



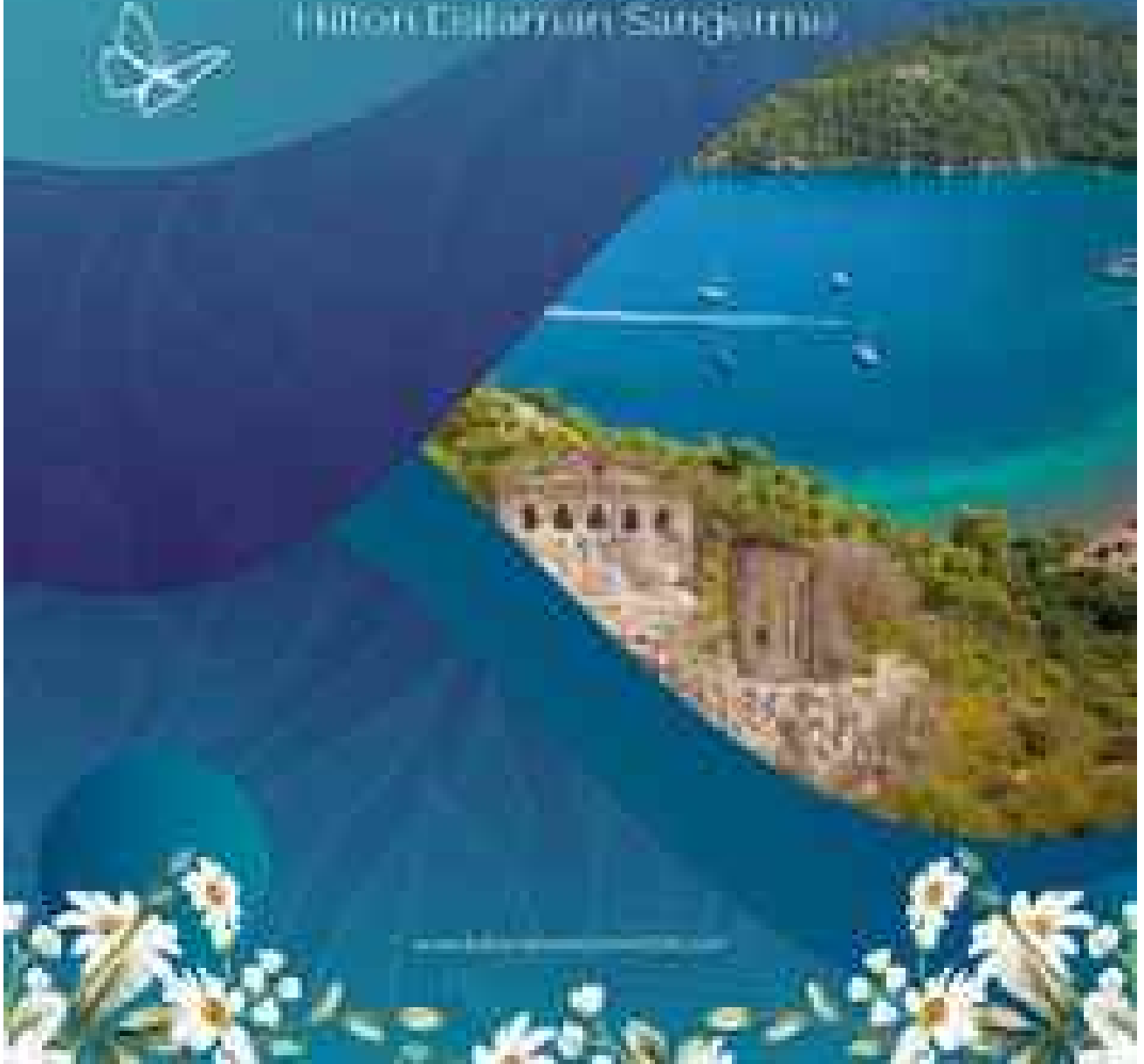
Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet



14. DERMATOLOJİ BAHAR SEMPOZYUMU

2-5 Nisan 2021

Edirne Çarşamba Sempozyumu



BİLDİRİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

- **SB-01: ALOPESİ AREATA HASTALARINDA TOPİKAL ANTRALİN KULLANIMININ TEDAVİ YANITI ÜZERİNE BİR OLGU SERİSİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ**
Eda Falay, Selin Tambora, Filiz Cebeci Kahraman
- **SB-02: SİKATRİSYEL VE NONSİKATRİSYEL ALOPESİ AYRIMINDA YAPAY ZEKA DESTEKLİ TRİKOSKOPİNİN TANISAL PERFORMANSI**
Ahmet Sait Şahin, Abdurrahim Yılmaz, Buğra Burç Dağtaş, Ozan Erdem, Mehmet Salih Gürel
- **SB-03: TRİKOSKOPİK BULGULAR IŞIĞINDA KAŞ DÖKÜLMESİ SEBEPLERİ**
Güldehan Atış, Ayşenur Şam Sarı, Esra Nur İpek
- **SB-04: TELOGEN EFFLUVİUM HASTALARINDA ALGILANAN STRES, DEPRESYON VE ANKSİYETE DURUMLARININ İNCELENMESİ: OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI**
Yavuz Semiz
- **SB-05: MORFEA TANILI HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**
Aslı Cemşitoğlu, İbrahim Akçay, Nilay Duman, İdil Ünal
- **SB-06: GRANULOMA ANNULARE: HİSTOPATOLOJİK TİPLERE GÖRE KLİNİK GÖRÜNÜMLER**
Abdullah Ülkü, Ozan Erdem, Vefa Aslı Erdemir, Melek Aslan Kayıran, Sümeyye Altıntaş Nakşi, Bengü Çobanoğlu Şimşek, Mehmet Salih Gürel
- **SB-07: DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULAR: TANI KONMADA GECİKME YAŞANIYOR MU?**
Utku Efe Kildokum, Selin Tambora, Filiz Cebeci Kahraman, Begüm Işık Özak, Gülname Fındık Güvendi
- **SB-09: KRONİK ÜRTİKERDE TEDAVİ YANITINI ÖNGÖREBİLİR MİYİZ? MAKİNE ÖĞRENMESİ TABANLI BİR ANALİZ**
Şahika Sena ŞENER YILDIZ, Rukiye YASAK GÜNER, Mustafa TEMİZ
- **SB-11: COVID-19 PANDEMİSİ SONRASI TEK MERKEZ KAPOİ SARKOMU DENEYİMİ**
ömer faruk MARANGOZ, Harbiye Dilek CANAT, Narin KARAGÖZ, Begüm ÇALIM GÜRBÜZ
- **SB-12: PİYOJENİK GRANÜLOMLARDA KLİNİKOPATOLOJİK VE DERMOSKOPIK ÖZELLİKLERİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**
Hümeyra Özger Abdullahoğlu, Vefa Aslı Erdemir, Melek Aslan Kayıran, Sümeyye Altıntaş Kakşi, Ozan Erdem, Mehmet Salih Gürel

- **SB-13: MİKOZİS FUNGOİDES'TE EZH2 UPREGÜLASYONU PROLİFERASYON VE HASTALIK EVRESİNİ YANSITIR: POTANSİYEL BİR TERAPÖTİK HEDEF**
Aslı AKSU, Deniz ALTINEL, Semih ARSLAN, Ayberk AKTARAN, Pınar ÖZDEMİR ÇETİNKAYA, Birgül ÖZKESİCİ KURT, Hazel Ezgi KAYA, İlknur KIVANÇ ALTUNAY
- **SB-14: ROZASEA HASTALARINDA DİYET ANTİOKSİDAN KAPASİTESİ VE SİSTEMİK OKSİDATİF STRESİN İNCELENMESİ: BİR OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI**
Ezgi Aktaş, Ayşe Elif Tapkı, Şeyma Gürbüz, Yavuz Semiz
- **SB-15: ROZASEA HASTALARINDA KALPROTEKTİN GEN POLİMORFİZMİ VE SERUM DÜZEYİNİN HASTALIK VE ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ**
Emirhan Demir, İlkay Can, Ayla Solmaz Avcıkurt, Meryem Gül, Arzu Kılıç
- **SB-17: AKNE HASTALARININ HASTALIK YÖNETİMİ VE BİLGİ ARAYIŞINDA YAPAY ZEKÂNIN ROLÜ: KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA**
Tuğba Atak, Tuba Betül Karadeniz
- **SB-18: ROZASEADA SERUM KATELİSİDİN, KLK-5, TLR-2 VE TRPV-1 DÜZEYLERİNİN KLİNİK ÖZELLİKLER VE TETİKLEYİCİLERLE İLİŞKİSİ**
Ezgi Aktaş, Şeyma Gürbüz, Ayşe Elif Tapkı, Yavuz Semiz
- **SB-19: ANTİ-IL-17 TEDAVİSİ ALAN PSÖRİAZİS HASTALARINDA DEMODİKOZİS SIKLIĞININ BELİRLENMESİ**
Seyfettin Mahir Koçak, İbrahim Halil Yavuz, Harbiye Dilek Canat, Göknur Özeydin Yavuz
- **SB-20: SEBOREİK DERMATİT HASTALARINDA ÇİNKO DÜZEYİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**
Melike Çay, Nilay Duman
- **SB-21: SKABİYEZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ, KAŞINTI ŞİDDETİ, SİBERKONDRI VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE KAPSAMLI BİR DEĞERLENDİRME**
Yezdan İpek Davarcıoğlu, Eda Karaismailoğlu, Aslan Yürekli
- **SB-22: BİR YAŞ ALTI BEBEKLERDE SKABİYEZ: ERKEN BAŞLANGIÇLI OLGULARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TANISAL TUZAKLAR**
Zeynep TOPKARCI, Kıymet Sena MUCUK
- **SB-23: VİTİLİGO HASTALARINDA NÖROLOJİK KOMORBİDİTELER**
Aslı Aksu, Hazel Ezgi Kaya, Osman Akbulut, Osman Vural, İlayda Esna Gülsunay, Gül Şekerlisoy, İlknur Kıvanç Altunay, Fatma İnci Ertaş, Asım Taşkın, Burçin Durmuş, Mehmet Güzel İpek
- **SB-24: İLERİ EVRE RİNOFİMA TEDAVİSİNDE YÜKSEK FREKANSLI ELEKTROCERRAHİ**
Ezgi Aktaş, Cemre Berin Güngör
- **SB-26: DE NOVO VE NEVÜS İLİŞKİLİ MELANOMLARIN KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA**
Yıldız Gürsel ÜRÜN, Çağrı Enes YILMAZ, Mustafa ÜRÜN, Rabia SEZER
- **SB-27: BÜLLÖZ PEMFİGOİDLİ HASTALARDA OMALİZUMAB ETKİNLİĞİNİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**
Ayda Acar, Ece Okumuşlar Tozman, Aytan Polat, Nilay Duman, Işıl Karaarslan, İlgen Ertam Sağduyu, İdil Ünal

- **SB-28: PEMFİGUSTA KLİNİK TUTULUM TİPİ İMMÜN FLORESAN BULGULARLA ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ? 386 HASTALIK RETROSPEKTİF ANALİZ**
Banu Ötkür Özügen, Yekbun Yaşa, Rıfkiye Küçükoglu, Yasir Emen
- **SB-29: PEMFİGUS VULGARIS HASTALARINDA HASTALIK ŞİDDETİ İLE İNFLAMATUAR PARAMETRELERİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**
Sevim Baysak, Göktürk Yiğitoğlu, Meltem Akgün, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı
- **SB-30: KERATOAKANTOM VE SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM TÜMÖR MİKROÇEVRESİNDEKİ T LENFOSİTLER VE PROGRANÜLİN EKSPRESYONU**
Yeşim Dede Yumru, Vefa Aslı Erdemir, Bengü Çobanoğlu Şimşek, Mehmet Salih Gürel
- **SB-31: BÜLLÖZ PEMFİGOİD HASTALARINDA HASTALIK ŞİDDETİ İLE İNFLAMATUAR PARAMETRELERİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**
Sevim Baysak, Elif Şahin, Selin Sezer, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı
- **EP-01: NADİR GÖRÜLEN BİR SİSTEMİK HASTALIĞIN HABERCİSİ OLARAK ÜRTİKER: BİR OLGU SUNUMU**
Ali Çöl, Özdemir Can Tüzer, Mustafa Can Şenoymak, Burçe Can Kuru
- **EP-02: PAROTİS TÜMÖRÜNÜ TAKLİT EDEN NADİR BİR ENFEKSİYON: PAROTİS AKTİNOMİKOZU**
Şahika Sena ŞENER YILDIZ, Melih AKYOL, Ramazan Oğuz YÜCEER
- **EP-03: KOLŞİSİN TEDAVİSİ ALTINDAKİ FMF HASTASINDA PERSİSTAN ERİTEMA NODOSUM: VASKÜLİTSİZ SEPTAL PANNİKÜLİT İLE UYUMLU OLGU**
Şahika Sena ŞENER YILDIZ, Melih AKYOL
- **EP-04: ZOSTERİFORM DAĞILIM GÖSTEREN AKCİĞER ADENOKARSİNOMU KUTANÖZ METASTAZI: TANISAL TUZAK**
Ela Gazal, Ümit Türsen, Yasemin Yuyucu Karabulut
- **EP-05: YÜZ VE BOYUN TUTULUMUYLA SEYREDEN PİTRİYAZİS ROZEA'DA SEBOREİK DERMATİT İLE YANILTICI BİRLİKTELİK**
Ela Gazal, Ömer Faruk Elmas, Amor Khachemoune
- **EP-06: YÜZ YERLEŞİMLİ KILLI NEVUS LİPOMATOZ KUTANÖZ SÜPERFİSYALİS : LİTERATÜR EŞLİĞİNDE NADİR BİR OLGU**
Ebrar Selen Bayramoğlu, Erkan Alpsoy
- **EP-07: KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON HAZIRLIK REJİMİNDE THIOTEPA'YA BAĞLI GELİŞEN TOKSİK ERİTEM**
Bensu Satılmış, Begüm Güneş, Elif Cömert Özer, Nahide Onsun
- **EP-08: FİMOZİS VE SİMBLEFARON İLE İLERLEYEN SKATRİSYEL PEMFİGOİD VAKASINDA İNTRAVENÖZ İMMÜNOGLOBULİN TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ**
Mahir Dıgış, Furkan Aydın, Kısmet Kaya, Zeynep Zehra Aydın

- **EP-9: KONVANSİYONEL TEDAVİLERE DİRENÇLİ DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSUNDA RİTUKSİMAB DENEYİMİ**
Kaan Batuhan Töle, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, Nermin Koç, İlkin Zindancı
- **EP-10: APÜLER MÜSİNOZİS (LİKEN MİKSÖDEMATOZİS): OLGU SUNUMU**
Aida HAJIYEVA TASHKIN, Ashhan KUL TAŞĞIN, Ecrin Elif ÇINAR, Mehmet Oğuz ERGUVAN, Özben YALÇIN, Ezgi AKTAŞ
- **EP-11: HERPES ZOSTER SONRASI GELİŞEN ABDOMİNAL PSÖDOHERNİ**
Jiyanda Tay, Erkan Alpsoy, Eylem Bayar
- **EP-12: PEDİATRİK POST-TRAVMATİK EKTOPIK TIRNAKTA ONİKOPAPİLLOMA BENZERİ PROLİFERASYON**
Dilay Su Çınar, Şirin Yaşar, Sevim Baysak, İlkin Zindancı, Beyza Betül Şenay Yıldız, Fügen Aker
- **EP-13: KUTANÖZ LEİSHMANİASİS’TE AİLE İÇİ KÜMELENME: İNDEKS OLGUNUN TANISAL FARKINDALIĞA KATKISI**
Büşra Sena Pattabanoğlu Çevirici, Fatih Emre Çevirici, Mehmet Onur Gökalp, Harbiye Dilek Canat
- **EP-14: TİNEA CAPİTİS TEDAVİSİNDE KULLANILAN RADYOTERAPİYE SEKONDER SAÇLI DERİDE MULTİPL BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM GELİŞİMİ**
Caner Göllü, Ceyda Baycan, Gülay Turan, Arzu Kılıç
- **EP-15: YAYGIN KELOİDLERİ SONUCU TANI ALAN NADİR BİR OLGU: RUBİNSTEİN TAYBİ SENDROMU**
Fatih Emre Çevirici, Büşra Sena Pattabanoğlu Çevirici, Harbiye Dilek Canat, Pelin Ercoşkun
- **EP-16: FASİYAL BÖLGEDE NODÜLER FASİİT: GEBE BİR OLGU**
Seda Mazmanoğlu Atılğan, Fügen Aker, Meryem Tuğçe Karataş, Şirin Yaşar, Sevim Baysak, Derya Can
- **EP-17: SİRKUMSKRİPT AKRAL HİPOKERATOZ: BİR OLGU SUNUMU**
Cevahir Şen, Emel Öztürk Durmaz, Emel Dikicioğlu Çetin, Sedef Şahin
- **EP-18: YENİDOĞANDA KUTİS LÖSEMİSİ İLE PREZENTE OLAN KONJENİTAL PROGENİTÖR B HÜCRELİ AKUT LENFOBLASTİK LÖSEMİ**
Selim Kandiş, Harbiye Dilek Canat, Dilara Kandiş, Gözde Esin
- **EP-19: KERATOAKANTOMAYI TAKLİT EDEN CD30 POZİTİF KUTANÖZ LENFOPROLİFERATİF HASTALIK**
Ayna ÇİFTÇİ, Dilayda KAYAPINAR, Harbiye Dilek CANAT, Begüm ÇALIM GÜRBÜZ
- **EP-20: ÇOCUKLUK ÇAĞINDA YÜZ YERLEŞİMLİ SUBKUTAN NODÜL: İDİOPATİK ASEPTİK FASİYAL GRANÜLOM OLGUSU**
Begüm Karanfil Atakan, Prof. Dr. Burçe Can Kuru
- **EP-21: GÖZDEN KAÇAN BİR DERMATOZ: PRURİGO PİGMENTOSA**
Ece Yılmaz Bulut, Harbiye Dilek Canat, Zafer Türkoğlu
- **EP-22: VERRUKA VULGARİSTE KONTROLSÜZ BİTKİSEL TEDAVİ SONRASI GELİŞEN DERİN ÜLSERLERİN YÖNETİMİ**
Cansu Özdemir Yılmaz, Yiğit Emre Yılmaz, Harbiye Dilek Canat, Ezgi Aktaş

- **EP-23: TÜBEROSKLEROZ HASTALIĞI İLE İLİŞKİLİ DİRENÇLİ FASİYAL ANJİYOFİBROMLARDA LONG-PULSE ND:YAG LAZER TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU**
Büşra Çarpan, Anıl Temiz, Harbiye Dilek Canat
- **EP-24: İNFANTİL HEMORAJİK ÖDEM: BİR YAŞINDA BİR OLGU SUNUMU**
Zeynep Keskiner, Harbiye Dilek Canat, Başak Sena Özhan
- **EP-25: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: SPOROTRIKOİD PATERNLİ KUTANÖZ LEİSHMANİASİS**
Selen TANER AKBAY, Mahmut Kuddis AYDIN, Ceren ÜNAL, Tuğba KAYA
- **EP-26: ADA2 EKSİKLİĞİ VE TROMBOFİLİ FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİLİ LİVEDOİD VASKÜLOPATİ: HOMOZİGOT P.GLY47ARG VARYANTLI NADİR BİR OLGU**
İŞİL ŞİMŞEK, ÖZBEN YALÇIN, EZGİ AKTAŞ
- **EP-27: İMMÜNSÜPRESE PEDIATRİK HASTADA GECİKMİŞ TANI: KRUTLU SKABİES OLGUSU**
Dilara Kandış, Harbiye Dilek Canat, Selim Kandış
- **EP-28: KRONİK PLAKLARDA GRANÜLOMATÖZ İNFLAMASYON: AYIRICI TANI SÜRECİNDE ATİPİK YERLEŞİMLİ DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS**
Mustafa Karagöz, Mehmet Oğuz Erguvan, Özben Yalçın, Ezgi Aktaş
- **EP-29: MULTİPL NODÜLLERLE SEYREDEN VE SARKOİDOZ TANISI ALAN BİR ENKAPSÜLE YAĞ NEKROZU OLGUSU**
Elif Çakır, Ömer Faruk Dilbaz, Ezgi Aktaş
- **EP-30: DİRENÇLİ KELOİD SKAR TEDAVİSİNDE İNTRALEZYONEL MULTİMODAL TEDAVİ YAKLAŞIMI: OLGU SUNUMU**
CEM KURT, ŞİRİN YAŞAR, SEVİM BAYSAK
- **EP-31: ÜÇ AYLIK İMMÜNKOMPETAN İNFANTTA KRUTLU SKABİYEZ**
İrem Erişir, Burçe Can Kuru
- **EP-32: ATİPİK KUTANÖZ TUTULUMU SONUCU TANI ALAN ANAPLASTİK BÜYÜK HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU**
Yusuf Mehel, Harbiye Dilek Canat
- **EP-33: YAYGIN KUTANÖZ TUTULUM İLE SEYREDEN AMİYOPATİK DERMATOMİYÖZİT: TANISAL GÜÇLÜKLER VE KLİNİK FARKINDALIK**
Büşra Sena Pattabanoğlu Çevirici, Fatih Emre Çevirici, Harbiye Dilek Canat
- **EP-34: VİTİLİGO VE DİRENÇLİ ALOPESİ AREATA BİRLİKTELİĞİNDE UPADASİTİNİB YANITI**
Tamay Demirkol, Harbiye Dilek Canat
- **EP-35: ONİKOPAPİLLOMA NADİR GÖRÜLEN BENİGN TIRNAK MATRİKS TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU**
Sinem Ayer, Fatma Ezgi Doğan, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Aylin Gönültaş

