  
Sungur, Yağmur 48
- Ş**  
Şahin, Ahmet Sait 33, 38  
Şahin, Mustafa Turhan 12  
Şahin, Onur 24  
Şanlı, Hatice Erdi 12  
Şenkaya, Emre 49
- Şerbetçi, Betül Burak 33  
Şimşek, Bengü Çobanoğlu 38  
Şimşek, Yekta Barlas 42, 46
- T**  
Temiz, Anıl 43  
Tepe, Çağatay 49, 50  
Tezer, İlksen Yağmur 26  
Topal, Erhan 30, 31, 35, 47  
Topal, İltiş Oğuz 34, 41, 49, 50  
Topal, Servet 34, 41  
Topdağ, Fatih Mehmet 34  
Topkarcı, Zeynep 40  
Toprak, Canan Şanal 39  
Tuna, Mazhar 12  
Turan, Firdevs 44  
Türe, Şule 19  
Türkdoğan, Dilşad 47  
Türkoğlu, Zafer 14, 18, 19, 32, 36, 43, 48  
Türköz, Hüseyin Kemal 39
- U-Ü**  
Uçmak, Derya 19, 34  
Uslu, Meltem 12  
Ülfer, Gözde 11  
Ünal, Alkım 11  
Ünüböl, Mustafa 12
- Y**  
Yalçın, Özben 41  
Yalçın, Özden 34  
Yaşar, Şirin 20, 29, 37, 38, 39, 42, 44, 45, 46  
Yavuz, Göknur 19  
Yavuz, İbrahim Halil 19, 48  
Yetiş, Yusuf 39  
Yıldızhan, İncilay Kalay 12  
Yiğitbaşı, Türkan 11  
Yücelten, Ayşe Deniz 31, 39, 47
- Z**  
Zaben, Baha 31, 35  
Zemheri, İttr Ebru 19, 24  
Zengin, Nurşah 34, 41  
Zıplar, Büşra 36  
Zindancı, İlkin 12, 19, 20, 24, 38, 44  
Zuhur, Said Shafi 12