- **EP-36: PANTOPRAZOL İLE TETİKLENEN UNİLATERAL PİGMENTE PURPURİK DERMATOZ: BİR OLGU SUNUMU**
Ecrin Elif Çınar, Mehmet Oğuz Erguvan, Özben Yalçın, Ezgi Aktaş
- **EP-37: PYODERMA GANGRENOSUMDA NADİR BİR İYİLEŞME PATERNİ: KELOİD SKAR OLUŞUMU**
Cemre Berin Güngör, Özben Yalçın, Ezgi Aktaş
- **EP-38: İKSEKİZUMAB TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN LİKENOİD İLAÇ ERÜPSİYONU: PARADOKSİK İNFLAMATUAR BİR YANIT**
Göktürk Yiğitoğlu, Şirin Yaşar, Sevim Baysak, Gülistan Gümrükçü
- **EP-39: DİFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMANIN KUTANÖZ TUTULUMU: OLGU SUNUMU**
Elif Şahin, Sevim Baysak, Helin Atay, Seda Mazmanoğlu Atılman, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı
- **EP-40: APLAZİA KUTİS KONJENİTAYA BAĞLI ALOPESİ: OLGU SUNUMU**
Helin Atay, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı
- **EP-41: MEME KARSİNOMUNUN NADİR BİR PREZENTASYONU: HERPES ZOSTER’İ TAKLİT EDEN ZOSTERİFORM KUTANE METASTAZ**
Başak Sena Özhan, Büşra Sena Pattabanoğlu Çevirici, Fatih Emre Çevirici, Harbiye Dilek Canat
- **EP-42: EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA PRURİGİNOSA’DA TEDAVİ YANITLARININ HETEROJENİTESİ: İKİ OLGU SUNUMU**
Ahmet Melik Akyürek, Şirin Yaşar, Sevim Baysak, İlkin Zindancı, Erva Bengü Yılmaz
- **EP-43: LİPOÖDEMATÖZ ALOPESİ OLGUSU**
Aysu Ecem Altun, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı
- **EP-44: TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ VE STEVENS–JOHNSON SENDROMUNDA PANKREATİK ENZİM DÜZEYLERİ: BEŞ OLGULUK RETROSPEKTİF ANALİZ**
Mert Hikmet Güngör, Harbiye Dilek Canat, Ezgi Aktaş
- **EP-45: USB1 GEN MUTASYONUNA BAĞLI POİKİLODERMA WİTH NEUTROPENİA ZEMİNİNDE GELİŞEN HERPES ZOSTER**
Şule ÖZALP, Harbiye Dilek CANAT
- **EP-46: SECUKİNUMAB TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN GRANÜLOMATOZ MASTİT OLGUSU: BU BİR PARADOKS MU ?**
Selin Sezer, Şirin Yaşar, Hazar Erdoğan, Sevim Baysak, Gülistan Gümrükçü, İlkin Zindancı
- **EP-47: ÇOCUKLUK ÇAĞI MİKOZİS FUNGOİDES OLGU SUNUMU**
Ebru Çelik, Sevim Baysak, İlkin Zindancı, İtir Ebru Zemheri, Şirin Yaşar Pekcan
- **EP-48: ANAL KARSİNOMU TAKLİT EDEN VERRÜKÖZ PERİANAL PLAK: ANOGENİTAL CROHN HASTALIĞI**
Ahmet Salih Karaoğlu, Burçe Can Kuru

- **EP-49: ADÖLESAN DÖNEMDE TANI ALAN KRONİK GRANÜLOMATÖZ HASTALIK: NCF4 GENİNDE YENİ BİR VARYANT**
Ali Mert Gök, Burak Yıldız, Murat Doğan, Serdar Bozlak, Harbiye Dilek Canat
- **EP-50: ABLATİF LAZER TEDAVİSİNE DİRENÇLİ FAVRE-RACOUCHOT SENDROMUNDA ELEKTROCERRAHİABLASYON İLE BAŞARILI TEDAVİ:OLGU SUNUMU**
Göktaş KÜLÜNK, Şirin YAŞAR, Sevim BAYSAK
- **EP-51: SPONTAN İNVOŁÜSYON GÖSTEREN DEV KONJENİTAL HEMANJİYOM İLE DİSSEMİNE KUTANÖZ HEMANJİYOMATOZİS BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU**
Murat Yavuz, Erhan Topal, Melekber Çavuş Özkan, Leyla Cinel, Ayşe Deniz Yücelten
- **EP-52: LİVEDOİD VASKÜLİT TEDAVİSİNDE ADALİMUMAB: DİRENÇLİ BİR OLGUDA UZUN DÖNEM KLİNİK YANIT**
Sema Altan Tezcan, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, Seçil Kılar Kösemen, Gülistan Gümrükçü, İlkin Zindancı
- **EP-53: ERİŞKİN YAŞTA BAŞLAYAN STIFF SKIN SENDROMU: NADİR BİR OLGU SUNUMU VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI**
Faruk Furkan Aydın, Dilanur Sultan Seçilmiş, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, Pembe Gül Güneş, İlkin Zindancı
- **EP-54: İNFLAMATUVAR LİNEER VERRÜKÖZ EPİDERMAL NEVÜS ZEMİNİNDE BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM: NADİR VE İNSİDENTAL BİR OLGU**
Emre Avcı, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, Nermin Koç, İlkin Zindancı
- **EP-55: KRONİK İNFLAMASYON ZEMİNİNDE GELİŞEN NADİR BİR OLGU: EKRİN SİRİNGOFİBROADENOM**
Mehmet Akif Akbeniz, Harbiye Dilek Canat, Mehmet Sar, Ezgi Aktaş
- **EP-56: TEDAVİYE DİRENÇLİ PEMFİGUS FOLİACEUS'UN PEMFİGUS VEGETANS DÖNÜŞÜMÜ VE MULTİSİSTEM OTOİMMÜNİTE BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU**
Emre Avcı, Göktaş Külünk, Şirin Yaşar, Sevim Baysak, İlkin Zindancı, Gülistan Gümrükçü
- **EP-57: DARİER-ROUSSY SENDROMU ZEMİNİNDE İNFEKTİF PANNİKÜLİT VE OLASI EŞLİK EDEN MALİGNİTE: ÇOK KATMANLI BİR OLGU**
Göktaş Külünk, Meltem AKGÜN, Şirin YAŞAR, Sevim BAYSAK, İlkin ZİNDANCI, Nermin KOÇ, Enes Furkan KÜÇÜK
- **EP-58: DİRENÇLİ HAİLEY HAİLEY HASTALIĞINDA DUPİLUMAB TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU**
Elif Şahin, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, Gülistan Gümrükçü
- **EP-59: NADİR BİR OLGU BİRLİKTELİĞİ: NEKROBİYOTİK KSANTOGRANULOM VE EŞLİK EDEN ÖNEMİ BELİRSİZ MONOKLONAL GAMMOPATİ**
Yiğit Emre Yılmaz, Cansu Özdemir Yılmaz, Harbiye Dilek Canat, İbrahim Halil Yavuz
- **EP-60: VERRÜKÖZ LEZYON İLE BAŞLAYAN GENİTAL PİYODERMA GANGRENOZUM: TANI GECİKMESİ VE REKONSTRÜKSİYON GEREKTİREN NADİR BİR OLGU**
Yekbun Yaşa, Zafer Türkoğlu, İbrahim Halil Yavuz

- **EP-61: DİRENÇLİ BÜLLÖZ PEMFİGOİD VE EŞLİK EDEN ALOPESİ UNİVERSALİS OLGUSUNDA MİKOFENOLAT MOFETİL VE TOFASİTİNİB KOMBİNASYONU**
Melike Şule Kaya, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı
- **EP-62: LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZ: DÖRT OLGUDA KLİNİK ÇEŞİTLİLİK**
Merve Şahin, Ayşe Deniz Yücelten
- **EP-63: HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA TANILI BİR OLGUDA SARKOİDOZ PANNİKÜLİTİ VE EŞLİK EDEN ELASTOLİTİK DEV HÜCRELİ GRANÜLOM**
Meltem Akgün, Furkan Aktemur, Şirin Yaşar, Sevim Baysak, Gülistan Gümrükçü
- **EP-64: NADİR GÖRÜLEN BİR BESİN ALERJİSİ: ALFA-GAL SENDROMU**
Sümeyye SAĞLAM, Ümmühan ŞEKER, Ezgi AKIN, Hayriye SARICAOĞLU
- **EP-65: AKUT KOLESİSTİTİ TAKLİT EDEN DRESS SENDROMU OLGUSU**
Aylin PAK, Ümmühan ŞEKER, Merve YILMAZ, Ferdi ÖZTÜRK, Hayriye SARICAOĞLU

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SB-01: ALOPESİ AREATA HASTALARINDA TOPIKAL ANTRALİN KULLANIMININ TEDAVİ YANITI ÜZERİNE BİR OLGU SERİSİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Eda Falay¹, Selin Tambora¹, Filiz Cebeci Kahraman¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Giriş

Alopesi areata (AA), anagen kıl foliküllerini hedef alan, skar bırakmayan alopesik yamaların izlendiği, relaps ve remisyonlar ile seyreden kronik inflamatuvar otoimmün bir deri hastalığıdır^{1,2}.

Antralin, Brezilya'daki araroba ağacından hazırlanan bir krizaborin türevidir. AA'lı hastalarda topikal olarak kullanılan bölgede iritan kontakt dermatite yol açarak saçların yeniden büyümesini sağlamada etkili olduğu gösterilmiştir³. AA tutulum yaygınlığı ve tutulum paterni sınıflandırması Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlenmiştir.

Yöntem

Çalışmaya minimum 3 ay topikal antralin tedavisi alan hastalar alınmıştır. Hastalara başlangıç tedavisi olarak 0,25 gram antralin, 0,2 gram salisilik asit, 40 gram vazelin içeren topikal tedavi verilmiştir. Hastalara, başlangıç tedavisinde lezyonlu bölgede 30 dakika bekletilerek; kızarıklık, kaşıntı gibi yan etkilerin gözlenmemesi durumunda sürenin arttırılarak sırasıyla 45 ve 60 dakikaya çıkıldığı tedavi protokolü uygulanmıştır. Sürenin uzatılmasına rağmen kaşıntı, kızarıklık görülmediği durumlarda antralin 0.4 gram ve sonrasında 0.6 grama çıkılarak hastalar takip edilmiştir.

Hastalar tedavi başlangıcında 10 gün aralıklarla 3 kez kontrole çağırılmıştır. Maksimum doza ulaşıldıktan sonra (0.6 gram antralin dozunda) 1 ay aralıklarla kontrole çağırılarak muayene edilmiştir. Hastalık şiddeti ve tedaviye yanıt oranı SALT skoru ile değerlendirilmiştir. SALT skorunda %50'den fazla gerileme, tedavi başarısı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya 15 hasta alınmıştır. Hastalar ile ilgili bilgiler Tablo 3'te özetlenmiştir. Katılımcıların %20'si kadın olup ortalama yaş 26'dır. Ortalama hastalık süresi 5,5 yıldır. %50'den fazla saç çıkışının görüldüğü hastalarda ortalama hastalık süresi 8 ay, tedaviye yanıt süresi ise ortalama 2 aydır. Hastaların ortalama takip süresi 5.5 aydır. En sık görülen yan etkiler hiperpigmentasyon ve eritem olmakla beraber yanma, batma, kızarıklık, şiddetli kontakt dermatit gibi yan etkiler de izlenmiştir.

Altı hastada SALT skorunda %50'den fazla gerileme görülmüş olup bu hastaların beşinde SALT skoru 0'a inmiş ve total saç çıkışı izlenmiştir. 4 hastada ortalama 6 ay tedavi kullanımına rağmen saç çıkışı izlenmemiştir. Bu hastaların ikisi alopesi universalistir. Araştırmaya katılan 4 alopesi universalis hastasının hiçbirisi tedaviye yeterince yanıt (SALT skorunda %50'den fazla gerileme) vermemiştir. Örnek tedavi yanıtları Resim 1, 2 ve 3'te gösterilmiştir.

Sonuç

Literatüre bakıldığında Zafrir ve ark.³'nün yaptığı bir çalışmada, topikal antralin tedavi uygulanmış 11 AA'lı pediatrik hastada ortalama 6 ayda saç çıkışı izlenmiş olup 1 hastada tedavi başarısız sonuçlanmıştır. Çalışmamızın prospektif olması ve tedavi takip süresinin kısıtlı olması, araştırma sonuçlarında farklılığı etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Topikal antralin tedavisi, özellikle SALT skoru yüksek hastalarda tedavi seçenekleri arasında değerlendirilmesi gereken seçeneklerden biridir. Özellikle sistemik tedavinin kullanılamayacağı, topikal ve intralezyonel kortikosteroid gibi birincil tedavilere yanıtı olmayan hastalarda topikal antralin tedavisi değerlendirilebilir.

Hastaların yakın takip edilmesi gerekliliği ve tedavi süresinin uzunluğu, hastalar açısından dezavantaj olarak görülebilmekte ve hastaların tedaviyi sonlandırma istekleri olabilmektedir. Bu sebeple tedavi seçimi yapılırken hasta ile karar verilmeli ve hasta planlanan tedavi hakkında bilgilendirilmelidir.

Kaynakça :

1. Gilhar A, Etzioni A, Paus R. Alopecia areata. N Engl J Med. 2012;366(16): 1515-1525.
2. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L et al. Alopecia areata: Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis. J Am Acad Dermatol. 2018;78(1):1-12.
3. Zafrir Y, Tantuco K, Tangtatco A, Ho N. A Retrospective Review of Anthralin in Petrolatum in the Treatment of Alopecia Areata in the Pediatric Population. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery 2023, Vol. 27(5) 449–453

Anahtar Kelimeler : alopesi areata, anthralin

Resimler

Resim Açıklaması: Fotoğraf 2: A ve B. Tedavi öncesi. C ve D. Tedavi sonrası 6. ay.



Resim Açıklaması: Fotoğraf 1: A. Tedavi öncesi. B. Tedavi sonrası 6. ay.



Resim Açıklaması: Fotoğraf 3: A. Tedavi öncesi. B. Tedavi sonrası 6. ay.



Tablolar

TABLO 1: TUTULUM YAYGINLIĞI

Alopesi Areata	Kıllarda lokalize kayıp
Alopesi Totalis	Saçlı derideki kıllarda total kayıp
Alopesi Universalis	Vücut kıllarında total kayıp

TABLO 2: TUTULUM PATERNİ

Yama tip	Yuvarlak-oval alopesik alanlar
Ofiyazis tip	Pariyetal, oksipital, temporal bölgenin tutulduğu bant tarzı dökülme
Sisaipho tip (Ofiyazis inversus)	Verteks çevresinde saç kaybı
Retiküler tip	Ağsı biçimde dökülme
Diffüz tip	Saç yoğunluğunda yaygın azalma

TABLO 3: HASTALARIN DEMOGRAFİK, HASTALIK VE TEDAVİ BİLGİLERİ

Hastalar	Cinsiyet	Yaş	Alopesi Paterni	Hastalık Süresi	Antralin Kullanım Süresi	Önceki Tedaviler	Komorbiditeler	Başlangıç SALT Skoru	Güncel SALT Skoru	Remisyon Oranı	Tedavi Yan Etkileri
H-1	E	39	Yama	1.5 ay	2 hafta	-	-	6	0	%100	Hiperpigmentasyon, eritem
H-2	E	31	Yama	8 ay	5 ay	-	Pulmoner hipertansiyon, ventriküler septa efekt	14.4	0	%100	Hiperpigmentasyon
H-3	E	9	Yama	12 ay	3 ay	Topikal kortikosteroid	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	4.4	0	%100	-
H-4	E	16	Alopesi totalis	9 yıl	7 ay	Topikal kortikosteroid	-	100	92	%8	Hiperpigmentasyon
H-5	E	11	Yama	9 ay	8 ay	Topikal kortikosteroid	-	3.2	3.2	%0	-
H-6	E	41	Yama	20 yıl	5 ay	Intralezyonel kortikosteroid	Alerjik astım	2.1	2.1	%0	Hiperpigmentasyon, eritem
H-7	E	57	Yama	10 ay	7 ay	Topikal kortikosteroid, intralezyonel kortikosteroid	Diyabetes mellitus, astım	7.2	6.3	%12.5	Hiperpigmentasyon
H-8	E	29	Yama	6 ay	4 ay	Intralezyonel kortikosteroid	-	3.8	3.2	%2.23	Hiperpigmentasyon
H-9	E	8	Alopesi universalis	4 yıl	7 ay	Topikal kortikosteroid	Down Sendromu, hipotiroidi	100	100	%0	Hiperpigmentasyon, eritem
H-10	E	23	Alopesi universalis	5 ay	4 ay	Intralezyonel kortikosteroid, oral kortikosteroid	-	100	100	%0	Hiperpigmentasyon, eritem
H-11	E	33	Yama	8 ay	3 ay	Topikal kortikosteroid, intralezyonel kortikosteroid	-	16.1	1	%93.8	Eritem
H-12	K	4	Yama	14 ay	10 ay	Topikal kortikosteroid	-	24	0	%100	Kontakt dermatit
H-13	K	24	Yama	19 sene	8 ay	-	-	69.6	40	%42.5	-
H-14	E	30	Alopesi universalis	26 yıl	11 ay	-	-	100	70	%30	Hiperpigmentasyon, folikülit
H-15	K	34	Yama	3 ay	1 ay	Intralezyonel kortikosteroid	Ürtiker	12	0	100	hiperpigmentasyon

SB-02: SİKATRİSYEL VE NONSİKATRİSYEL ALOPESİ AYRIMINDA YAPAY ZEKA DESTEKLİ TRİKOSKOPİNİN TANISAL PERFORMANSI

Ahmet Sait Şahin¹,Abdurrahim Yılmaz²,Buğra Burç Dağtaş¹,Ozan Erdem¹,Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

²Division of Systems Medicine, Department of Metabolism, Digestion and Reproduction, Imperial College London, London, UK

GİRİŞ

Trikoskopi; foliküler ve perifoliküler yapıların eş zamanlı incelenmesine olanak tanıyan, invaziv olmayan ve saç hastalıklarının birinci basamak tanısında yaygın olarak kullanılan temel bir araçtır. ¹ Gecikmiş tanının geri dönüşümsüz saç kaybına ve kozmetik morbiditeye yol açabilmesi nedeniyle; sikatrisyel ve non-sikatrisyel alopesinin erken dönemde ayrımı klinik açıdan kritiktir. ² Ancak, trikoskopik bulguların yorumlanması sübjektif nitelik taşıyabilir ve **değerlendiren** klinisyenin deneyimine göre değişkenlik gösterebilir. Tanısal gecikmelere neden olabilen bu kısıtlılık, desen tanımadaki tutarlılığı artırma potansiyeli taşıyan yapay zeka tabanlı görüntü analiz yöntemlerini umut verici bir yardımcı araç olarak öne çıkarmıştır. ² Bu bağlamda çalışmamızda; sikatrisyel ve non-sikatrisyel alopesi ayrımında, kendi kendine denetimli (self-supervised) bir Vision Transformer modeli olan DINOv3'ün tanısal doğruluğu değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Veri seti, 134 hastadan elde edilen 1.000 farklı trikoskopik görüntüden oluşmaktaydı (sikatrisyel alopesili 73 hastadan 500 görüntü; non-sikatrisyel alopesili 61 hastadan 500 görüntü). Sikatrisyel alopesi olguları liken planopilaris, frontal fibrozan alopesi, diskoid lupus eritematozus, folikülitis dekalvans ve dissekan selülit içerirken; non-sikatrisyel alopesi olguları alopesi areata, androjenetik alopesi, telojen effluvium, traksiyonel alopesi ve trikotillomaniyi içermektedir. Referans tanımlar, tıbbi kayıtlardaki nihai tanımlardan elde edildi. Mümkün olan durumlarda histopatoloji referans alındı; histopatolojik verinin bulunmadığı olgularda ise tanımlar, dokümanede edilmiş klinik ve trikoskopik bulgulara dayandırılarak iki kıdemli dermatoloğun konsensüsüyle doğrulandı. Çalışma amacıyla ek biyopsi alınmamıştır. CLEAR Derm kılavuzları³ doğrultusunda veriler; hasta örtüşmesini önlemek amacıyla belirli bir hastaya ait tüm görüntülerin tek bir gruba atanması sağlanarak, hasta düzeyinde eğitim, validasyon ve bağımsız test setlerine ayrılmıştır. Model eğitimi sırasında, yalnızca eğitim setine veri artırma (rastgele döndürme, ölçeklendirme ve çevirme) işlemi uygulanarak etkin eğitim görüntüsü sayısı 2.101'e yükseltilmiştir; buna karşın validasyon ve test setleri

artırılmadan bırakılmıştır (validasyon: 99 görüntü; test: 200 görüntü). DINOv3 Vision Transformer, Roboflow platformunda sabit öğrenme oranı ile transfer öğrenimi kullanılarak eğitildi.

BULGULAR

DINOv3 modeli, bu test setinde %95,5 düzeyinde genel doğruluk (accuracy) oranına ulaştı. Sikatrisyel alopesiyi saptamadaki başarısını gösteren metrikler incelendiğinde; duyarlılık %97,0, kesinlik %96,0 ve F1-skoru %96,5 olarak kaydedildi. Modelin non-sikatrisyel olguları doğru sınıflandırmadaki performansı değerlendirildiğinde ise; duyarlılık %94,0, kesinlik %97,9 ve F1-skoru %95,9 olarak tespit edildi.

SONUÇ

Genel olarak bu sonuçlar; sikatrisyel alopesiyi non-skatrisyel alopesiden ayırt etmede kendi kendine denetimli bir ViT yaklaşımının potansiyel yararını desteklemekte ve karar destek bağlamında, erken dönem skatrisyel hastalığın gözden kaçırılma ihtimalini azaltmada duyarlılığın klinik önemini vurgulamaktadır. Eğitim sırasında dayanıklılığı artırmak amacıyla veri artırma kullanılmış olsa da; retrospektif tek merkezli tasarım ve biyopsi yapılmamış olgulardaki olası etiket gürültüsü, önemli kısıtlılıklar olarak kalmaktadır. Daha çeşitli popülasyonlarda ve deri fototiplerinde yapılacak ileri çok merkezli, prospektif validasyon çalışmaları gerekmektedir.

Kaynakça :

1. Olszewska M, Rudnicka L, Rakowska A, Kowalska-Oledzka E, Slowinska M. Trichoscopy. Arch Dermatol. 2008;144(8):1007. doi:10.1001/archderm.144.8.1007
2. Filbrandt R, Rufaut N, Jones L, Sinclair R. Primary cicatricial alopecia: diagnosis and treatment. CMAJ Can Med Assoc J. 2013;185(18):1579-1585. doi:10.1503/cmaj.111570
3. Daneshjou R, Barata C, Betz-Stablein B, et al. Checklist for Evaluation of Image-Based Artificial Intelligence Reports in Dermatology: CLEAR Derm Consensus Guidelines From the International Skin Imaging Collaboration Artificial Intelligence Working Group. JAMA Dermatol. 2022;158(1):90-96. doi:10.1001/jamadermatol.2021.4915

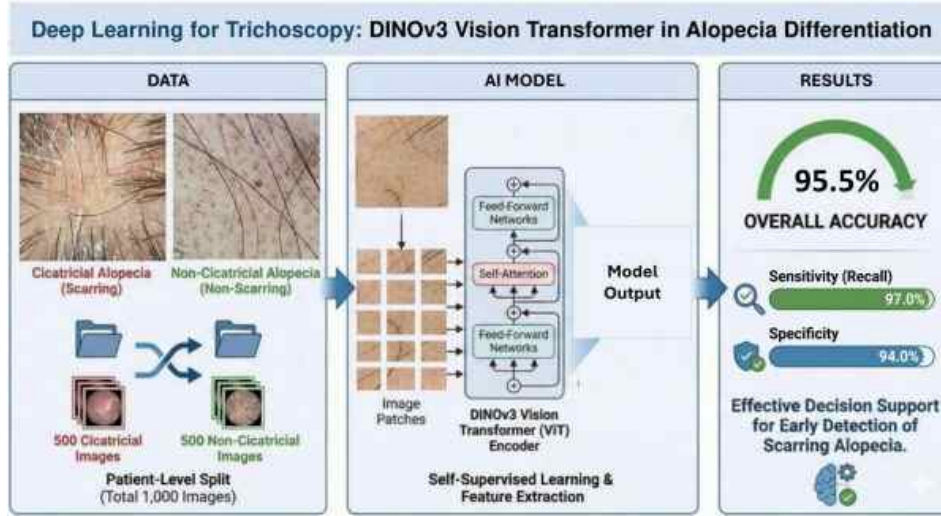
Anahtar Kelimeler : Trikoskopi, alopesi, yapay zeka

Resimler

Resim Açıklaması: Karışıklık Matrisi: Sikatrisyel ve nonsikatrisyel Ayırımı

		Tahmin		
		Sikatrisyel	nonsikatrisyel	Yalancı Negatif
Gerçek Değer	Sikatrisyel	97	2	1
	nonsikatrisyel	4	94	2
	Yalancı Pozitif	0	0	0

Resim Açıklaması: Derin öğrenme modelinin çalışma akışı ve performansı



Tablolar

Derin Öğrenme Modelinin Performansı

METRİK	DEĞER
Doğruluk	%95,5
Duyarlılık – skatrisyel alopesi	%97,0
Kesinlik – skatrisyel alopesi	%96,0
F1-skoru – skatrisyel alopesi	%96,5
Duyarlılık – nonsikatrisyel alopesi	%94,0
Kesinlik – non-sikatrisyel alopesi	%97.9
F1-skoru – non-sikatrisyel alopesi:	%95,9

SB-03: TRIKOSKOPIK BULGULAR IŞIĞINDA KAŞ DÖKÜLMESİ SEBEPLERİ

Güldehan Atış¹,Ayşenur Şam Sarı²,Esra Nur İpek¹

¹Ataşehir Memorial Hastanesi; Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş:

Kaşlar, yüz estetiğine ve sözel olmayan ifadeye önemli ölçüde katkıda bulunan, anatomik ve fonksiyonel olarak özelleşmiş kıl taşıyan yapılardır. Kaş kaybı belirgin kozmetik ve psikososyal sıkıntıya yol açabilir. Bu etkilerine rağmen, kaş kıl kaybı literatürde kapsamlı şekilde incelenmemiştir.

Kaş kıl kaybı heterojen klinik paternlerle ortaya çıkabilir ve bu durum tanı sürecini zorlaştırabilir. Non-invaziv, hızlı ve tekrarlanabilir bir tanı yöntemi olan trikoskopi, kaş kıl hastalıklarının değerlendirilmesinde giderek artan ilgi görmektedir. Kaş kaybına özgü trikoskopik bulguları sistematik olarak tanımlayan yayınlar sınırlıdır.

Amacımız kaş dökülmesine neden olan hastalıkları trikoskopik bulgular ışığında incelemek ve sık görülen trikoskopik bulguları tanımlamaktır.

Yöntem

Ocak 2023 ile Kasım 2025 tarihleri arasında kaş kıl kaybı nedeniyle başvuran hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Çalışma için etik kurul onayı alındı. (Etik kurul no:61351342/020-47) Hastaların tanıları, mevcut histopatolojik bulguları kaydedildi ve trikoskopik bulguları değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya 36 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 23'ü (% 63,8) kadın, 13'ü (%36,2) erkek idi. Hastaların 7'sinde (%19,4) izole kaş dökülmesi izlenirken, 29'unda (%80,6) diğer vücut bölgelerindeki tüylerde de kayıp izlendi. Hastaların tanıları incelendiğinde; 18 hastada (%51,4) alopesi areata (AA), 13 hastada (%35,1) frontal fibrozan alopesi (FFA), 3 hastada (%8,1) trikotillomani (TTM) ve 2 hastada (%5,4) liken pilanopilaris (LPP) tespit edildi. Hastaların 7'sinde (%19,4) izole kaş dökülmesi izlendi. İzole kaş dökülmesi olan hastaların 4'ünde (%57,1) tanı histopatolojik olarak doğrulanırken, diğer 29 vakanın 10'unda (%34,4) histopatolojik doğrulama yapılmış olup hepsinin biyopsi lokalizasyonu saçlı deridir. Biyopsi oranları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir.(P=0,33)

Hastaların trikoskopik bulgularına bakıldığında; en sık görülen beş trikoskopik bulgu sırayla; 32 hastada (%88,8) vellüs saçlar, 31 hastada (%86,1) yaygın boş foliküller, 27 hastada (%75) sarı noktalar, 18 hastada (%50) siyah noktalar ve 13 hastada (%35,1) farklı yöne doğru uzayan saçlar idi. Diğer trikoskopik bulgular tablo.1 'de özetlenmiştir.

Alopesi aretalı hastalarda en sık saptanan trikoskopik bulgular; vellüs saçlar (%93,5), sarı noktalar (%88), yaygın boş foliküller (%82,5) iken FFA'lı hastalarda yaygın boş foliküller (%92,4), vellüs saçlar (%92,4), sarı noktalar (%63,9) idi. LPP tanılı hastalarda en sık izlenen trikoskopik bulgular; sarı noktalar (%100), vellüs saçlar (%100), diffüz eritem (%100), ve TTM tanılı hastalarda en sık görülen trikoskopik bulgular; siyah noktalar (%100), kırık saçlar (%100), virgül saçlar (%100) idi. (Tablo.2)

Sonuç

Çalışmamızda; en sık kaş dökülmesine yol açan hastalığın AA olduğu gözlenmiştir. Vellüs tüyler, yaygın boş foliküller, sarı noktalar en sık karşımıza çıkan trikoskopik bulgular olarak yerini almıştır. Her ne kadar izole kaş dökülmesi olan grupla olmayan grup arasında biyopsi alınma oranları arasında anlamlı fark saptanmamış olsa da izole kaş dökülmesi olan grupta biyopsi alınma oranları daha yüksek bulunmuştur. Kaş dökülmesine neden olan hastalıkları tanımak, trikoskopik özelliklerini bilmek özellikle izole kaş dökülmesinin gözlendiği olgularda kaş gibi görünür bölgelerden biyopsi gereksinimi azaltacak, hızla tanı konulup tedavinin planlanmasına olanak sağlayacaktır.

Kaynakça :

1. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, et al. Trichoscopy: a new method for diagnosing hair loss. J Drugs Dermatol. 2008;7(7):651-654.
2. Atış G, et al. Isolated hair loss on the eyebrow: trichoscopic features. An Bras Dermatol. 2022;97(4):500-503.
3. Anzai A, Donati A, Valente NYS, Romiti R. Trichoscopy findings of eyebrow involvement in frontal fibrosing alopecia. J Am Acad Dermatol. 2020;83(5):e359-e360.
4. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, Rudnicka L. Trichoscopy in genetic and acquired hair shaft abnormalities. J Dermatol Case Rep. 2008;2(1):14-20.
5. Kelati A, et al. Assessment and validity of trichoscopy for eyebrow involvement. Dermatol Pract Concept. 2024;14(1):e2024012.
6. Ramos-Cavazos CJ, et al. Eyebrow trichoscopy findings in leprosy. Int J Dermatol. 2024;63(2):e123-e126.

Anahtar Kelimeler : Dermoskopi, Kaş, Kıl kaybı

Tablolar

Tablo 1: Hastalarda gözlenen trikoskopik bulgular

Trikoskopik Bulgu	Hasta Sayısı (%)
Vellüs saçlar	32 (88,8)
Yaygın boş foliküller	31 (86,1)
Sarı noktalar	27 (75)
Siyah noktalar	18 (50)
Farklı yöne doğru uzayan saçlar	13 (35,1)
Kırık saçlar	11 (29,7)

Ünlem saçlar	9 (24,3)
Diffüz eritem	9 (24,3)
Telenjiyektazi	9 (24,3)
Kırmızı noktalar	9 (24,3)
Anizotrikozis	9 (24,3)
Yukarı doğru uzayan saçlar	7 (19,8)
Virgül saçlar	6 (16,2)
Konik saçlar	6 (16,2)
Distrofik saçlar	5 (13,5)
Perifoliküler eritem	4 (10,8)
İğne ucu beyaz noktalar	3 (8,1)
Peripilar skuamlar	2 (5,4)
Foliküler tıkaç	2 (5,4)
Kirli noktalar	2 (5,4)
Peripilar beyaz halo	1 (2,7)
Kıvrımlı saç	1 (2,7)
V-bulgusu	1 (2,7)
Alev saç	1 (2,7)
Lale saç	1 (2,7)
Kanama odağı	1 (2,7)
Beyaz yama	1 (2,7)

Tablo 2: Kaş Dökülmesine En Sık Sebep Olan Hastalıklar ve Trikoskopik Bulguları

Hastalık	Trikoskopik Bulgular	Bulunma Yüzdesi (%)
Alopesi Areata	Vellüs saçlar	%93,5

	Sarı noktalar	%88
	Yaygın boş foliküller	%82,5
	Siyah noktalar	%71,5
	Ünlem saçlar	%49,5
	Kırık saçlar	%38,5
	Konik saçlar	%33
	Anizotrikozis	%33
	Yukarı doğru uzayan saçlar	%27,5
	Telenjiyektazi	%22
	Farklı yöne doğru uzayan saçlar	%16,5
	Virgül saçlar	%16,5
	Kırmızı noktalar	%11
	Distrofik saçlar	%11
	Kıvrımlı saç	%5,5
	İğne ucu beyaz noktalar	%5,5
	Diffüz eritem	%5,5
Frontal Fibrozan Alopesi	Vellüs saçlar	%92,4
	Yaygın boş foliküller	%92,4
	Sarı noktalar	%69,3
	Farklı yöne doğru uzayan saçlar	%61,6
	Diffüz eritem	%46,2
	Kırmızı noktalar	%46,2
	Telenjiyektazi	%30,8
	Perifoliküler eritem	%23,1
	Kirli noktalar	%15,4

	Siyah noktalar	%15,4
	İğne ucu beyaz noktalar	%15,4
	Distrofik saçlar	%15,4
	Peripilar skuamlar	%15,4
	Yukarı doğru uzayan saçlar	%7,7
	Anizotrikozis	%7,7
	Beyaz yama	%7,7
	Kırık saçlar	%7,7
	Peripilar beyaz halo	%7,7
Trikotillomani	Siyah noktalar	%100
	Kırık saçlar	%100
	Virgül saçlar	%100
	Yaygın boş foliküller	%66,66
	Hemorajik odak	%33,33
	Vellüs saçlar	%33,33
	Farklı yöne doğru uzayan saçlar	%33,33
	V-bulgusu	%33,33
	Alev saç	%33,33
	Lale saç	%33,33
	Yukarı doğru uzayan saçlar	%33,33
Liken Pilonopilaris	Sarı noktalar	%100
	Vellüs saçlar	%100
	Diffüz eritem	%100
	Yaygın boş foliküller	%100
	Foliküler tıkaç	%100

	Anizotrikozis	%100
	Distrofik saçlar	%50
	Farklı yöne doğru uzayan saçlar	%50
	Telenjiyektazi	%50
	Kırmızı noktalar	%50
	Perifoliküler eritem	%50

SB-04: TELOGEN EFFLUVİUM HASTALARINDA ALGILANAN STRES, DEPRESYON VE ANKSİYETE DURUMLARININ İNCELENMESİ: OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI

Yavuz Semiz¹

¹İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları

Giriş:

Telogen effluvium (TE), saç döngüsünün telogen fazına geçişinde artışla karakterize, yaygın ve genellikle geri dönüşlü bir saç dökülmesi tipidir. Stresin TE patogenezindeki rolü üzerinde durulsa da bu konuda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.¹⁻³Bu çalışmanın amacı, TE tanısı almış kadın hastalarda algılanan stres düzeylerini, depresyon ve anksiyete skorlarını sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak, TE ile psikolojik faktörler arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem:

Bu tek merkezli, prospektif, kesitsel, olgu kontrollü çalışmaya toplam 102 TE'li kadın, 92 sağlıklı kadın kontrol dahil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedilmiştir. TE etiyojisinde rol oynayabilecek sistemik nedenleri dışlamak amacıyla tüm hastalarda ferritin, vitamin B12, çinko düzeyleri ve tiroid fonksiyon testleri değerlendirilmiş, ilaç kullanım öyküsü sorgulanmıştır. Bu parametreleri normal sınırlarda olan ve ilaç ilişkili saç dökülmesi düşünülmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Stres algısını değerlendirmek için Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) kullanılmıştır. Ölçek 14 maddeden ve iki alt ölçekten oluşmaktadır: Algılanan Çaresizlik Alt Ölçeği (AÇÖ) ve Algılanan Öz-Yeterlik Alt Ölçeği (AÖYÖ).⁴ AÖYÖ pozitif ifadeler içerdiğinden, ölçeğin standart uygulamasına uygun olarak maddeler ters puanlanarak toplam ASÖ skoru hesaplanmıştır. Depresif semptomları değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği

(BDÖ), anksiyeteyi değerlendirmek için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır.^{5,6} Çoktan seçmeli sorulardan oluşan bu anketlerde katılımcılardan her maddeyi kendilerine uygun olacak şekilde puanlamaları istenmiştir.⁴⁻⁶ Elde edilen toplam puanlar, TE hastaları ve sağlıklı kontroller arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular:

TE hastaları ve kontroller arasında yaş açısından anlamlı farklılık izlenmedi ($p = 0.648$). ASÖ skorları TE grubunda kontrollere kıyasla anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla; 27.14 ± 8.67 vs. 23.0 ± 5.96 , $p < 0.001$). AÖYÖ ve AÇÖ skorları, TE grubunda kontrollere göre anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla; $p = 0.01$, $p < 0.001$). Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek skorları da TE hastalarında kontrollere kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla; $p = 0.009$, $p = 0.01$). Bu skorlar ile hastaların hastalık süresi, vücut kitle indeksleri veya alışkanlıkları arasında bir ilişki izlenmedi (hepsi için; $p > 0.05$).

Sonuç:

Bu çalışmada kadın TE hastalarında algılanan stres, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. TE grubunda ASÖ toplam skorlarının yanı sıra, hem AÇÖ hem de AÖYÖ alt ölçek skorlarının daha yüksek bulunması, bu hastalarda stresin yalnızca genel bir stres algısı şeklinde değil, aynı zamanda farklı psikolojik boyutları içeren daha karmaşık bir yapı içinde deneyimlendiğini düşündürmektedir. Çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle stres ile TE arasındaki nedensel ilişki ortaya konulamamaktadır. Katılımcılara psikiyatrik değerlendirme yapılmamış olması, değerlendirmelerin yalnızca öz-bildirim ölçekleri ile yapılmış olması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Psikolojik stresin, telogen faza geçişi tetikleyebilecek nöroendokrin değişiklikler aracılığıyla saç döngüsünü etkileyebileceği bilinmektedir. Tam tersi saç dökülmesinin kişilerde stresi arttırabileceği de bilinmektedir. Bu ilişkilerin anlaşılması için ek çalışmalara ihtiyaç vardır. TE yönetiminde psikolojik değerlendirme ve stres yönetimi yaklaşımları klinik seyri olumlu etkileyebilir.

Kaynakça :

1. Karakoyun Ö, Ayhan E, Yıldız İ. Retrospective Review of 2851 Female Patients With Telogen Effluvium: A Single-Center Experience. J Cosmet Dermatol. 2025;24(2):e70037.
2. Chien Yin GO, Siong-See JL, Wang ECE. Telogen Effluvium - a review of the science and current obstacles. J Dermatol Sci. 2021;101(3):156-163.
3. Forneris Crego AL, Therianou A, Hashemi P, Higgins CA. A catena between psychiatric disorders and non-scarring alopecias-A systematic review. Skin Health Dis. 2022;3(3):e194.
4. Eskin M, Harlak H, Demirkiran F, Derebboy C. The adaptation of the Perceived Stress Scale into Turkish: a reliability and validity analysis. New Symposium: A Journal of Psychiatry, Neurology and Behavioral Sciences 2013; 51: 132-140

5. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989;7:1
6. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. J Cogn Psychotherapy 1998;12:163-172.

Anahtar Kelimeler : Algılanan stres, anksiyete, depresyon, telogen effluvium

SB-05: MORFEA TANILI HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslı Cemşitoğlu¹, İbrahim Akçay¹, Nilay Duman¹, İdil Ünal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Morfea(lokalize skleroderma), deri ve deri altı dokuların fibrozisi ile karakterize, klinik görünümü ve hastalık seyri oldukça heterojen olan inflamatuvar bir bağ dokusu hastalığıdır(1,2). Demografik özellikler, klinik alt tipler ve eşlik eden klinik bulgular hastalığın seyri ve prognozu açısından önem taşımaktadır. Morfea hastalarında antinükleer antikor (ANA) pozitifliği ve otoimmün bulguların eşlik edebileceği literatürde bildirilmiştir(3).

Tüm dünyada morfea ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmış olmasına rağmen, ülkemizde erişkin hastaların değerlendirildiği geniş kapsamlı çalışmalar sınırlıdır(4,5). Bu çalışmada, üçüncü basamak hastane olan kliniğimizde morfea ile izlenen hastaların demografik özellikleri, laboratuvar bulguları ve klinik seyirlerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi, elde edilen bulguların literatür verileri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2010–Haziran 2025 tarihleri arasında kliniğimizde morfea tanısı ile izlenen 84 hastanın dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi. Klinik ve demografik verilerine ulaşılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler; yaş, cinsiyet, hastalık süresi ile klinik alt tipler, lezyon lokalizasyonları, eşlik eden klinik bulgular ve laboratuvar parametreleri kaydedildi. ANA pozitifliği, titre ve patern dağılımı değerlendirildi. Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistikler ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen toplam 84 olgunun çoğunluğu kadın hastalardan oluşmakta olup %86,9 kadın, %13,1 erkek olarak saptandı. Ortalama yaş 53,7±18,5 yıl olarak saptandı. Olguların %22'sinde otoimmün hastalık varlığı mevcuttu. En sık birden fazla anatomik bölge tutulumu %38,1 olarak izlendi; bunu gövde (%35,7), ekstremiteler (%16,7) ve baş-boyun (%9,5) izledi. Klinik alt tipler sırasıyla plak %50, jeneralize %33,3, lineer %11,9, pansklerotik %3,6 ve miks %1,2 olarak izlendi. Olguların %95,2'sinde ek

semptom saptanmadı. Eklem tutulumu, kontraktür, nörolojik tutulum ve yutma güçlüğünden her biri %1,19 oranında gözlemlendi.

ANA verisi olan olguların %50,65'i negatif, %49,35'i pozitif bulundu. Titre dağılımı incelendiğinde pozitiflik en sık 1/80 titrede %22,22 olarak saptandı. ANA paternlerinden, en sık sitoplazmik patern %21,98 oranında gözlemlendi. ANA profil pozitiflikleri incelendiğinde pozitif olgular arasında en sık anti-SSA %8,24 ve anti-histon antikoru %5,88 oranında saptandı.

Laboratuvar parametreleri değerlendirildiğinde eritrosit sedimentasyon hızı olguların %88,24'ünde normal sınırlarda bulundu. Romatoid faktör düzeyleri %90,91 oranında normal saptandı. İmmünoglobulin düzeylerinin her biri olguların %92,86'sında normal sınırlarda izlendi. Eozinofil sayısı %92 oranında normal bulundu. Tiroid fonksiyon testleri (TSH) olguların %94,34'ünde normal saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda morfea hastalarının büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmakta olup en sık klinik alt tip plak tip morfea olarak saptandı; bunu sırasıyla jeneralize ve lineer tipler izledi. Lezyon lokalizasyonu açısından en sık birden fazla anatomik bölge tutulumu izlendi. Hastaların yaklaşık yarısında ANA pozitifliği mevcut olup, patern dağılımında sitoplazmik patern en sık izlendi. Bulgularımız, morfeada klinik alt tip, tutulum paterni ve otoimmün serolojinin birlikte değerlendirilmesinin hastalık takibi ve izleminde önemli olduğunu göstermektedir. Ülkemizden elde edilen bu verilerin, morfea hastalarının klinik spektrumunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynakça :

1. Abdusalamova K, Kinberger M, Globig P, Worm M. Clinical features and treatment of morphea patients: a retrospective analysis. Eur J Dermatol. 2025 Aug 1;35(4):294-299. doi: 10.1684/ejd.2025.4934. PMID: 40965526.
2. Fett N, Werth VP. Update on morphea: part I. Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. Journal of the American Academy of Dermatology. 2011;64(2):217-228.
3. Knobler R, Moinzadeh P, Hunzelmann N, et al. European Dermatology Forum S1-guideline on the diagnosis and treatment of sclerosing diseases of the skin, part 2: localized scleroderma, scleredema and scleromyxedema. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2017;31(9):1401-1424.
4. Leitenberger JJ, Cayce RL, Haley RW, Adams-Huet B, Bergstresser PR, Jacobe HT. Distinct autoimmune syndromes in morphea: a review of 245 adult and pediatric cases. British Journal of Dermatology. 2009;160(3):545-552.
5. Parlak, Nehir, et al. "Morfealı hastalarda klinik özellikler, laboratuvar bulguları, seçilen tedavi yöntemi ve takip sonuçları." (2013): 209-213.

Anahtar Kelimeler : lokalize skleroderma, morfea, otoantikor, antinükleer antikor

SB-06: GRANULOMA ANNULARE: HİSTOPATOLOJİK TİPLERE GÖRE KLİNİK GÖRÜNÜMLER

Abdullah Ülkü¹, Ozan Erdem¹, Vefa Aslı Erdemir¹, Melek Aslan Kayıran¹, Sümeyye Altıntaş Nakşi¹, Bengü Çobanoğlu Şimşek², Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Granuloma annulare (GA) ilk kez 1895 yılında Calcott Fox tarafından tanımlanmıştır. Daha çok 30-50'li yaşlarda görülür. Anüler, plak, generalize, subkutan gibi alt tipleri mevcuttur (1). Lezyonlar eritemli, lividi, deri renginde görülebilir. Lezyon yerleşimi daha çok ekstremitelerdedir. Etiyoloji bilinmemektedir. Travma, böcek ısırığı, aşılar, viral enfeksiyonlar tetikleyebilir. (2)(4). Patolojide nekrobiyotik ve interstisyel olarak 2 farklı paternde görülebilir. (3) Nekrobiyotik formda palizadlaşan granülomlar, nekrobiyotik dev hücreler, bol miktarda mün görölür. İntertisyel formda nekrobiyozis daha az sıklıkta görölürken, kollajen fiberleri arasında histiosit infiltrasyonu ve mün birikimi görölür. Granüloma annulere de en sık görölün histopatolojik tip interstisyel paterndir. (3)

Amaç: Klinik ve histopatolojik olarak farklı alt tiplere sahip olmasına rağmen literatürde GA hastalığının klinik ve histopatolojik prezentasyonları arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışma sayısı yetersizdir (5). Bu çalışmada GA hastalığının histopatolojik tipleri ile klinik görölünümleri arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Kliniğimize 2013-2023 yılları arasında başvuran, klinik ve histopatolojik olarak GA tanısı almış hastaların bilgileri etik kurul izni alındıktan sonra hastane kayıtlarından geriye dönük olarak tarandı. Klinik olarak anüler ve plak elementer lezyonlara sahip olan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaşı, lezyon başlangıcından beri geçen süre, histopatolojik tip, tutulum şiddeti kayıt altına alınmıştır. Tutulum şiddeti lokalize/generalize olarak ikiye ayrılmıştır. Lezyon yerleşimi kafa/boyun, gövde, üst ekstremit ve alt ekstremit olarak 4 farklı alana ayrılarak kaydedilmiştir. Eğer birden fazla alanda tutulum varsa generalize tutulum olarak değerlendirilmiştir. Lezyonların klinik özellikleri biyopsi sırasında çekilen, hasta dosyasında mevcut olan fotoğraflar üzerinden değerlendirilmiştir. Çalışma retrospektif kesitsel çalışma olarak yapılmıştır.

Sonuç: Çalışmaya 122 hasta alınmıştır. Hastaların cinsiyet, yaş, lezyon süresi bilgileri tablo 1'de özetlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların lezyon morfolojisi, yerleşim ve yaygınlık bilgileri tablo 2'de özetlenmiştir. Hastaların demografik özelliklerin göre histopatolojik alt tiplere göre değerlendirmesinde cinsiyet ve lezyon süresi ile histopatolojik tipler arasında bir bağlantı saptanmadı. Yaş özelliklerine bakıldığında interstisyel tip GA hastaların yaş ortalaması $44,74 \pm 3,25$, nekrobiyotik tip GA hastaların

yaş ortalaması $51,52 \pm 2,27$ olarak saptandı. Yapılan **p değeri 0,045** olarak saptandı. Hastaların klinik özelliklerin histopatolojik alt tiplere göre değerlendirilmesinde 43 intertisyel tip GA hastasının 27(%62,8)'si anüler, 16(%37,2)'si plak morfolojisindeydi. 79 nekrobiyotik GA hastasının 69 (%87,3)' u anüler, 10(%12,7)' u plak morfolojisindeydi. **p değeri: 0,002** olarak saptandı. Hastalarda lezyonların yaygınlığı ile histopatolojik tipler arasında bağlantı saptanmadı.

Tartışma - Sonuç: GA klinik ve histopatolojik olarak heterojen bir hastalıktır. **Yapılan retrospektif taramada intertisyel tip GA daha genç yaşlarda, nekrobiyotik tip GA daha ileri yaşlarda ortaya çıktığı saptanmıştır. Anüler lezyonların daha çok nekrobiyotik, plak lezyonların daha çok interstisyel tip karşımıza çıkacağı görülmüştür.** Çalışmamız dermografik ve klinik özelliklerin histopatolojik alt tiplerle bağlantısı olabileceği için sunulmuştur.

Kaynakça :

1. Thornsberry LA, English JC 3rd. Etiology, diagnosis, and therapeutic management of granuloma annulare: an update. Am J Clin Dermatol. 2013 Aug;14(4):279-90. doi: 10.1007/s40257-013-0029-5. PMID: 23696233.
2. Muhlbauer JE. Granuloma annulare. J Am Acad Dermatol. 1980 Sep;3(3):217-30. doi: 10.1016/s0190-9622(80)80181-2. PMID: 7005273.
3. Umbert P, Winkelmann RK. Histologic, ultrastructural and histochemical studies of granuloma annulare. Arch Dermatol. 1977 Dec;113(12):1681-6. PMID: 596898.
4. Mills A, Chetty R. Auricular granuloma annulare. A consequence of trauma? Am J Dermatopathol. 1992;14:431-433.
5. Dabski K, Winkelmann RK. Generalized granuloma annulare: histopathology and immunopathology. Systematic review of 100 cases and comparison with localized granuloma annulare. J Am Acad Dermatol. 1989;20(1):28-39.

Anahtar Kelimeler : Granuloma annulare, Histopatoloji, İnterstisyel, Nekrobiyotik, Klinik özellikler

Resimler

Resim Açıklaması: Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik, klinik ve histopatolojik özellikleri.

Özellikler		Tüm GA Hastaları (n=122)
Cinsiyet, n (%)	Kadın	96 (78,7)
	Erkek	26 (21,3)
Yaş, yıl	Ortalama $\pm$ SD	49,3 $\pm$ 1,9
	Ortanca	56
	Min.-maks.	2-80
Lezyon süresi, ay*	Ortalama $\pm$ SD	15,3 $\pm$ 1,5
	Ortanca	12
	Min.-maks.	1-60
Elementer lezyon, n (%)	Anüler-arkiform	96 (78,7)
	Yama-plak	26 (21,3)
Yerleşim**, n (%)	Baş-boyun	13 (10,7)
	Gövde	27 (22,1)
	Üst ekstremité	75 (61,5)
	Alt ekstremité	57 (46,7)
Yaygınlık, n (%)	Lokelize	96 (78,7)
	Jeneralize	26 (21,3)
Histopatolojik tip, n (%)	İntertisyel	43 (35,2)
	Nekrobiyotik	79 (64,8)

* Lezyon süresi belirtilmeyen 27 hasta mevcuttur. Analiz 96 üzerinden yapılmıştır.

** Bir hastada birden çok bölge tutulumu olabileceği için toplam %100'ü geçmektedir.

GA: granuloma annulare.

Resim Açıklaması: Tablo 2. Demografik ve klinik özelliklerin histopatolojik alt tiplere göre değerlendirilmesi.

Özellikler		İntertisyel tip GA (n=43)	Nekrobiyotik tip GA (n=79)	P değeri
Cinsiyet, n (%)	Kadın	34 (79,1)	62 (78,5)	0,940
	Erkek	9 (20,9)	17 (21,5)	
Yaş, yıl	Ort. $\pm$ SD	44,7 $\pm$ 3,3	51,5 $\pm$ 2,3	0,045
	Ortanca	52	58	
	Min.-maks.	2-72	2-80	
Lezyon süresi, ay*	Ort. $\pm$ SD	14,9 $\pm$ 2,7	15,4 $\pm$ 1,9	0,971
	Ortanca	12	11	
	Min.-maks.	1-60	1-60	
Elementer lezyon, n (%)	Anüler-arkiform	27 (62,8)	69 (87,3)	0,002
	Yama-plak	16 (37,2)	10 (12,7)	
Yaygınlık, n (%)	Lokelize	35 (81,4)	61 (77,2)	0,590
	Jeneralize	8 (18,6)	18 (22,8)	

* Lezyon süresi belirtilmeyen 27 hasta mevcuttur. Analiz 96 üzerinden yapılmıştır.

SB-07: DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULAR: TANI KONMADA GECİKME YAŞANIYOR MU?

Utku Efe Kildokum¹, Selin Tambora¹, Filiz Cebeci Kahraman¹, Begüm Işık Özak¹, Gülname Fındık Güvendi¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Diskoid lupus eritematozus (DLE), kronik kutanöz lupus eritematozusun en sık görülen alt tipi olup sıklıkla yüz ve skalpi tutan, skatrisyel alopesiye yol açabilen, eritemli plaklar ile karakterize kronik seyirli bir dermatozdur (1-3). Histopatolojik olarak vakuoler dejenerasyon, bazal membran değişiklikleri ve lenfositik infiltrasyon tipik bulgular arasında yer almakta olup, hastalığın ilerleyen dönemlerinde foliküler yapıların azalması ve fibrotik değişiklikler, epidermal ve dermal hasara bağlı olarak atrofi, pigmentasyon değişiklikleri ve yüzeysel damar belirginliği gelişebilmektedir (2,4). Bu nedenle atrofi ve kalıcı hasar oluşmadan hastalarda erken dönemde tanı koymak ve tedavi, kozmetik açısından kabul gören sonuçlar sağlayacaktır.

YÖNTEM: 2024 -2026 tarihleri arasında kliniğimizde takip edilen ve DLE tanısı histopatolojik olarak doğrulanmış 15 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve histopatolojik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: 15 hastanın 9'u kadın (%60,0) ve 6'sı erkek (%40,0) idi. Yaş ortalaması 48,5'di (erkeklerde 42,5 yıl, kadınlarda 52,4). Ortalama tanı yaşı 45,9'du. Hastaların şikayeti ile tanısının histopatolojik olarak doğrulanana kadar geçen süre 39 ay'dı. Sadece 1 hastada (%6,7) Sistemik lupus eritematozus (SLE) mevcuttu. Diğer eşlik eden kronik hastalıklar sırasıyla en sık hipertansiyon (%53,3), tip 2 diabetes mellitus (%20,0) ve otoimmün tiroid hastalıkları (%13,3) görüldü. Risk faktörleri açısından incelendiğinde hastaların %46,7'sinde ultraviyole ışık maruziyeti ve %40'ında sigara kullanımı mevcuttu. Anti-nükleer antikor (ANA) testi bakılan 12 hastanın 4'ünde pozitif. Anti-dsDNA testi bakılan 11 hastanın 2'sinde pozitif olarak izlendi.

Hastaların baş-boyun bölgesindeki farklı alanlarda birden fazla DLE lezyonu mevcuttu ve en sık lokalizasyonlar sırasıyla yüz %85,7, skalp %60, boyun ve gövde tutulumu %6,7 idi. SLE olan hastada DLE lezyonu skalpte vertex bölgesinde izlendi. Lezyonların histopatolojik değerlendirmesinde; en sık görülen bulgular sırasıyla dermal mükün birikimi (%93,3), perivasküler lenfositik infiltrat (%80), peridneksiyal lenfositik infiltrat (%80) ve bazal tabakada vakuoler dejenerasyon (%80) olarak izlendi. Hastaların yarısından fazlasında ise DLE'nin geç dönem histopatolojik bulgularından dermal fibrozis (%53,3) ve epidermal atrofi (%53,3) saptandı.

TARTIŞMA: Hastaların şikayetlerinin başlangıcı ile histopatolojik olarak tanı doğrulama yaşı arasında 3 yıldan fazla bir zaman gözlenmesi bu hastaların tanısında gecikme yaşandığını düşündürmüştür.

Hastalarımızın yarısından fazlasında dermal fibrozis ve epidermal atrofi gibi DLE'nin geç dönem bulgularına rastlanması da tanı da gecikmenin bulguları olarak değerlendirilebilir. Muhtemelen lezyonların yüzde rastlanması nedeniyle hastalar kozmetik kaygılar yaşadığından, biyopsi endikasyonları da ötelenebilmekte; histopatolojik tanı eksikliği, düzensiz takip ve yetersiz tedavi ile bu hastalarda sıklıkla erken dönemlerde, atrofi gibi kalıcı hasarlar oluşmaktadır. Sonuç olarak, klinisyenler DLE'den şüphelendiğinde erken histopatolojik doğrulama ve erken tanı ile hastalarını düzenli takip sürecine dahil etmelidirler. Erken tanı kalıcı skar ve alopesi gelişimini önlemede kritik öneme sahiptir.

Kaynakça :

Kaynaklar

1. Fathy H, Ghanim BM, Refat S, Awad A. Dermoscopic criteria of discoid lupus erythematosus: An observational cross-sectional study of 28 patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2022;88(3):360–366. doi:10.25259/IJDVL_207_19.
2. Żychowska M, Reich A. Chronic cutaneous lupus erythematosus in a white population: Dermoscopic characteristics by clinical subtype, lesion location and disease duration. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2022;12:2117–2133. doi:10.1007/s13555-022-00786-y.
3. Merola JF, Prystowsky SD, Iversen C, Gomez-Puerta JA, Norton T, Tsao P, et al. Association of discoid lupus with other clinical manifestations among patients with systemic lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(1):19–24. doi:10.1016/j.jaad.2013.02.010.
4. Ehsani A, Movahedi S, Ehsani A, Nourmohammadpour P, Kamyab K, Koohian M, et al. Discoid lupus erythematosus: demographic profiles and histopathological features. *Iran J Dermatol.* 2025;28:104–109. doi:10.22034/ijd.2024.480017.1912.

Anahtar Kelimeler : Histopatoloji, diskoid lupus eritematozus, skatrisyel alopesi

Resimler

Resim Açıklaması: Dermatolojik muayenede sağ göz kapağı üzerinde eritemli zeminde perifoliküler skuamların izlendiği diskoid lupus eritematozus lezyonu.



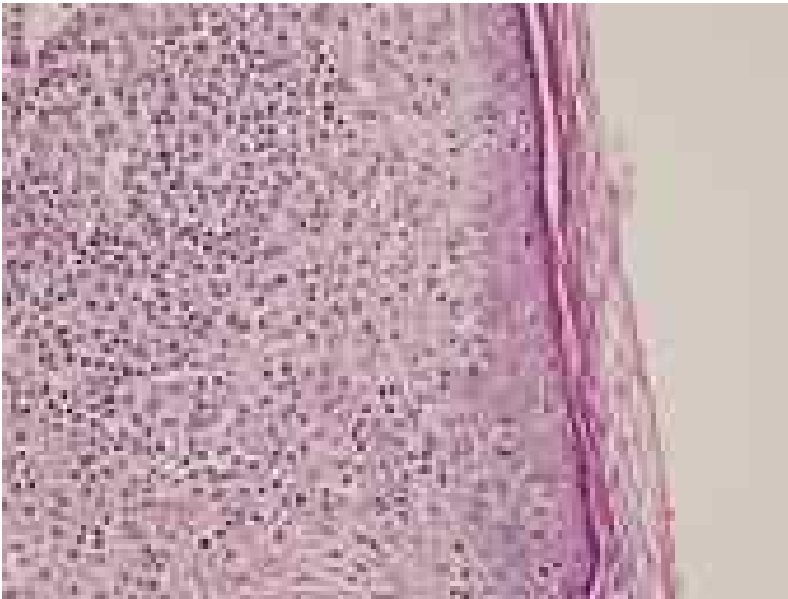
Resim Açıklaması: Dermatolojik muayenede sol pariyetal skalpta eritemli zeminde perifoliküler hiperkeratozun ve boş foliküllerin görüldüğü yamasal diskoid lupus eritematozus lezyonu



Resim Açıklaması: Dermiste kıl folikülleri ve çevresinde perifoliküler infiltrat



Resim Açıklaması: Epidermiste atrofi ve bazal tabakada vakuoler dejenerasyon



Tablolar

TABLO 1. Diskoid Lupus Eritematozus Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri (n=15)

Sosyodemografik Veriler	n	(%)
Kadın	9	%60,0
Erkek	6	%40,0
Ortalama yaş	48,5	
Ortalama tanı yaşı	45,9	
Ortalama hastalık süresi	39 ay	

TABLO 2. Diskoid Lupus Eritematozus Hastalarında Histopatolojik Bulgular (n=15)

Histopatolojik Bulgular	n	(%)
Perivasküler lenfositik infiltrat	12	%80,0
Periadneksiyal lenfositik infiltrat	12	%80,0
Bazal vakuoler dejenerasyon	12	%80,0
Dermal mûsin birikimi	14	%93,3
Foliküler hiperkeratozis	9	%60,0
Epidermal atrofi	8	%53,3
Dermal fibrozis	8	%53,3
Bazal membran kalınlaşması	7	%46,7
Adneksiyal yapıların kaybı	4	%26,7
Rete uzantılarının kaybı	4	%26,7
Pigment inkontinansı	2	%13,3
Telenjiektazi	2	%13,3
Parakeratoz	1	%6,7
Epidermal hiperplazi	3	%20,0

TABLO 3. Diskoid Lupus Eritematozus Hastalarında Lezyonların Lokalizasyonu (n=15)

Lokalizasyon	n	(%)
Yüz-Alın	3	%20,0
Yüz-Periorbital	3	%20,0
Yüz-Yanak	3	%20,0
Yüz-Burun dorsumu	1	%6,7
Yüz-Kulak	2	%13,3
Yüz-Dudak	1	%6,7
Skalp-Frontal	2	%13,3
Skalp-Verteks	7	%46,7
Skalp-Temporal	1	%6,7
Skalp-Oksipital	2	%13,3
Boyun	1	%6,7
Gövde	1	%6,7

SB-09: KRONİK ÜRTİKERDE TEDAVİ YANITINI ÖNGÖREBİLİR MİYİZ? MAKİNE ÖĞRENMESİ TABANLI BİR ANALİZ

Şahika Sena ŞENER YILDIZ¹, Rukiye YASAK GÜNER¹, Mustafa TEMİZ²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Sivas

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yönetim Bilişim Sistemleri Bölümü, Sivas

GİRİŞ: Kronik ürtiker, tekrarlayıcı kaşıntılı plaklar ve/veya anjiyoödem ile karakterize, hastanın yaşam kalitesini etkileyen inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde kullanılan Urticaria Activity Score (UAS), hastalığın kontrol durumunu belirlemede önemli bir ölçüttür. UAS skorunun 6 ve üzerinde olması hastalığın kontrol altında olmadığını göstermekte olup, tedavi düzenlenmesinde yol göstericidir.

Son yıllarda makine öğrenmesi yöntemleri, klinik verilerden anlamlı örüntülerin

çıkarılması ve tahmin modellerinin geliştirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Hemogram ve biyokimya parametreleri gibi kolay erişilebilir laboratuvar verilerinin prediktif modellemede kullanılması, klinik

karar destek sistemleri açısından önemlidir. Kronik ürtiker hastalarında bu parametrelerin ileri dönem hastalık aktivitesi ile ilişkisini makine öğrenmesi yöntemleri ile incelendiği çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, omalizumab tedavisi alan kronik ürtiker hastalarında laboratuvar bulguları ve UAS değerleri kullanılarak makine öğrenmesi yöntemleri ile tedaviye yanıtın öngörülmesidir.

YÖNTEM: Bu araştırmada hemogram ve biyokimya parametreleri kullanılarak makine öğrenmesi yöntemleri ile 1., 3. ve 9. ay UAS skorlarının tahmini ve demografik analizleri gerçekleştirilmiştir. Sınıflandırma etiketi olarak UAS skoru 6 alınmış, 6'nın altındaki değerler kontrol altında, 6'dan büyük değerler kontrol altında değil olarak etiketlenmiştir. 18 farklı veri ve toplam 56 örnek bulunmaktadır. Veri ön işleme adımı eksik değerler MICE missing value doldurma yöntemi ile tamamlanmıştır. 1. ay verileri ile 3. aydaki UAS durumu tahmin edildi; 1+3 aydaki değerler kullanılarak 9. aydaki UAS durumu (UC-NUC) tahmin edilmiştir. Sınıflandırma algoritması olarak altı farklı sınıflandırma algoritması uygulanmıştır (XGBoost, KNN, SVM, Logistic Regression, TabPFN, TabNet). 5 katlı çapraz doğrulama yapılmıştır.

BULGU: Makine öğrenmesi performans değerleri incelendiğinde 3. ay için en iyi sonuç SVM algoritması ile 0.51 AUC olarak elde edilmiştir. 9. ay için en iyi sonuç Logistic Regression sınıflandırma algoritması ile 0.71 AUC olarak bulunmuştur. Demografik analizlerde genç nüfusun UAS skorunda oynamalar görülmekte iken orta yaş ve üzeri grubun değişimleri nispeten seyir göstermemektedir.

TARTIŞMA: Bu çalışmada hemogram ve biyokimya parametreleri ile kronik ürtiker hastalarında ileri dönem UAS kontrol durumunun makine öğrenmesi yöntemleri ile tahmin edilmesi amaçlanmıştır. Üçüncü ay tahmininde SVM algoritması ile elde edilen 0.51 AUC değeri, model performansının rastgele sınıflandırmaya yakın olduğunu göstermektedir. Bu durum, düşük örneklem sayısı ve değişken fazlalığı ile ilişkili olabilir. Dokuzuncu ay tahmininde ise Logistic Regression algoritması ile 0.71 AUC elde edilmiştir. Bu sonuç, erken dönem verilerin birlikte değerlendirilmesinin ileri dönem hastalık kontrolünü öngörmede daha anlamlı olduğunu düşündürmektedir. Küçük örneklemli veri setlerinde daha basit ve doğrusal modellerin daha stabil sonuç verebildiği görülmektedir. Demografik analizlerde genç yaş grubunda UAS skor değişimlerinin daha belirgin olduğu, orta yaş ve üzeri grupta ise hastalık seyrinin daha stabil olduğu gözlenmiştir. Ancak örneklem sayısının sınırlı olması nedeniyle bulgular dikkatle yorumlanmalıdır. Sonuç olarak rutin laboratuvar parametreleri ile tedavi yanıtının öngörülmesi mümkün görünmekle birlikte, daha geniş ve çok merkezli çalışmalar ile modellerin doğrulanması gerekmektedir.

Kaynakça :

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. 2018;73(7):1393–1414.
2. Maurer M, Rosén K, Hsieh HJ, Saini S, Grattan C, Giménez-Arnau A, et al. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. N Engl J Med. 2013;368(10):924–935.
3. Weller K, Groffik A, Church MK, Hawro T, Krause K, Metz M, et al. Development and validation of the Urticaria Activity Score. Allergy. 2014;69(7):872–878.
4. Beam AL, Kohane IS. Big data and machine learning in health care. JAMA. 2018;319(13):1317–1318.

Anahtar Kelimeler : Kronik Ürtiker, Omalizumab, Ürtiker Aktivite Skoru (UAS), Makine Öğrenmesi, Tedavi Yanıtı

SB-11: COVID-19 PANDEMİSİ SONRASI TEK MERKEZ KAPOSİ SARKOMU DENEYİMİ

ömer faruk MARANGOZ¹, Harbiye Dilek CANAT¹, Narin KARAGÖZ¹, Begüm ÇALIM GÜRBÜZ¹

¹Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Deri Ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Kaposi sarkomu (KS), human herpesvirüs-8 (HHV-8) enfeksiyonu ile ilişkili vasküler bir neoplazmdır. Çoğunlukla deri ile sınırlı seyretmekle birlikte, özellikle immünsüpresif hastalarda mukozal ve viseral tutulum gösterebilir. Türkiye’den bildirilen geniş vaka serileri büyük ölçüde pandemi öncesi döneme aittir. Bu çalışmada, Covid-19 pandemisi sonrası dönemde merkezimizde tanı alan KS hastalarının demografik özellikleri, klinik tutulum paternleri, tedavi yaklaşımları ve mortalite oranlarının değerlendirilmesi ve literatür verileriyle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Üçüncü basamak hastanemizde Mayıs 2020 – Mayıs 2024 tarihleri arasında histopatolojik olarak Kaposi sarkomu tanısı almış 68 hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, tutulum bölgeleri, eşlik eden immünsüpresif durumlar, uygulanan tedaviler ve mortalite kayıtları değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 68 hastanın 52'si erkek (%76), 16'sı kadındı (%24). Ortalama yaş 59 (3–94) olarak saptandı.

En sık tutulum bölgesi alt ekstremiteydi.

60 hastada yalnızca deri tutulumu (%88),

4 hastada yalnızca mukozal tutulum (%6),

4 hastada ise hem deri hem mukozal tutulum (%6) mevcuttu.

Hastaların:

- 24'ü HIV pozitif (%35)
- 9'unda malignite öyküsü (%13)
- 3'ünde renal transplant öyküsü (%4) vardı.

Tedavi dağılımı:

- 15 hasta kemoterapi (%22)
- 10 hasta radyoterapi (%14)
- 10 hasta kemoterapi + radyoterapi (%14)
- 1 hasta lokal eksizyon (%1)
- 5 hasta kriyoterapi (%7)
- 3 hasta yalnızca antiretroviral tedavi ile izlem (%4)

15 hastanın (%22) takip sürecinde vefat ettiği saptandı. Vefat eden hastaların 4'ü HIV pozitif, 2'si renal transplantlıydı.

SONUÇ

Pandemi sonrası dönemde merkezimizde KS tanı sıklığı yıllık ortalama 17 hasta olarak saptanmış olup, bu oran pandemi öncesi Türkiye serilerine kıyasla yüksektir. Erkek predominansı ve alt ekstremitte yerleşimi literatürle uyumludur. Ancak HIV pozitif KS oranı (%35) önceki serilerden belirgin şekilde yüksektir.

Pandemi döneminde immünolojik değişiklikler ve HIV tanı oranlarındaki artışın bu farklılıkta rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bulgularımız, pandemi sonrası dönemde KS profilinde dikkat çekici değişiklikler olabileceğini göstermektedir.

Kaynakça :

1-Cesarman E, Damania B, Krown SE, Martin J, Bower M, Whitby D. Kaposi sarcoma. Nat

Rev Dis Primers. 2019 Jan 31;5(1):9. doi: 10.1038/s41572-019-0060-9. PMID: 30705286; PMCID: PMC6685213.

2-Flore O. Kaposi's sarcoma. Lancet. 2004 Aug 28-Sep 3;364(9436):740-1. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16952-3. PMID: 15337387.

Anahtar Kelimeler : Kaposi sarkomu,HIV enfeksiyonu

SB-12: PİYOJENİK GRANÜLOMLARDA KLİNİKOPATOLOJİK VE DERMOSKOPIK ÖZELLİKLERİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Hümeysra Özger Abdullahoğlu¹,Vefa Aslı Erdemir¹,Melek Aslan Kayıran¹,Sümeyye Altıntaş Kakışi¹,Ozan Erdem¹,Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç:

Piyojenik granülom (PG), deri ve mukozalarda görülen, hızlı büyüyen ve kolay kanayan benign vasküler bir tümördür. Klinik olarak tanınabilmekle birlikte bazı malign lezyonlarla karışabilmesi nedeniyle dermoskopi tanısal değerlendirmede önemli bir yardımcı yöntemdir. Ancak dermoskopik bulgulara ilişkin çalışmalar sınırlıdır.

Bu çalışmanın amacı, histopatolojik olarak doğrulanmış PG olgularında klinik özellikleri, lezyon lokalizasyonlarını ve olası tetikleyici faktörleri dermoskopik bulgular ile birlikte değerlendirmek ve yeni dermoskopik bulguların tanımlanarak mevcut literatüre katkı sağlamaktır.

Yöntem:

Bu tek merkezli retrospektif çalışmaya dermatoloji polikliniğinde değerlendirilen ve histopatolojik olarak doğrulanmış 46 PG hastası dahil edildi. Demografik ve klinik veriler (yaş, cinsiyet, lezyon süresi, boyutu, lokalizasyonu, tetikleyici etkenler) kaydedildi. Klinik semptomlar arasında ağrı, kanama, ülserasyon ve fonksiyonel kısıtlılık varlığı değerlendirildi.

Tüm lezyonlar el dermoskopisi kullanılarak görüntülendi. Dermoskopik değerlendirmede kırmızı homojen alanlar, parlak beyaz yapılar, dış beyaz koloret, sarı-beyaz skuamalar, merkezi beyaz-sarı amorf yapılar, beyaz tren rayı çizgiler, hemorajik krut, ülserasyon, damar yapıları ve gökkuşağı paterni varlığı analiz edildi. Dermoskopik inceleme sırasında bazı olgularda klasik koloretten farklı olarak lezyonun daha iç kısmında yerleşen ikinci bir

koloret yapısı gözlemlendi. Bu bulgu “iç koloret” olarak tanımlandı ve tüm olgularda ayrıca değerlendirildi.

Dermoskopik görüntüler, klinik bilgilerden bağımsız olarak deneyimli iki dermatoloji uzmanı ve bir dermatoloji asistanı tarafından değerlendirildi ve nihai bulgular çoğunluk kararı ($\geq 2/3$) ile belirlendi. Veriler tanımlayıcı istatistik yöntemleri ile analiz edildi ve gözlemciler arası uyum Fleiss kappa katsayısı kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:

Ortalama yaş 40.2 ± 22.5 yıl olup hastaların %63.0’ı kadındı. Lezyonlar en sık üst ekstremitelerde lokalizeydi, en yaygın klinik bulgu kanama idi. Bilinen en sık tetikleyici etken batıcı travmalardı. Dermoskopik değerlendirmede en sık bulgular kırmızı homojen alanlar, parlak beyaz yapılar, dış beyaz koloret ve sarı-beyaz skuamlar idi. Damar yapıları olguların yarısında saptandı ve en sık polimorf ve noktasal tipteydi.

Olguların %39,1’inde, klasik koloretten farklı olarak lezyonun daha iç kısmında yerleşen, kısmen ya da tamamen halkasal konfigürasyon gösteren ve daha önce tanımlanmamış ikinci bir koloret yapısı saptandı ve “iç koloret” olarak isimlendirildi. Bu bulgunun lezyonun hızlı büyümesine bağlı epidermal ayrılma ve parsiyel re-epitelizasyon sonucu gelişen sekonder bir keratin halkasını temsil edebileceği düşünülmektedir.

Gözlemciler arası uyum hemorajik krut ($\kappa=0.894$) ve iç koloret ($\kappa=0.760$) için çok iyi, diğer bulgular için iyi düzeydeydi.

Sonuç:

Bu retrospektif çalışma, piyojenik granülomların klinik ve dermoskopik özelliklerini ortaya koymakta ve dermoskopinin tanısal değerlendirmedeki güvenilirliğini desteklemektedir. En sık saptanan dermoskopik bulgular kırmızı homojen alanlar, dış beyaz koloret ve parlak beyaz yapılar olup, bu bulgular Zaballos ve ark. tarafından tanımlanan klasik dermoskopik özelliklerle uyumludur. Ayrıca, olguların önemli bir kısmında saptanan iç koloretin yeni bir dermoskopik bulgu olarak tanımlanması, piyojenik granülomun dermoskopik spektrumunu genişletmekte ve tanısal değerlendirmede yardımcı bir kriter olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Kaynakça :

Zaballos P, Carulla M, Ozdemir F, Zalaudek I, Bañuls J, Llambrich A, Puig S, Argenziano G, Malvehy J. Dermoscopy of pyogenic granuloma: a morphological study. Br J Dermatol. 2010 Dec;163(6):1229-37. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10040.x. PMID: 20846306.
Ankad, Balachandra Suryakant; Mallapur, Anirudh A; Hurakadli, Sahana S. Dermoscopic and Histopathological Association in Pyogenic Granuloma: A Case Series in Skin of

Color. Clinical Dermatology Review 9(1):p 35-39, Jan–Mar 2025. | DOI: 10.4103/cdr.cdr_77_24

Dube U, Corliss M, Bowling KM, Heusel JW, Coughlin CC. Age, Sex, and Anatomical Location Patterns in Cutaneous Pyogenic Granuloma Cases. JAMA Dermatol. 2025 Mar 1;161(3):305-309. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.5447. PMID: 39841456;

Elmas OF, Mayisoglu H, Celik M, Kilitci A, Akdeniz N. Dermoscopic rainbow pattern: A strong clue to malignancy or just a light show? North Clin Istanbul. 2020 Aug 31;7(5):494-498. doi: 10.14744/nci.2020.32656. PMID: 33163886;

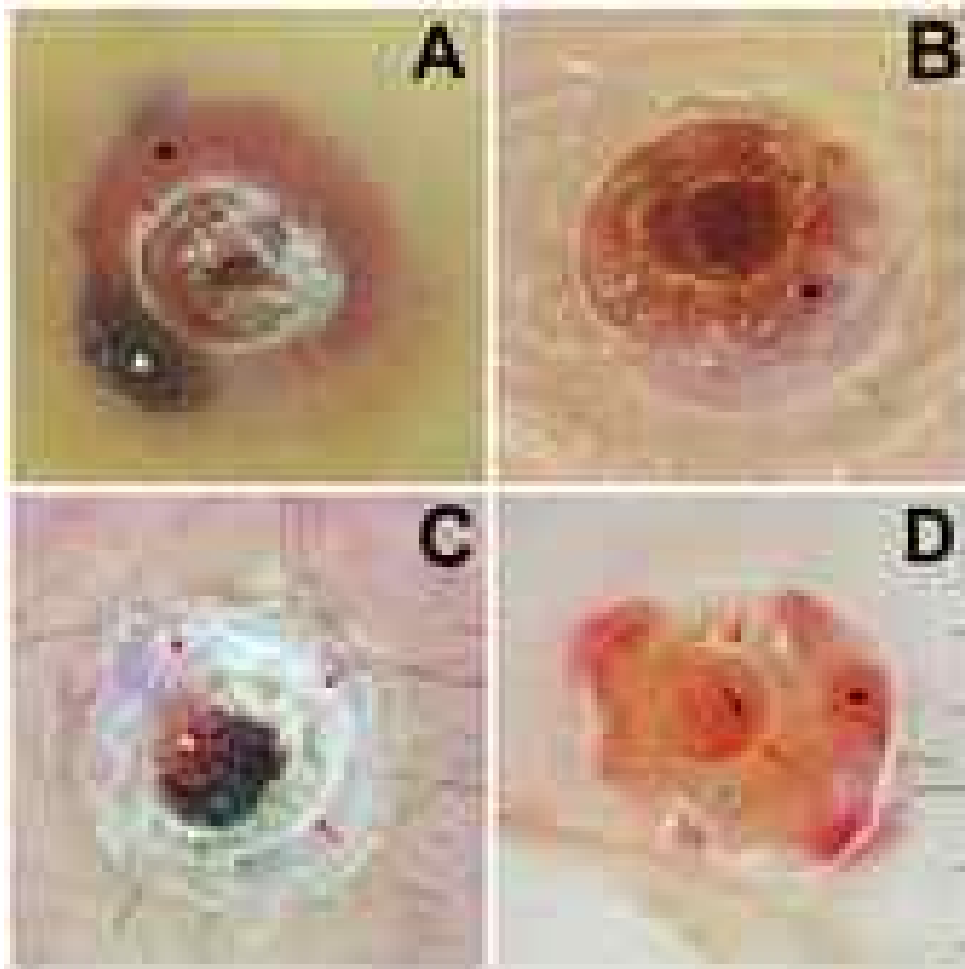
Elmas ÖF, Akdeniz N, Acar EM, Kilitçi A. Pyogenic granuloma and nodular Kaposi's sarcoma: dermoscopic clues for the differential diagnosis. Turk J Med Sci. 2019 Oct 24;49(5):1471-1478. doi: 10.3906/sag-1902-60. PMID: 31651116; PMCID: PMC7018225.

Patrice SJ, Wiss K, Mulliken JB. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma): a clinicopathologic study of 178 cases. Pediatr Dermatol. 1991 Dec;8(4):267-76. doi: 10.1111/j.1525-1470.1991.tb00931.x. PMID: 1792196.

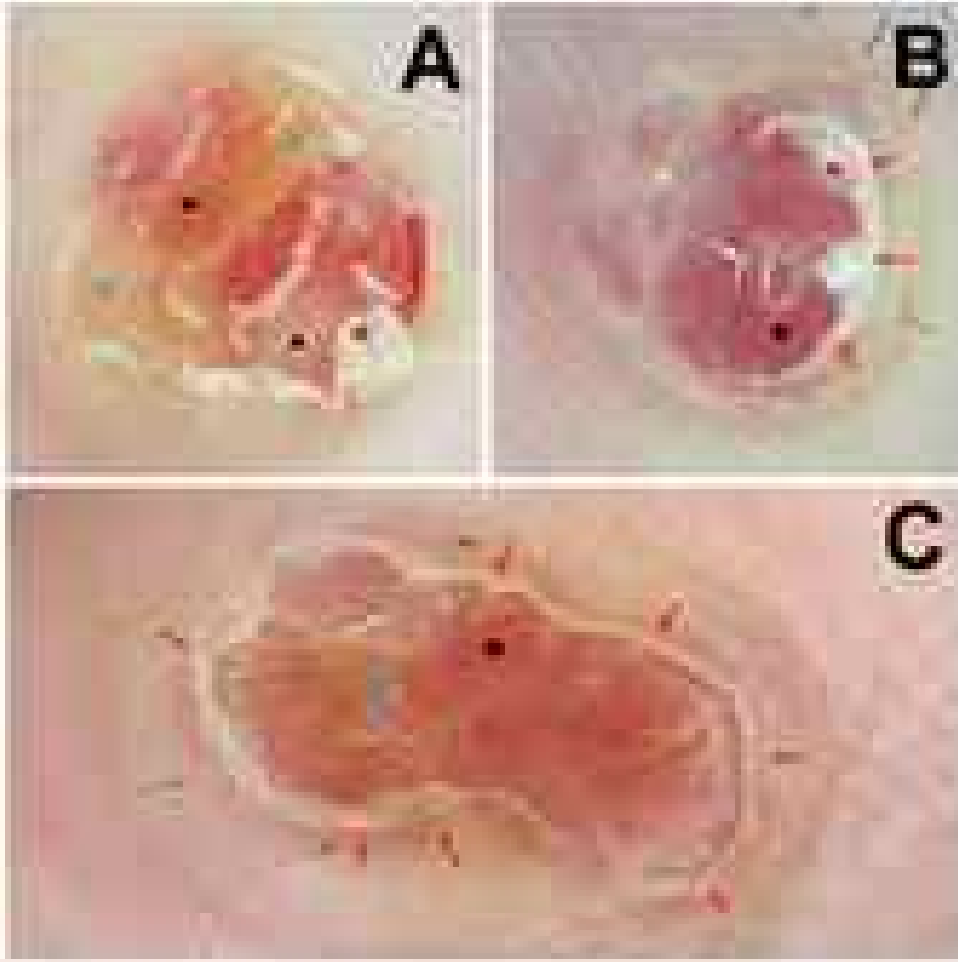
Anahtar Kelimeler : deri neoplazmı, dermoskopi, piyojenik granulom, prospektif

Resimler

Resim Açıklaması: Şekil 1. İç koloretin belirgin olarak izlendiği dört piyojenik granülom olgusunun dermoskopik görüntülerinde (A–D); kırmızı homojen alanlar (siyah yıldız), sarı-beyaz skuamlar (kırmızı yıldız), merkezi beyaz-sarı amorf yapılar (mavi yıldız), hemorajik krut (yeşil üçgen), erozyon alanları (beyaz üçgen), dış koloret yapısı (yeşil ok) ve iç koloret (kırmızı ok) izlenmektedir.



Resim Açıklaması: Şekil 2. İç-dış koloret ve skuamların belirgin olarak izlendiği üç piyojenik granülomun dermoskopik görüntülerinde (A–C); kırmızı homojen alanlar (siyah yıldız), sarı-beyaz skuamlar (kırmızı yıldız), merkezi beyaz-sarı amorf yapılar (mavi yıldız), beyaz tren rayı çizgiler (sarı üçgen), parlak-beyaz yapılar (siyah üçgen), çizgisel yüzeyel skuam (beyaz ok), dış koloret (yeşil ok) ve iç koloret (kırmızı ok) izlenmektedir.



Resim Açıklaması: Şekil 3. Erozyon ve hemorajik krut(A) ve Gökkuşuğı paterni(B) belirgin iki adet piyozenik granölomun dermoskopik görüntülerinde (A, B); kırmızı homojen alanlar (siyah yıldız), sarı-beyaz skuamlar (kırmızı yıldız), gökkuşuğı paterni (sarı yıldız), çizgisel yüzeyel skuam (beyaz ok), lineer damar yapıları (siyah ok), parlak-beyaz yapılar (siyah üçgen), beyaz tren rayı çizgiler (sarı üçgen), erozyon alanları (beyaz üçgen), hemorajik krut (yeşil üçgen) ve iç koloret (kırmızı ok) izlenmektedir.



Tablolar

Tablo 1. Hasta Demografik, Klinik ve Dermoskopik Özellikleri (n=46)

Özellik	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	29	63.0
	Erkek	17	37.0
Lokalizasyon	Üst ekstremité	25	54.3
	Baş-boyun	13	28.3
	Alt ekstremité	5	10.9
	Gövde	3	6.5
Tetikleyici etken	Bilinmiyor	19	41.3
	Batıcı travma	11	23.9
	Diğer	10	21.7
	Deri koparma	4	8.7
	Gebelik	2	4.3
Klinik bulgular	Kanama	40	87.0
	Ülserasyon	21	45.7
	Ağrı	16	34.8
	Fonksiyonel bozukluk	11	23.9

Tablo 2. Dermoskopik Bulgular (n=46)

Dermoskopik bulgu	n	%
Kırmızı homojen alanlar	41	89.1
Parlak beyaz yapılar	34	73.9
Dış beyaz koloret	33	71.7
İç koloret	18	39.1
Sarı-beyaz skuamlar	29	63.0
Çizgisel yüzeyel skuam	24	52.2
Merkezi beyaz-sarı amorf yapılar	20	43.5
Beyaz tren rayı çizgiler	13	28.3
Gökkuşığı paterni	11	23.9
Hemorajik kurut	13	28.3
Ülserasyon	21	45.7
Damar yapıları (herhangi)	23	50.0
Polimorf damar	18	39.1
Noktasal damar	18	39.1
Dallanan damar	5	10.9

SB-13: MIKOZİS FUNGOİDES'TE EZH2 UPREGÜLASYONU PROLİFERASYON VE HASTALIK EVRESİNİ YANSITIR: POTANSİYEL BİR TERAPÖTİK HEDEF

Aslı AKSU¹, Deniz ALTINEL², Semih ARSLAN¹, Ayberk AKTARAN¹, Pınar ÖZDEMİR ÇETİNKAYA¹, Birgül ÖZKESİCİ KURT¹, Hazel Ezgi KAYA¹, İlknur KIVANÇ ALTUNAY¹

¹S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Mikozis fungoides (MF), primer kutanöz T-hücreli lenfomaların en sık görülen alt tipi olup deriye tropizm gösteren malign CD4⁺ T lenfosit proliferasyonu ile karakterizedir.^{1,2} Klinik seyri indolent yama ve plak evrelerinden tümör evresi ve ekstrasutanöz tutulumla seyreden ileri hastalığa kadar değişkenlik gösterir.^{2,3} Hastalık progresyonunun altında genetik ve epigenetik mekanizmalar önemli rol oynamaktadır.³ Enhancer of Zeste Homolog 2 (EZH2), Polycomb Repressive Complex 2'nin katalitik alt birimi olup H3K27 trimetilasyonu aracılığıyla transkripsiyonel baskılanmada görev alır.^{4,5} Farklı malignitelere artmış EZH2 aktivitesi tümör baskılayıcı genlerin epigenetik susturulması ve artmış proliferasyon ile ilişkilendirilmiştir.⁵⁻⁷ Bu çalışmada MF olgularında EZH2 ekspresyonunun klinikopatolojik parametreler, hastalık evresi ve proliferatif aktivite ile ilişkisi araştırıldı.

Yöntem: Ocak 2019–Ağustos 2025 tarihleri arasında Dermatolojik Onkoloji Bölümü'nde izlenen 46 tedavi almamış MF hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı ve evreleme WHO–EORTC sınıflaması ve TNMB sistemine göre yapıldı. Demografik veriler, hastalık süresi, serum LDH ve β_2 -mikroglobulin düzeyleri, klinik evre ve lezyon morfolojisi kaydedildi. Formalinle fikse parafine gömülü dokulardan hazırlanan kesitlerde hematoksiyen-eozin boyama yapıldı ve EZH2 ile Ki-67 immünohistokimyasal olarak değerlendirildi. EZH2 nükleer ekspresyonu yarı kantitatif olarak zayıf, orta ve güçlü şeklinde skorlandı (sırasıyla 1, 2 ve 3). Ki-67 proliferasyon indeksi, tümörün en aktif sayılan en az 500 neoplastik hücre içerisinde pozitif boyanan tümör hücrelerinin yüzdesi olarak hesaplandı. İstatistiksel analiz SPSS 26.0 kullanılarak gerçekleştirildi; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 49,5 yıl olup %50'si kadındı. Klinik evreye göre olguların 24'ü evre IA, 20'si evre IB ve 2'si evre IIB idi. Lezyon morfolojisi çoğunlukla yama tipti (%89,1). Laboratuvar parametreleri morfolojik gruplar arasında farklılık göstermedi. EZH2 ekspresyonu hem hastalık evresi hem de lezyon morfolojisine göre anlamlı farklılık gösterdi ($p < 0,001$). Evre IA hastalarda ekspresyon zayıf iken, plak lezyonlu evre IB hastalarda orta düzeyde, evre IIB hastalarda ise güçlü EZH2 ekspresyonu izlendi. Ki-67 proliferasyon indeksi yama, plak ve tümör lezyonlarında sırasıyla %1, %10 ve %32,5 olup

hastalık evresi ile birlikte anlamlı artış gösterdi (Tablo 1). EZH2 ekspresyonu hastalık evresi ($r=0,342$; $p=0,02$) ve Ki-67 indeksi ($r=0,575$; $p<0,001$) ile pozitif korelasyon gösterdi. LDH, β_2 -mikroglobulin, yaş, hastalık süresi ve cinsiyet ile anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Sonuç olarak EZH2 ekspresyonunun MF’de hastalık progresyonu ve proliferatif aktivite ile paralel arttığı gösterildi. Bulgularımız EZH2’nin hastalık agresifliğini yansıtan potansiyel bir prognostik biyobelirteç ve ileri evre MF için olası bir terapötik hedef olabileceğini desteklemektedir. EZH2 hedefli tedavilerin klinik etkinliğini değerlendiren ileri translasyonel ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynakça :

1. Siegel RS, Pandolfino T, Guitart J, Rosen S, Kuzel TM. Primary cutaneous T-cell lymphoma: review and current concepts. J Clin Oncol. 2000;18(15):2908-2925.
2. García-Díaz N, de Méndez MI, García-Patos V. Mycosis Fungoides and Sézary Syndrome: An Integrative Review. Cancers (Basel). 2021;13(4):839.
3. Bakr FS, Whittaker SJ. Advances in the understanding and treatment of Cutaneous T-cell Lymphoma. Front Oncol. 2022;12:1043254.
4. Duan R, Du W, Guo W. EZH2: a novel target for cancer treatment. J Hematol Oncol. 2020;13(1):104.
5. Zimmerman SM, Lin PN, Souroullas GP. Non-canonical functions of EZH2 in cancer. Front Oncol. 2023;13:1233953.
6. Li B, Chng WJ. EZH2 abnormalities in lymphoid malignancies: underlying mechanisms and therapeutic implications. J Hematol Oncol. 2019;12(1):118.
7. Tensen CP, Quint KD, Vermeer MH. Genetic and epigenetic insights into cutaneous T-cell lymphoma. Blood. 2022;139(1):15-33.

Anahtar Kelimeler : Mikozis fungoides, Enhancer of Zeste Homolog 2 Protein (EZH2), Ki-67 antijen, lenfoma

Tablolar

Tablo 1. Lezyon morfolojisine göre hastaların klinikopatolojik ve laboratuvar özellikleri

	Yama (n=41, %89.1)	Plak (n=3, %6.5)	Tümör (n=2, %4.3)	p değeri
Yaş, yıl, medyan (minimum-maksimum)	49 (19-80)	57 (22-65)	68 (61-75)	,178
β 2- mikroglobulin, mg/L, medyan (minumum-maksimum)	1.81 (0.87-3.27)	1.54 (1.40-2.27)	2.57 (2.40-2.74)	,130
LDH, U/L, medyan (minimum-maksimum)	192 (114-313)	208 (166-226)	184 (144-224)	,898
Hastalık süresi, ay, medyan (minumum-maksimum)	24 (1-312)	12 (12-18)	85 (2-168)	,524
Ki-67, %, medyan (minimum-maksimum)	1 (1-10)	10 (5-21)	32.5 (30-35)	,001
EZH2 ekspresyon skoru, medyan (minumum-maksimum)	1 (1-1)	2 (2-2)	3 (3-3)	<,001

SB-14: ROZASEA HASTALARINDA DİYET ANTİOKSİDAN KAPASİTESİ VE SİSTEMİK OKSİDATİF STRESİN İNCELENMESİ: BİR OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI

Ezgi Aktaş¹, Ayşe Elif Tapkı², Şeyma Gürbüz², Yavuz Semiz³

¹Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Rozasea; kızarıklık, papül, püstül, telanjiektazi ve oküler bulgularla seyreden, esas olarak sentrofasiyal bölgeyi etkileyen yaygın inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Hastalığın kesin etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte; genetik yatkınlık,

immün sistem disfonksiyonu, anormal vasküler ve nörolojik sinyal yolları, deri mikrobiyomunda disbiyozis, çevresel faktörler ve oksidatif stresin rol oynadığı düşünülmektedir. Rozasea ve diyet ilişkisini inceleyen çalışmalar genellikle hastalığı tetikleyen sıcak ve baharatlı yiyecekler gibi faktörler üzerine odaklanmıştır. Ancak rozaseada diyetle alınan antioksidanların sistemik oksidatif stres düzeyleri ile ilişkisi araştırılmamıştır. Diyet Total Antioksidan Kapasitesi (DTAK), diyetle alınan tüm antioksidanların kümülatif, sinerjistik ve koruyucu etkilerini yansıtan yeni geliştirilmiş bir ölçüttür. Yüksek DTAK seviyelerine sahip diyetlerin; kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, metabolik sendrom ve inflamasyon gibi çeşitli durumlarla ters ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, rozasea hastalarında diyetin total antioksidan kapasitesinin ve sistemik oksidatif stres parametrelerinin incelenmesi ve bu parametrelerin hastalık şiddeti ve alt tipleriyle ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu prospektif, tek merkezli olgu-kontrol çalışmasına 51 rozasea hastası ile yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 46 sağlıklı birey dahil edilmiştir. Rozasea grubuna eritematotelenjiyektatik rozasea (ETR) ve papülopüstüler rozasea (PPR) alt tipleri dahil edilmiştir. Hastalık şiddeti, Rozasea Alan ve Şiddet İndeksi (RASI) ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların diyetle tükettikleri gıdalar, gıda tüketim sıklığı anketi ile sorgulanarak DTAK değerleri hesaplanmıştır. Ayrıca, serum Total Oksidan Kapasitesi (TOK), Total Antioksidan Kapasitesi (TAK) düzeyleri ve bu ikisinin oranı olan Oksidatif Stres İndeksi (OSİ) hesaplanmıştır.

Bulgular: Rozasea grubunda DTAK değerleri, kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur (6.95 ± 1.98 vs 11.55 ± 4.77 ; $p < 0.001$). Serum TAK düzeyleri rozasea hastalarında anlamlı şekilde daha düşük ($p < 0.001$), serum TOK ve OSİ değerleri ise anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (her ikisi için $p < 0.001$). PPR hastalarında serum TOK ve OSİ düzeyleri, ETR hastalarına göre anlamlı şekilde daha yüksekti (sırasıyla $p = 0.001$ ve $p = 0.011$). Tüm çalışma grubunda, DTAK ile serum TOK düzeyleri arasında anlamlı negatif korelasyon ($r = -0.274$, $p = 0.007$), DTAK ile serum TAK düzeyleri arasında ise pozitif korelasyon ($r = 0.304$, $p = 0.002$) saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada, rozasea hastalarında diyetin antioksidan kapasitesi ile sistemik oksidatif stres arasındaki potansiyel ilişki değerlendirilmiştir. Diyet, rozaseanın gelişiminde birincil etken olmasa da, hastalık patogenezinin çeşitli yollarla katkıda bulunabilir. Bulgularımız, düşük antioksidan içerikli bir diyetin rozaseada sistemik oksidatif stres düzeylerini artırabileceğini göstermektedir. Antioksidanlardan zengin bir diyetin, hem rozasea tedavisinde destekleyici olabileceği hem de rozasea ile ilişkili potansiyel sistemik komorbiditelere karşı koruyucu etki gösterebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler : Antioksidan, diyet, diyet total antioksidan kapasitesi, rozasea, oksidatif stres

SB-15: ROZASEA HASTALARINDA KALPROTEKTİN GEN POLİMORFİZMİ VE SERUM DÜZEYİNİN HASTALIK VE ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ

Emirhan Demir¹, İlkey Can¹, Ayla Solmaz Avcıkurt¹, Meryem Gül¹, Arzu Kılıç¹

¹Balıkesir Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Kalprotektin, S100 protein ailesinin antimikrobiyal ve immünmodülatör etkili bir üyesi olup hücre proliferasyonu ve farklılaşmasını düzenler. Bu çalışmanın amacı; rozaseada S100A8/S100A9 alt birimlerinden oluşan kalprotektinin serum düzeylerini ve S100A8 gen polimorfizmini sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı değerlendirmek, hastalık şiddetiyle ilişkisini incelemek ve ayrıca hastalık aktivitesi ile sistemik inflamasyonun olası göstergesi olup olmadığını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 55 rozasea hastası ve 55 sağlıklı birey dahil edilmiştir. 15.12.2024-15.09.2025 tarihleri arasında Balıkesir üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları kliniğinde yapılan kesitsel bir çalışmadır. Rozasea hastalarının şiddet sınıflandırması “Amerikan National Rosacea Society Expert Committee Classification (NRSEC)”a göre yapılmıştır. Serum kalprotektin düzeyleri ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) yöntemi ile, kalprotektin gen polimorfizmi PCR-RFLP (Polymerase Chain Reaction-Restriction Fragment Length Polymorphism) yöntemi ile ölçülmüştür. Demografik ve klinik veriler kaydedilerek, karşılaştırılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Rozasea hastalarının alt tip dağılımı tip 1 (%60), tip 2 (%30,9), tip 3 (%1,8) ve tip 4 (%7,3) şeklinde olmuştur. Rozasea grubunda serum kalprotektin düzeyleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p = 0.001$). Ancak serum kalprotektin düzeyi ile rozasea alt tipi ($p = 0.323$) ve hastalık şiddeti ($p = 0.543$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Genetik analizde S100A8 gen polimorfizmi açısından rozasea ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.684$). Ayrıca polimorfizm düzeylerinin rozasea tipi ($p = 0.218$), hastalık şiddeti ($p = 0.399$) ve serum kalprotektin düzeyi ($p = 0.386$) ile ilişkisi açısından da anlamlı bir ilişki gösterilmemiştir.

Sonuç: Çalışmamızda rozasea hastalarında serum kalprotektin düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu gösterilmiş, ancak bu artışın hastalık şiddeti veya alt tipleriyle ilişkisi saptanmamıştır. S100A8 gen polimorfizmi açısından da gruplar arasında fark bulunmamış ve hastalık özellikleriyle bağlantı görülmemiştir. Bulgular, serum kalprotektin düzeyinin sistemik inflamasyonu yansıtan olası bir biyobelirteç olabileceğini, ancak şiddet veya alt tip ayırımında yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Kaynakça :

- [1] van Zuuren EJ, Arents BWM, van der Linden MMD, Vermeulen S, Fedorowicz Z, Tan J. Rosacea: New Concepts in Classification and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2021;22(4):457-65.
- [2] Aksu Cerman A, Aktas Karabay E, Kaya HE, Ture Ozdemir F, Ozkur E, Erdem Y, et al. Evaluation of fecal calprotectin as a marker of gastrointestinal inflammation in rosacea: A case-control study. *Dermatol Ther.* 2021;34(3):e14946.
- [3] Ayvaz HH, Şirin MC, Atay S, Korkmaz S, Erturan İ, Doğantekin RC, et al. Fecal Calprotectin Level in Patients with Rosacea: Gut Inflammation May Be Associated with the Type of Rosacea, A Case-Control Study. *Turkiye Klinikleri J Dermatol.* 2022;32(1).
- [4] Wang FY, Chi CC. Rosacea, Germs, and Bowels: A Review on Gastrointestinal Comorbidities and Gut-Skin Axis of Rosacea. *Adv Ther.* 2021;38(3):1415-24.
- [5] Jukic A, Bakiri L, Wagner EF, Tilg H, Adolph TE. Calprotectin: from biomarker to biological function. *Gut.* 2021;70(10):1978-88.
- [6] Striz I, Trebichavsky I. Calprotectin - a pleiotropic molecule in acute and chronic inflammation. *Physiol Res.* 2004;53(3):245-53.
- [7] Farag AGA, Helal SG, Labib AZ, Bazid HAS. Study of calprotectin gene polymorphism and serum level in acne vulgaris patients. *Int J Dermatol.* 2022;61(10):1262-9.
- [8] Le Y, Zhang J, Lin Y, Ren J, Xiang L, Zhang C. S100A9 and rosacea. *J Invest Dermatol.* 2024;144(9):1985–93.e1.
- [9] Chen L, Wang J. Molecular mechanisms of rosacea. *J Cosmet Dermatol.* 2025;24(1):e16753.

Anahtar Kelimeler : Rozasea, kalprotektin, Gen Polimorfizmi

SB-17: AKNE HASTALARININ HASTALIK YÖNETİMİ VE BİLGİ ARAYIŞINDA YAPAY ZEKÂNIN ROLÜ: KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA

Tuğba Atak¹,Tuba Betül Karadeniz¹

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD

Giriş: Akne, genç nüfusta sık görülür. Kişinin yaşam kalitesini, psikososyal durumunu etkileyebilir. Bu sebeple önemli bir fizyolojik, psikolojik yükü olan inflamatuvar deri hastalığıdır (1).Son yıllarda yapay zeka (YZ), tıbbi görüntüleme, risk sınıflandırması ve tedavi planlamasında kaydettiği ilerlemelerle sağlık hizmetlerinde ön plana çıkmıştır (2).Dermatolojide de gerek medikal eğitim gerekse tanı amaçlı uygulamalarda araştırma konusu olmaya başlamıştır (3). YZ tabanlı deri kanseri tanı sistemleri, erken teşhis ve tedaviye erişimi artırma potansiyeline sahiptir. Ancak, yaygın klinik uygulama için veri, etik ve entegrasyon sorunlarının aşılması gerekmektedir (4).Literatürdeki çalışmaların çoğu algoritmaların teknik başarısına odaklanmakta, bu teknolojinin kullanıcısı olan hastaların tutum ve davranışlarını inceleyen çalışmalar sınırlı kalmaktadır. Bu araştırma, akne hastalarının YZ kullanma deneyimlerini ve güven düzeylerini doğrudan kendilerinden öğrenmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem:Çalışmamız prospektif, tanımlayıcı bir anket çalışması olup dermatoloji polikliniğimizde Aralık 2025 - Ocak 2026 tarihlerinde akne tanısı koyduğumuz gönüllü hastalarla yürütülmüştür.Çalışmaya dahil edilen hastalar, 18 yaş ve üzerinde, anketi tamamlamak için iyi bir bilişsel duruma sahip, internet erişimine sahip olan ve çalışmaya katılmak için onay veren kişilerdi. Verilerin toplanmasında kullanılan kendi geliştirdiğimiz anket formu, hekim tarafından doldurulan klinik değerlendirme bölümü ve hastalar tarafından cevaplanan altı ana kategoriden oluşan yapılandırılmış bir ankettten oluşmaktadır.Katılımcıların kimlik bilgileri anonim tutulmuş ve verilerin sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı yazılı/sözlü olarak beyan edilerek onamları alınmıştır. Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 123 hastanın yaş ortalaması $23,37 \pm 5,02$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların %81,3'ü kadın, %18,7'si erkektir.Klinik değerlendirmede, hastaların ortalama GAGS (Global Akne Derecelendirme Sistemi) $14,41 \pm 7,15$ bulunmuştur. Hastaların kullandıkları yöntemler arasında dermatolog önerisi %74,8 ile en sık başvuru yöntem olarak seçilmiştir. Katılımcıların %45,5'i dermatoloğa başvurmadan önce yapay zekaya danıştığını belirtmiştir. Ancak akne özelinde YZ'den tedavi önerisi alanların oranı %4,1 ile sınırlı kalmıştır. Katılımcıların %67,5'i YZ önerilerinin her zaman bir dermatolog tarafından onaylanması gerektiğine inanmaktadır.YZ'yi tercih edenlerin %53,7'si hızlı ve kolay erişim için kullanırken, %52'si "hekime danışmadan asla uygulamam" demıştır. Dikkat çekici bir bulgu olarak,

katılımcıların klinik durumunu yansıtan akne şiddeti (GAGS skoru) ile akne için YZ kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: YZ dikkatli kullanılmalı, bu alandaki eğilimler yakından takip edilmelidir. Yapay zekadaki potansiyel faydalar umut vaat etmiş olmasına rağmen veri gizliliği, etik konular ve yapay zeka geliştiricileri ile tıp profesyonelleri arasında sürekli iş birliği gibi zorlukların ele alınması önemlidir. Çalışmamızda akne şiddeti ile akne için YZ kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, aknenin hafif- şiddetli olmasından bağımsız olarak, hastanın temel beklentisinin hızlı erişilebilirlik olduğunu göstermektedir. Bu çalışma, YZ'nin hekimin yerini almasından ziyade, özellikle hafif-orta şiddetli vakalarda bir ilk danışma mekanizması olarak kullanıldığını ortaya koymuştur.

Kaynakça :

1. Harper JC. Acne vulgaris: What's new in our 40th year. J Am Acad Dermatol. 2020;82(2):526-7. Epub 2019/12/21. doi: 10.1016/j.jaad.2019.01.092.
2. Hilbers D, Nekain N, Bates AT, Nunez JJ. Patients' attitudes toward artificial intelligence (AI) in cancer care: A scoping review protocol. PLoS One. 2025 Jan 14;20(1):e0317276. doi: 10.1371/journal.pone.0317276.
3. Kantor J. Generative Artificial Intelligence in Dermatology: A Primer. Dermatol Clin. 2025;43(4):603-9. Epub 2025/10/16. doi: 10.1016/j.det.2025.05.007.
4. Melarkode N, Srinivasan K, Qaisar SM, Plawiak P. AI-Powered Diagnosis of Skin Cancer: A Contemporary Review, Open Challenges and Future Research Directions. Cancers (Basel). 2023;15(4). Epub 2023/02/26. doi: 10.3390/cancers15041183.

Anahtar Kelimeler : Akne, Yapay Zeka, Hasta Perspektifi

SB-18: ROZASEADA SERUM KATELİSİDİN, KLK-5, TLR-2 VE TRPV-1 DÜZEYLERİNİN KLİNİK ÖZELLİKLER VE TETİKLEYİCİLERLE İLİŞKİSİ

Ezgi Aktaş¹, Şeyma Gürbüz², Ayşe Elif Tapkı², Yavuz Semiz³

¹Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye.

²Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye.

³Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.

Giriş ve Amaç:

Kronik inflamatuvar bir deri hastalığı olan rozasea patogenezinde genetik ve çevresel faktörlere ek olarak immün ve inflamatuvar mekanizmalar da rol oynamaktadır. Son çalışmalar; katelisin, kallikrein-5 (KLK-5), Toll-Like Reseptör 2 (TLR-2) ve Transient Receptor Potential Vanilloid 1 (TRPV-1) moleküllerinin patogeneizde rol oynayabileceğini öne sürmektedir. Bu çalışmanın temel amacı, rozasea hastalarında daha önce serumda kapsamlı çalışılmamış bu mediyatörlerin düzeylerini belirlemek; bu düzeylerin hastalık alt tipleri, şiddeti ve tetikleyici faktörlerle (iklim, stres, sigara, diyet vb.) ilişkilerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem:

Prospektif, tek merkezli olgu-kontrol çalışması yürütüldü. Rozasea grubunda eritematotelienjiyektatik (ETR) ve papülopüstüler (PPR) alt tipler yer aldı. Hastalık şiddeti, Rozasea Alan ve Şiddet İndeksi (RASI) ile değerlendirildi. Katılımcılarda yanma, kaşıntı gibi semptomlar ve hastalığı tetiklediği düşünülen sıcak/soğuk hava, stres, fiziksel aktivite, yiyecek ve içecekler (tatlı, ekşi, acı, turşu, çikolata, beyaz ekmek, çay, kahve, alkol, sigara) sorgulandı. Katılımcılardan alınan venöz kan örneklerinden serum katelisin, KLK-5, TLR-2 ve TRPV-1 düzeyleri ölçüldü.

Bulgular:

53 rozasea hastası ve 35 sağlıklı kontrol dahil edildi. Yaş ve cinsiyet açısından iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi (sırasıyla; $p=0.187$, $p=0.650$). Rozasea grubunda sigara kullanımı ve günlük kahve tüketimi, kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşükken (sırasıyla $p=0.033$, $p=0.050$); günlük çay, beyaz ekmek ve acı gıda tüketimi anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla; $p=0.008$, $p=0.023$, $p=0.018$). Serum katelisin, KLK-5, TLR-2 ve TRPV-1 düzeyleri hastalarda kontrol grubundan anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla; $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.024$, $p<0.001$). RASI ile serum TLR-2 düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon izlendi ($r=0.344$, $p=0.012$). Serum TLR-2 düzeyleri PPR hastalarında ETR'den anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.009$). Kuruluk şikayeti olanlarda, katelisin ve TRPV-1 düzeyleri anlamlı olarak düşük (sırasıyla; $p=0.018$, $p=0.014$); kaşıntısı olanlarda ise KLK-5 düzeyleri anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.010$). Çikolatayı tetikleyici olarak bildirenlerin katelisin ve KLK-5 düzeyleri bildirmeyenlerden anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla; $p=0.049$, $p=0.011$). Çay ve kahveyi tetikleyici olarak bildirenlerin katelisin ve TRPV-1 düzeyleri, bildirmeyenlerden anlamlı derecede düşüktü (sırasıyla; $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$). Stresin rozasea şiddetini artırdığını bildirenlerde katelisin, KLK-5 ve TRPV-1 düzeyleri, bildirmeyenlerden anlamlı düzeyde düşüktü (sırasıyla; $p=0.004$, $p=0.025$, $p=0.017$). Fiziksel aktiviteyi tetikleyici olarak bildirenlerde, bildirmeyenlere göre katelisin ve TRPV-1 düzeyleri anlamlı olarak düşüktü (sırasıyla; $p=0.048$, $p=0.037$).

Tartışma:

Hastalarda saptanan yüksek serum katelisin, KLK-5, TLR-2 ve TRPV-1 düzeyleri, bu mediyatörlerin patogenezdaki rolünü desteklemektedir. Özellikle TLR-2'nin hastalık şiddeti ile korelasyonu ve PPR'de daha yüksek bulunması, bu mediyatörün hastalık aktivitesi ve klinik alt tiplerle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bazı tetikleyici faktörlerin (çikolata, çay, kahve, stres, egzersiz) mediyatör düzeylerini etkileyebilmesi, çevresel faktörlerin immün/inflamatuar yanıtı şekillendirebileceğini ortaya koymaktadır. Bu veriler, rozasea yönetiminde hem biyobelirteç düzeyinde hem de yaşam tarzı faktörlerine yönelik bireyselleştirilmiş yaklaşımların önemini vurgulamaktadır.

Kaynakça :

1. Yamasaki K, Di Nardo A, Bardan A, Murakami M, Ohtake T, Coda A, Dorschner RA, Bonnart C, Descargues P, Hovnanian A, Morhenn VB, Gallo RL. Increased serine protease activity and cathelicidin promotes skin inflammation in rosacea. *Nat Med*. 2007 Aug;13(8):975-80. doi: 10.1038/nm1616. Epub 2007 Aug 5. PMID: 17676051.
2. Zhang J, Jiang P, Sheng L, Liu Y, Liu Y, Li M, Tao M, Hu L, Wang X, Yang Y, Xu Y, Liu W. A Novel Mechanism of Carvedilol Efficacy for Rosacea Treatment: Toll-Like Receptor 2 Inhibition in Macrophages. *Front Immunol*. 2021 Jul 12;12:609615. doi: 10.3389/fimmu.2021.609615. Erratum in: *Front Immunol*. 2022 Mar 14;13:881277. PMID: 34322115; PMCID: PMC8311793.
3. Di Paolo CT, Diamandis EP, Prassas I. The role of kallikreins in inflammatory skin disorders and their potential as therapeutic targets. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2021 Jan;58(1):1-16. doi: 10.1080/10408363.2020.1775171. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32568598.
4. Park JB, Suh KS, Jang JY, Seong SH, Yang MH, Kang JS, Jang MS. Immunohistochemical Evaluation of Matrix Metalloproteinases-1, -9, Transient Receptor Potential Vanilloid Type 1, and CD117 in Granulomatous Rosacea Compared with Non-granulomatous Rosacea. *Acta Derm Venereol*. 2019 Dec 1;99(13):1284-1285. doi: 10.2340/00015555-3349. PMID: 31620803.

Anahtar Kelimeler : inflamasyon, katelisin, kallikrein, rozasea, tetikleyici faktörler, Toll-benzeri Reseptör 2 (TLR-2), TRPV-1

SB-19: ANTİ-IL-17 TEDAVİSİ ALAN PSÖRİAZİS HASTALARINDA DEMODİKOZİS SIKLIĞININ BELİRLENMESİ

Seyfettin Mahir Koçak¹, İbrahim Halil Yavuz¹, Harbiye Dilek Canat¹, Gökür Özaydın Yavuz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

GİRİŞ: Demodeks türleri insan derisinin kommensal parazitleri olup, immün dengenin bozulduğu durumlarda yoğunluklarında artış ve klinik demodikozis gelişimi bildirilmiştir. IL-17/Th17 eksenin kutanöz bariyer bütünlüğü ve paraziter kontrol mekanizmalarında önemli rol oynamaktadır. Literatürde immünsüpresif ve biyolojik tedavi alan hastalarda Demodeks yoğunluğunda artış bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte, bu çalışmaların çoğu genel immünsüpresif tedavileri ele almakta; anti-IL-17 tedavilerinin Demodeks yoğunluğu ve klinik demodikozis gelişimi üzerindeki etkilerini doğrudan inceleyen çalışmalar sınırlı kalmaktadır. Bu çalışmada anti-IL-17 tedavisi alan psöriazis hastalarında yüz Demodex yoğunluğu ve demodikozis sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu kesitsel analitik gözlemsel çalışmaya toplam 98 psöriazis hastası dahil edildi. Anti-IL-17 tedavisi alan 49 hasta ile sistemik tedavi almayan 49 psöriazis hastası karşılaştırıldı. Yüz Demodeks yoğunluğu sağ yanak, sol yanak, alın ve burun bölgelerinden standardize yüzeysel deri biyopsisi yöntemiyle değerlendirildi. ≥ 5 Demodex/cm² klinik demodikozis olarak kabul edildi. 4 göz kapağından kirpik örnekleri mikroskopik olarak incelendi ≥ 1 Demodeks Demodeks foliküliti kabul edildi. Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

BULGULAR: Hastaların %57'si kadın, %43'ü erkek; kontrol grubunda ise %47'si kadın, %53'ü erkekti. Cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,312$). Hastaların yaş ortalaması $43,02 \pm 12,15$ yıl, kontrol grubunun ise $39,47 \pm 11,01$ yıl olup yaş açısından da gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,133$). Anti-IL-17 tedavisi alan grupta ortalama yüz Demodeks yoğunluğu kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($4,87 \pm 3,41$ vs $2,21 \pm 2,03$ Demodex /cm², $p<0,001$). Tüm yüz bölgelerinde Demodeks sayıları anti-IL-17 grubunda daha yüksekti (tüm bölgeler için $p<0,05$). Klinik demodikozis prevalansı anti-IL-17 grubunda % 73,5 iken kontrol grubunda % 36,7 olarak saptandı ($p=0,001$). Demodeks genel prevalansı anti-IL-17 grubunda %77,6 olup kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti ($p=0,001$). Alt grup analizinde iksekizumab kullanan hastalarda ortalama yüz Demodex yoğunluğu sekukinumab grubuna kıyasla daha yüksek bulundu ama anlamlı fark izlenmedi. Demodikozis sıklığı iksekizumab kullananlarda sekukinumab kullananlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (%85,2 vs %59,1, $p=0,04$). Kirpik Demodeks varlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi ($p>0,05$). Çok değişkenli

analizde anti-IL-17 tedavisi demodikozis ile bağımsız ilişkili bulundu (OR:3,135, %95 GA:1,093/8,994, p=0,034).

SONUÇ:Anti-IL-17 tedavisi alan psöriazis hastalarında yüz Demodeks yoğunluğu ve klinik demodikozis sıklığının artmış olması, IL-17/Th17 ekseninin Demodeks kontrolünde rol oynayabileceğini desteklemektedir. Literatürde STAT1 gain-of-function ve Th17 yanıt bozuklukları ile seyreden olgularda kronik ve dirençli demodikozis bildirilmiş olması, IL-17 eksenindeki immün disregülasyonun Demodex proliferasyonu ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde rosacea ve Demodeks blefariti çalışmalarında IL-17 aracılı inflamatuvar yanıtın Demodex yoğunluğu ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Mevcut bulgular, IL-17 blokajının yalnızca hastalık aktivitesini değil, aynı zamanda paraziter ekolojiyi de etkileyebileceğini düşündürmektedir. Anti-IL-17 tedavisi alan hastalarda Demodeks ilişkili bulguların klinik izlemde göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Kaynakça :

1. Aksoy H, Altıntaş Kakşı S, Gönüllü Ö, Aslan Kayıran M, Erdemir VA. Biologic therapy increases Demodex density in psoriasis patients. Int J Dermatol. Eylül 2024;63(9):1193-9. doi:10.1111/ijd.17161
2. Akilov O, Mumcuoglu K. Immune response in demodicosis. J Eur Acad Dermatol Venereol. Temmuz 2004;18(4):440-4. doi:10.1111/j.1468-3083.2004.00964.x
3. Foley R, Kelly P, Gatault S, Powell F. Demodex : a skin resident in man and his best friend. J Eur Acad Dermatol Venereol. Ocak 2021;35(1):62-72. doi:10.1111/jdv.16461
4. Shamriz O, Lev A, Simon AJ, Barel O, Javasky E, Matza-Porges S, vd. Chronic demodicosis in patients with immune dysregulation: An unexpected infectious manifestation of Signal transducer and activator of transcription (STAT)1 gain-of-function. Clin Exp Immunol. 16 Eylül 2021;206(1):56-67. doi:10.1111/cei.13636

Anahtar Kelimeler : Demodeks, Demodikozis, Psöriazis, Sekukinumab, İksekizumab

Resimler

Resim Açıklaması: Demodex folliculorum



Tablolar

Hasta ve kontrol grupları arasında Demodeks değerlerinin karşılaştırılması.

Demodeks (/cm ²)	Hasta	Kontrol	p
Sağ yanak	6,61±4,92	3,08±3,49	,001
Sol yanak	6,35±4,20	2,51±2,23	,001
Alın	4,20±4,11	1,73±2,16	,001
Burun	2,31±2,11	1,51±2,36	,004
Ortalama	4,87±3,41	2,21±2,03	,001

SB-20: SEBOREİK DERMATİT HASTALARINDA ÇİNKO DÜZEYİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Melike Çay¹, Nilay Duman¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Seboreik dermatit (SD), dermatolojide sık karşılaşılan, hayat kalitesini düşüren bir kronik deri hastalığıdır. Patogenezinde çeşitli intrensek ve ekstrensek faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Çinko, immün regülasyon ve deri fizyolojisinde önemli rolü olan bir iz elementtir. SD tedavisinde çinko içeren topikal ajanların yaygın olarak kullanılması, çinkonun hastalığın değerlendirilmesinde klinik olarak anlamlı bir rolü olup olmadığı sorusunu gündeme getirmektedir. SD’de serum çinko düzeyinin bir biyobelirteç olarak kullanımının klinik değerinin net olmadığı izlenmektedir. Bazı çalışmalarda SD hastalarında serum çinko düzeyleri düşük iken, diğer çalışmalarda anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışmada, Ege Üniversitesi (EÜ) Dermatoloji Polikliniği’ne başvuran SD tanılı hastalar ile SD tanısı olmayan bireylerin serum çinko düzeyleri karşılaştırılarak, çinkonun hastalıkla ilişkisi ve klinik açıdan ayırt edici bir gösterge olup olmadığı araştırıldı.

Materyal-Metod

Bu çalışma retrospektif ve karşılaştırmalı olarak yürütüldü. 2024–2025 yılları arasında EÜ Dermatoloji Polikliniği’ne başvuran hastaların kayıtları geriye dönük olarak incelendi ve serum çinko düzeyi bulunan, 18 yaş üzeri olgular çalışmaya alındı. SD tanılı 51 birey hasta grubunu, SD tanısı ve sistemik hastalığı olmayan 50 birey kontrol grubunu oluşturdu. Sistemik, neoplastik veya kronik inflamatuvar hastalığı bulunanlar, gebeler, emzirenler çalışma dışı bırakıldı. Serum çinko düzeyleri, EÜ Hastanesi laboratuvarında yapılan rutin biyokimyasal ölçümlere ait kayıtlar üzerinden incelendi.

İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS programı kullanılarak analiz edildi. Serum çinko düzeyleri ile SD varlığı arasındaki ilişkinin yaş ve cinsiyetten bağımsız olup olmadığını değerlendirmek amacıyla ROC ve lojistik regresyon analizleri yapıldı. $p<0,05$ istatistiksel anlamlı kabul edildi. Çalışma, EÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar No: 25-7T/39, 10.07.2025).

Bulgular

Çalışmada yaş ve cinsiyet açısından benzer 51 SD hastası ile 50 sağlıklı kontrol değerlendirildi. Hasta grubunda ortalama çinko düzeyi $79,45 \mu\text{g/dL}$ iken, sağlıklı kontrol grubunda $79,8 \mu\text{g/dL}$ olarak hesaplandı; gruplar arasında serum çinko düzeyi açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,866$). ROC analizinde serum çinko düzeyinin

ayırt edici gücü düşük bulundu (AUC=0,501, p=0,986). Lojistik regresyon analizinde serum çinko düzeyi ve diğer değişkenlerin hasta grubunda olma olasılığını öngörmeye istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p>0,05). Gruplara ait demografik ve biyokimyasal veriler ile ROC ve lojistik regresyon sonuçları tablolarda özetlenmiştir.

Sonuç

Yaş ve cinsiyet açısından benzer gruplarda yürütülen bu çalışmada, serum çinko düzeyinin seboreik dermatiti ayırt eden bir biyobelirteç olmadığı gösterilmiştir. Elde edilen bulgular, SD patogenezinin tek bir biyokimyasal parametre ile açıklanamayacağını ve tanı-öngörü süreçlerinde çoklu biyobelirteç yaklaşımlarına ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Kaynakça :

- Aktaş Karabay E, Aksu Çerman A. Seboreik dermatitte serum çinko düzeyleri: Olgu-kontrol çalışması. Turk J Med Sci. 2019;49(5):1503–1508.
- Mangion SE, Mackenzie L, Roberts MS, Holmes AM. Seboreik dermatit: Topikal tedavilerin gözden geçirilmesi. Eur J Pharm Biopharm. 2023;185:148–164.
- Ogawa Y, Kinoshita M, Shimada S, Kawamura T. Çinko ve deri hastalıkları. Nutrients. 2018;10(2):199.
- Kumar P, Lal NR, Mondal AK, Mondal A, Gharami RC. Çinko ve deri: Kısa bir özet. Dermatol Online J. 2012;18(1):1.
- Bukvić Mokoš Z, Kralj M, Bašta-Juzbašić A, Lakoš Jukić I. Seboreik dermatit: Güncel bilgiler. Acta Dermatovenereol Croat. 2012;20(2):98–104.
- Valia RG. Seboreik dermatitin etiyopatogenezi. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2006;72(4):253–255.
- Maverakis E, Fung MA, Lynch PJ, Michael DJ, Ruben B, Fazel N. Akrodermatitis enteropatika ve çinko metabolizmasına genel bakış. J Am Acad Dermatol. 2007;56(1):116–124.

Anahtar Kelimeler : Seboreik dermatit, Çinko, Serum, Biyobelirteçler, Retrospektif çalışmalar, Deri hastalıkları, Dermatoloji

Tablolar

Tablo-1 Gruplara göre demografik ve biyokimyasal özelliklerin karşılaştırılması

Değişken	SD (n=51)	Kontrol (n=50)	p
Yaş (yıl), ortalama (min–maks)	25 (18–80)	24 (18–75)	0,506
Serum çinko (µg/dL), ortalama±SS	79,45 ± 10,11	79,8 ± 10,6	0,866
Cinsiyet, n (%)			0,317
Kadın	32 (62,7)	37 (74)	
Erkek	19 (37,3)	13 (26)	

Tablo-2 Serum çinko için ROC analizi

Değişken	AUC(%95 GA)	p
Serum Çinko (µg/dL)	0,501 (0,387–0,615)	0,986

Tablo-3 Lojistik regresyon analizi

Değişken	Univariate OR (95% GA)	p	Multivariate OR (95% GA)	p
Erkek cinsiyet	1,69 (0,72–3,95)	0,226	1,74 (0,73–4,18)	0,213
Yaş	1,02 (0,99–1,05)	0,276	1,02 (0,99–1,05)	0,291
Serum çinko(µg/dL)	1,00 (0,96–1,04)	0,864	0,99 (0,95–1,03)	0,721

SB-21: SKABİYEZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ, KAŞINTI ŞİDDETİ, SİBERKONDRI VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE KAPSAMLI BİR DEĞERLENDİRME

Yezdan İpek Davarcıoğlu¹, Eda Karaismailoğlu², Aslan Yürekli¹

¹SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Giriş:

Skabiyez, *Sarcoptes scabiei var. hominis* infestasyonuna bağlı gelişen, yoğun kaşıntı ve tipik deri lezyonları ile seyreden bulaşıcı bir paraziter dermatozdur (1). Son yıllarda dünya genelinde ve Türkiye’de görülme sıklığında belirgin artış bildirilmiştir (2). Kronik kaşıntı yalnızca dermatolojik bir semptom olmayıp; uyku bozukluğu, anksiyete, sosyal izolasyon ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilidir (3). Ayrıca hastaların çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışları siberkondri eğilimini artırarak psikososyal yükü derinleştirebilir (4). Bu çalışmada skabiyez tanılı hastalarda kaşıntı şiddeti, yaşam kalitesi, uyku kalitesi ve siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem:

SBÜ Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği dermatoloji polikliniğinde yürütülen tek merkezli prospektif tanımlayıcı-kesitsel çalışmaya, klinik olarak skabiyez tanısı konulan 18 yaş ve üzeri 198 erişkin hasta dâhil edildi. Demografik veriler ile birlikte Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), görsel analog skala (GAS), Richard-Campbell Uyku Ölçeği ve siberkondri kısa formu uygulandı. İstatistiksel analizde değişkenler arası ilişkiler uygun parametrik veya nonparametrik testlerle değerlendirildi ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular:

Katılımcıların yaş ortalaması $35,8\pm12,5$ yıl olup %53’ü erkekti. Ortalama DLQI $10,65\pm7,19$, GAS $6,11\pm2,44$ ve siberkondri puanı $31,35\pm9,20$ olarak bulundu; toplam uyku kalitesi skoru $54,91\pm27,77$ idi. Hastalık süresi arttıkça GAS, DLQI ve siberkondri skorlarının anlamlı biçimde yükseldiği, uyku kalitesinin ise azaldığı saptandı (tümü $p<0,001$). GAS ile DLQI arasında güçlü pozitif ($r=0,834$), GAS ile uyku kalitesi arasında güçlü negatif korelasyon ($r=-0,794$) izlendi. DLQI ile siberkondri arasında güçlü pozitif ($r=0,715$), uyku kalitesi ile siberkondri arasında orta-güçlü negatif ilişki ($r=-0,694$) saptandı (tümü $p<0,001$). Ev nüfusu >4 olan hastalarda kaşıntı şiddeti ve yaşam kalitesi bozulması daha yüksek, uyku kalitesi ise daha düşüktü ($p<0,05$). Tedavi sayısı arttıkça GAS ve DLQI skorlarının yükseldiği ve uyku kalitesinin azaldığı görüldü ($p<0,001$).

Sonuç:

Skabiyez yalnızca paraziter bir enfestasyon değil, kaşıntı aracılığıyla yaşam kalitesi, uyku

ve psikososyal durum üzerinde belirgin etkileri olan çok boyutlu bir hastalıktır. Kaşıntı şiddeti ile yaşam kalitesi bozulması ve siberkondri arasındaki güçlü ilişki, klinik yaklaşımda psikososyal değerlendirmenin önemini göstermektedir. Skabiyeز hastalarının değerlendirilmesinde psikososyal etkilenimin rutin olarak sorgulanması, tedavi başarısını artıracak önemli bir klinik adım olabilir.

Kaynakça :

1. Yürekli A, Botsali A. Can we increase the success of scabies treatment? The effect of removing tunnels from patients in the success of scabies treatment. *Dermatol Ther.* 2022;35(9):e15701.
2. Uzun S, Durdu M, Yürekli A, Mülayim MK, Akyol M, Velipaşaoğlu S, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies. *Int J Dermatol.* 2024;63(12):1642–56.
3. Sinikumpu SP, Jokelainen J, Tasanen K, Timonen M, Huilaja L. Association between Pruritus and Psychosocial Well-being: A Population-based Study among 6,809 Subjects. *Acta Derm Venereol.* 2023;103:adv00837.
4. Starcevic V, Berle D, Arnáez S. Recent Insights Into Cyberchondria. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(11):56.

Anahtar Kelimeler : dermatoloji yaşam kalitesi, kaşıntı, siberkondri, skabiyeز, uyku bozukluğu

SB-22: BİR YAŞ ALTI BEBEKLERDE SKABİYEZ: ERKEN BAŞLANGIÇLI OLGULARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TANISAL TUZAKLAR

Zeynep TOPKARCI¹, Kıymet Sena MUCUK¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş

İnfantil skabiyeز, erişkin formdan morfolojik ve yerleşim açısından farklılıklar gösterebilmekte ve özellikle erken bebeklik döneminde tanısal güçlük oluşturabilmektedir. Bu çalışmada 0–12 ay arası bebeklerde skabiyeز olgularının yaş dağılımı, klinik özellikleri ve ayırıcı tanıdaki zorluklar değerlendirilmiş; özellikle yaşamın ilk iki ayındaki olgulara dikkat çekilmiştir.

Yöntem

Skabiyez tanısı alan 0–12 ay arası 50 bebek geriye dönük olarak analiz edilmiştir. Tanı yaşı, klinik yerleşim özellikleri, aile öyküsü ve tedavi yaklaşımları incelenmiştir. ≤2 ay yaş grubundaki olgular ayrıca değerlendirilmiştir. Tanı klinik bulgular ve dermoskopi ile doğrulanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 50 hastanın 29'u (%58) erkek, 21'i (%42) kız idi. Yaş dağılımı incelendiğinde olguların 16'sı (%32) ≤2 ay, 25'i (%50) 2–6 ay ve 9'u (%18) 6–12 ay grubunda yer almaktaydı.

Klinik olarak tüm yaş gruplarında palmoplantar ve gövde tutulumları izlendi. ≤2 ay grubundaki olgularda lezyonların sıklıkla annenin emzirdiği tarafta yoğunlaştığı kaydedildi. İnfantil derinin ince yapısı nedeniyle birçok olguda tüneller muayenede doğrudan gözlelenildi. Tüm hastalarda dermoskopik inceleme ile tanı doğrulandı.

Kaşımaya motor becerisi gelişmemiş bebeklerde sürtünme şeklinde hareketler gözlemlendi; muayene sırasında sağa-sola kelebekvari ritmik hareketler kaydedildi.

Tedavi tercihlerinde en sık permetrin içeren topikal preparatlar kullanıldı. Bazı olgularda topikal antibiyotikler tedaviye eklendi. Daha az sayıda hastada kükürtlü topikal ajanlar tercih edildi. Altı ay üzerindeki olgularda antihistaminikler tedaviye dahil edildi. Hastalara en az 15 gün süreyle günlük çay ağacı yağı içeren bebek şampuanı ile banyo önerildi.

Tartışma

Bu çalışma, bir yaş altı bebeklerde skabiyezin önemli bir sorun olduğunu ve olguların önemli bir kısmının yaşamın ilk iki ayında ortaya çıktığını göstermektedir. Erken infant dönemindeki yüksek oran, skabiyezin yalnızca daha büyük çocuklarda görülen bir infestasyon olmadığına, yaşamın ilk haftalarında dahi klinik olarak anlamlı düzeyde görülebileceğine işaret etmektedir.

Çok küçük bebeklerde lezyonların emzirilen tarafta belirginleşmesi, tekrarlayan temasın klinik dağılıma yansımaları açısından dikkat çekicidir. İnfantil derinin ince yapısı nedeniyle tünellerin klinik olarak seçilebilmesi ve dermoskopi ile hızla doğrulanabilmesi, bu yaş grubunda tanısız süreci kolaylaştırmaktadır.

Nodüler lezyonların histiyositoz ile karışabilmesi tanısız tuzak oluşturmaktadır. Ancak dermoskopinin kullanımı, gereksiz invaziv girişimlerin önlenmesine olanak sağlamaktadır. Bu durum özellikle erken infant döneminde biyopsiden kaçınma açısından klinik önem taşımaktadır.

Tedavi yaklaşımında topikal ajanların dikkatli seçildiğinde iyi tolere edildiği ve klinik yanıtın tatmin edici olduğu gözlenmiştir. Bu bulgular, erken infant döneminde uygun tedavinin güvenle uygulanabileceğini desteklemektedir.

Sonuç

Skabiyez, bir yaş altı bebeklerde sanılandan daha erken dönemde ortaya çıkabilen ve özellikle yaşamın ilk iki ayında sıklıkta görülebilen bir infestasyondur. Emzirilen tarafta belirginleşen asimetrik tutulum, ince deri nedeniyle görünür tüneller ve kendilerini kaşıyamayan bebekler için sürtünme hareketleri erken tanı açısından önemli klinik ipuçlarıdır.

Dermoskopi, histiyositoz ile karışan nodüler olgularda ayırıcı tanıda yüksek katkı sağlayan non-invaziv yöntemdir. Erken dönem klinik paternlerin tanınması, yanlış tanı ve gereksiz invaziv girişimlerin önlenmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler : Uyuz, infant, kaşıntı

SB-23: VİTİLİGO HASTALARINDA NÖROLOJİK KOMORBİDİTELER

Aslı Aksu¹, Hazel Ezgi Kaya¹, Osman Akbulut¹, Osman Vural², İlayda Esna Gülsunay³, Gül Şekerlisoy⁴, İlknur Kıvanç Altunay¹, Fatma İnci Ertaş¹, Asım Taşkın², Burçin Durmuş³, Mehmet Güzel İpek⁴

¹Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi

³Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi

⁴Ordu Devlet Hastanesi

Giriş: Vitiligo, epidermal melanositlerin seçici kaybı ile karakterize, kronik ve edinsel bir depigmentasyon hastalığıdır. Patogenezde öne sürülen nöral hipotez, kutanöz sinir uçlarından salınan nörokimyasal mediatörlerin melanositler üzerinde sitotoksik etkisini savunmaktadır. Dermatomal dağılım gösteren vitiligo olguları ve Waardenburg sendromu gibi nörokristopatiler bu biyolojik bağlantıyı desteklemektedir. Çalışmanın amacı, vitiligo hastalarında nörolojik hastalık sıklığını belirlemek ve nörolojik hastalık varlığı ile ilişkili olabilecek sosyodemografik ve klinik faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Çok merkezli, kesitsel çalışmaya dermatolojik muayene ile vitiligo tanısı konulmuş 18 yaş ve üzeri gönüllüler dahil edildi. Sistemik tedavi alan ve nörolojik komorbiditeye neden olabilecek sistemik hastalığı olan hastalar çalışmadan dışlandı.

Tüm katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedildi ve her bir katılımcının ayrıntılı nörolojik muayenesi nörolog tarafından gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 153 vitiligo hastasının 48 (%31.4)'ünde en az bir nörolojik hastalık saptanmıştır. Nörolojik hastalığı olan hastaların yaş, hastalık süresi, hastalık şiddeti, sigara-alkol kullanımı, vitiligo tipi, Fitzpatrick deri tipi ve lezyon dağılım alanları; olmayan hastalarla benzerdir ($p>0.05$). Nörolojik hastalığı olan grupta kadın oranı erkeklerden yüksektir ($p=0.001$). Ailede nörolojik hastalık ve otoimmün hastalık öyküsü olan hastalarda nörolojik hastalık oranı daha yüksektir (sırasıyla $p=0.01$, $p=0.003$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde oluşturulan model, olguların %70,6'sını doğru şekilde sınıflamıştır ($X^2(6)=22,189$; $P<0.001$). Bu modele göre kadın cinsiyet (OR: 2,65; %95 GA: 1,25–5,65; $P=0.011$) ve ailede nörolojik hastalık (OR: 2,83; %95 GA: 1,24–6,45; $P=0.014$) nörolojik hastalık için bağımsız bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Ailede nörolojik hastalık öyküsü riski 2.77 kat arttırmakla birlikte sınırda istatistiksel anlamlılık göstermiştir ($p=0.08$). Migren, vertigo ve epilepsi sıklığı genel popülasyonla benzerken ($p>0.05$), gerilim tipi baş ağrısı, nöropati ve medulla spinalis anormallikleri daha sık (sırasıyla $p=0.007$; $p=0.007$; $p=0.012$), huzursuz bacak sendromu ve esansiyel tremor ise daha nadir gözlenmiştir ($p=0.005$, $p=0.004$).

Sonuç: Bu çalışmada kadın cinsiyet ve ailede otoimmün hastalık, vitiligo hastalarında nörolojik hastalık varlığı için bağımsız risk faktörleri olarak saptanmıştır. Ailede nörolojik hastalık öyküsü klinik olarak anlamlı bir sinyal vermekte olup, daha geniş örneklemli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir. Vitiligonun sadece kutanöz bir hastalık olmadığı, sistemik ve nöroimmünolojik bir zeminde değerlendirilmesi önerilmektedir. Klinik pratikte özellikle kadın ve ailede otoimmün hastalık öyküsü bulunan hastalarda nörolojik semptomların sorgulanması uygun bir yaklaşım olabilir.

Kaynakça :

1. Sevimli Dikicier B, Demiryürek AT. Thin fiber neuropathy associated with vitiligo. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2019;53(3):271–275. <https://doi.org/10.31832/smj.453290>
2. van Geel N, Speeckaert R, Taieb A. The neural hypothesis in the pathogenesis of vitiligo: A review. Pigment Cell Res. 2007;20(6):445–451. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0749.2007.00408.x>

Anahtar Kelimeler : Vitiligo, Nörolojik Hastalık, Nöral Hipotez

SB-24: İLERİ EVRE RİNOFİMA TEDAVİSİNDE YÜKSEK FREKANSLI ELEKTROCERRAHİ

Ezgi Aktaş¹, Cemre Berin Güngör¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş

Rinofima; sebase bezler ve bağ dokusunda hipertrofi ile karakterize, burun deformitesine yol açan progresif bir deri hastalığıdır. İleri evre hastalar estetik kaygı, sosyal çekinme ve nazal obstrüksiyon ve uyku apnesi gibi fonksiyonel bozukluklar yaşayabilmektedir.¹⁻

³ Tedavi seçenekleri arasında dermabrazyon, lazer, bistüri ile eksizyon ve elektrocerrahi yer almaktadır.² Elektrocerrahi, kolay erişilebilir bir yöntem olup çevre sağlıklı dokulara verilen hasarı düşük düzeyde tutarak hipertrofik dokunun kontrollü şekilde uzaklaştırılmasını sağlar.^{4,5} Bu çalışmada, kliniğimizde yüksek frekanslı elektrocerrahi ile tedavi edilen ileri evre rinofima tanılı beş hasta sunulmaktadır.

Yöntem

El-Azhary⁶ sınıflamasına göre majör olarak değerlendirilen ileri evre rinofima tanılı beş hasta yüksek frekanslı elektrocerrahi ile tedavi edildi. Lokal anestezi sonrası 2.5–3 MHz frekansta, 30–40 W güçte ve kesme–koagülasyon modunda elektrocerrahi uygulandı. Lokal anestezi, %1 lidokain ve 1:200.000 epinefrin kullanılarak dorsal ve lateral nazal sinir blokları ile sağlandı. Bıçak uçlu elektrot ile retiküler dermise kadar katmanlı dekortikasyon gerçekleştirildi. İşlem, sarımsı renk tonu ve noktasal kanama ile karakterize olan retiküler dermisin görsel olarak ayırt edilebildiği seviyeye ulaşıncaya kadar sürdürüldü. Sebase bezlerin derin 1/3 segmentinin korunması hedeflendi. Hemostaz elektrokoagülasyon ile sağlandı. 12. haftada iyileşme, Doktor Global Değerlendirme ve Hasta Global Değerlendirme skorları kullanılarak değerlendirildi. İyileşme derecesi 0–3 arasında puanlandı (0: iyileşme yok, 1: hafif, 2: orta, 3: mükemmel). Hekimler kontur düzeni, rezidüel hipertrofi, skar oluşumu ve genel kozmetik sonucunu; hastalar ise tedavi memnuniyet düzeylerini, işlemin tekrarlanmasına yönelik istekliliklerini ve özgüvenlerindeki değişimi puanladı.

Bulgular

Beş erkek hasta yüksek frekanslı elektrocerrahi ile tedavi edilmiştir. Takip süresi 6 ay ile 2 yıl arasında değişmektedir. Hekim değerlendirmesine göre kozmetik sonuçlar üç hastada mükemmel, iki hastada orta düzeyde saptanmıştır. Buna karşın tüm hastalar kendi kozmetik sonuçlarını mükemmel olarak değerlendirmiştir. Bu nedenle ek girişim planlanmamıştır. Tüm hastalarda tam epitelizeasyon 10–14 gün içinde gözlenmiştir. Geçici eritem 3–6 hafta içinde tedavi gerekmeksizin gerilemiştir. Belirgin krutlanma veya

uzamış yara iyileşmesi izlenmemiştir. İşlem sırasında ve sonrasında oluşan ağrı tüm hastalar tarafından tolere edilebilir olarak tanımlanmıştır. Kontrol edilemeyen kanama veya enfeksiyon gibi komplikasyonlar gözlenmemiştir. Üç hastada hafif skar gelişmiş ancak ek tedavi gereksinimi olmamıştır. Bir hastada persistan dilate porlar saptanmıştır. Takip süresince hiçbir hastada nüks izlenmemiştir. Tüm hastalar kozmetik sonuçlardan memnun olduklarını ve işlemi başkalarına önerebileceklerini ifade etmiştir.

Sonuç

Yüksek frekanslı elektrocerrahi, ileri evre rinofima için etkili, tek seanslık bir tedavi seçeneği sunmakta olup düşük komplikasyon oranı, hızlı iyileşme ve başarılı kozmetik sonuçlar sağlamaktadır. Ablatif lazer cihazlarına kıyasla daha düşük maliyetli ve erişilebilir olması, yöntemi hem gelişmiş hem de kısıtlı kaynaklara sahip merkezlerde uygulanabilir kılmaktadır. Standart değerlendirme sonuçları, tüm hastalarda tutarlı klinik iyileşme sağlandığını, nüks izlenmediğini ve hasta memnuniyetinin yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymuştur.

Kaynakça :

1. Sadick H, Goepel B, Bersch C, et al. Rhinophyma: diagnosis and treatment options for a disfiguring tumor of the nose. *Ann Plast Surg.* 2008;61:114-120.
2. Rohrich R, Griffin J. Rhinophyma: Review and update. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110:860-70.
3. González LF, Herrera H, Motta A. Tratamiento con electrocirugía del rinofima moderado-grave *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109:e23---e26.
4. Taheri A, Mansoori P, Sandoval LF, et al. Electrosurgery, part I: basics and principles. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:591.e1-14; quiz 605-606.
5. Göktay F, Erfan G, Çelik NS, Öztürk C, Doruk T, Albayrak H, Yanık ME, Albayrak Ş. Early Cosmetic Results and Midterm Follow-up Findings of Rhinophyma Patients Treated With High-Frequency Electrosurgery and a Discussion on the Severity Assessment of the Disease. *J Cutan Med Surg.* 2017 May/Jun;21(3):221-226. doi: 10.1177/1203475417694860. Epub 2017 Feb 1. PMID: 28300449.
6. el-Azhary RA, Roenigk RK, Wang TD. Spectrum of results after treatment of rhinophyma with the carbon dioxide laser. *Mayo Clin Proc.* 1991 Sep;66(9):899-905. doi: 10.1016/s0025-6196(12)61576-6. PMID: 1921499.

Anahtar Kelimeler : dermatolojik cerrahi işlemler, elektrocerrahi, rinofima

SB-26: DE NOVO VE NEVÜS İLİŞKİLİ MELANOMLARIN KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Yıldız Gürsel ÜRÜN¹, Çağrı Enes YILMAZ¹, Mustafa ÜRÜN¹, Rabia SEZER¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Edirne

GİRİŞ

Kutanöz melanom, dünya genelinde en ölümcül deri kanseri olup, Amerika Birleşik Devletleri'nde erkeklerde en sık görülen beşinci (%7), kadınlarda ise altıncı (%4) kanser türüdür (1). Melanomların büyük çoğunluğu (%70–80) de novo, yani ilişkili bir nevüs olmaksızın gelişmektedir (2). Nevüs ile ilişkili melanomlar (NİM), de novo melanomlara kıyasla sağkalım açısından bir avantaj sağlayıp sağlamadığı halen net değildir(3). Bu çalışmada de novo ve NİM arasında demografik, klinik ve patolojik özelliklerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışmada histopatolojik olarak malign melanom tanısı almış 215 hastanın verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. Histopatolojik verilerine ulaşılamayan (n=35), in situ melanom tanısı alan (n=26) ve primer tümör kaynağı belirlenemeyen (n=11) toplam 72 hasta çalışma dışı bırakıldı. Primer kutanöz melanomu bulunan 143 hasta çalışmaya dahil edildi (Şekil 1).

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 143 hastanın ortalama yaşı 59,0 yıl olup, hastaların %51,0'i kadındı (n=73). Olguların 115'i (%80,4) de novo melanom, 28'i (%19,6) NİM grubunda yer almaktaydı. NİM hastaların %75'inde >50 nevüs bulunurken, de novo melanom grubunda bu oran %24,3 idi (p<0.001). NİM, de novo melanomlara kıyasla daha sık yüzeysel yayılan alt tipte (%39,3'e karşı %7,0), de novo melanomlar ise daha sık nodüler alt tipte (%62,6'ya karşı %32,1) saptandı (p<0.001). NİM en sık gövdede (%57,1) yerleşirken, de novo melanomlar daha sık baş-boyun bölgesinde (%39,1) izlendi (p=0.008). Ayrıca, NİM'in ≤50 yaş grubunda görülme oranı (%50,0), de novo melanomlara (%21,7) kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.004) (Tablo 1).

De novo ve NİM arasında histopatolojik bulgular açısından Breslow kalınlığının NİM'lerde daha ince olduğu görüldü (p = 0.0016) (Tablo 2).

SONUÇ

Literatürle uyumlu olarak, NİM'lerin daha genç hastalarda görüldüğü, çoğunlukla gövdede yerleştiği ve Breslow kalınlığının daha ince olduğu bildirilmektedir (2,3). Haenssle ve ark.nın çalışmasında da, çalışmamızla benzer şekilde, çok sayıda nevüs olan hastalarda NİM sıklığı daha yüksek bulunmuştur (4).Sonuç olarak NİM'lerde daha ince Breslow kalınlığının saptanması, erken tanı olasılığını desteklemekte ve çok sayıda nevüsü olan bireylerde düzenli dermatolojik izlemin gerekliliğini vurgulamaktadır.

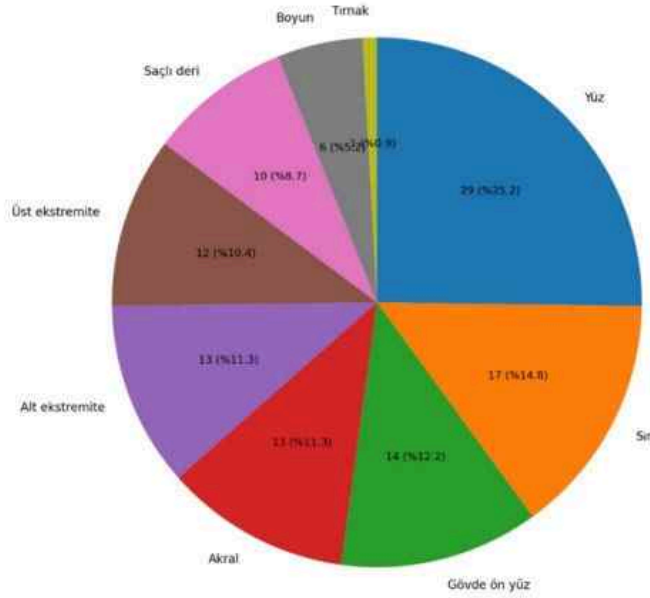
Kaynakça :

1. Tas F, Erturk K. De Novo and Nevus-Associated Melanomas: Different Histopathologic Characteristics but Similar Survival Rates. Pathol Oncol Res. 2020;26(4):2483-7.
2. Cymerman RM, Shao Y, Wang K, Zhang Y, Murzaku EC, Penn LA, et al. De Novo vs Nevus-Associated Melanomas: Differences in Associations With Prognostic Indicators and Survival. J Natl Cancer Inst. 2016;108(10).
3. Bosch-Amate X, Podlipnik S, Riquelme-Mc Loughlin C, Carrera C, Barreiro-Capurro A, García-Herrera A, et al. Clinicopathological, Genetic and Survival Advantages of Naevus-associated Melanomas: A Cohort Study. Acta Derm Venereol. 2021;101(3):adv00425.
4. Haenssle HA, Mograby N, Ngassa A, Buhl T, Emmert S, Schön MP, et al. Association of Patient Risk Factors and Frequency of Nevus-Associated Cutaneous Melanomas. JAMA Dermatol. 2016;152(3):291-8.

Anahtar Kelimeler : Melanoma , Nevus , Skin Neoplasms , Retrospective Studies

Resimler

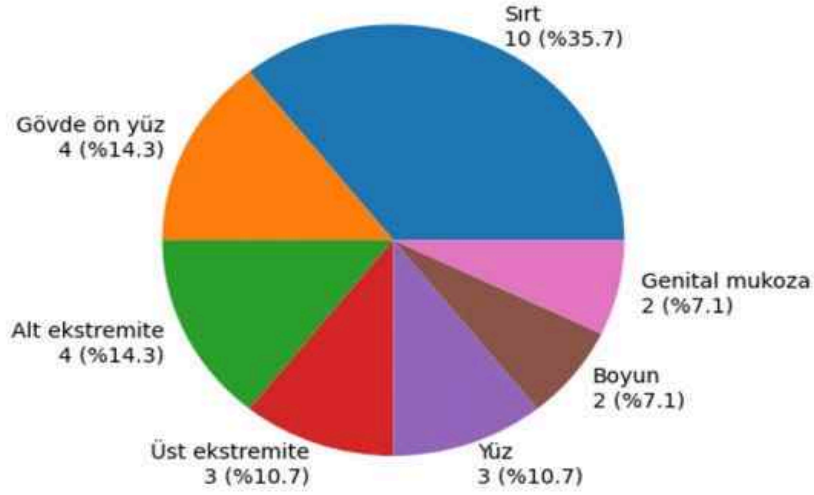
Resim Açıklaması: Şekil 2. De Novo Malign Melanom Gelişen Hastalarda Lokalizasyon Dağılımı



Resim Açıklaması: Şekil 1. Çalışma örnekleminin seçimini gösteren akış şeması



Resim Açıklaması: Şekil 3. Nevüs İlişkili Malign Melanom Gelişen Hastalarda Lokalizasyon Dağılımı



Tablolar

Tablo 1. Sosyodemografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

Değişken	De novo (n=115)	NİM (n=28)	Toplam (n=143)	p-değeri
Cinsiyet, n (%)				0.058
Kadın	54 (47.0)	19 (67.9)	73 (51.0)	
Erkek	61 (53.0)	9 (32.1)	70 (49.0)	
Nevüs sayısı, n (%)				<0.001
<20	29 (25.2)	0 (0.0)	29 (20.3)	

20–50	26 (22.6)	7 (25.0)	33 (23.1)	
>50	28 (24.3)	21 (75.0)	49 (34.3)	
Bilinmeyen	32 (27.8)	0 (0.0)	32 (22.4)	
Melanom alt tipi, n (%)				<0.001
Nodüler	72 (62.6)	9 (32.1)	81 (56.6)	
Yüzeyel yayılan	8 (7.0)	11 (39.3)	19 (13.3)	
Lentigo	10 (8.7)	0 (0.0)	10 (7.0)	
Akral	8 (7.0)	0 (0.0)	8 (5.6)	
Nadir Tipler*	5 (4.3)	3 (10.7)	8 (5.6)	
Nodüler + Akral	5 (4.3)	0 (0.0)	5 (3.5)	
Diğer	7 (6.1)	5 (17.9)	12 (8.4)	
Genel lokalizasyon, n (%)				0.008
Baş-Boyun	45 (39.1)	5 (17.9)	50 (35.0)	
Ekstremiteler	39 (33.9)	7 (25.0)	46 (32.2)	
Gövde	31 (27.0)	16 (57.1)	47 (32.9)	
Sentinel lenf nodu pozitifliği, n (%)				0.678
Yok	55 (48.7)	15 (53.6)	70 (49.6)	
Var	58 (51.3)	13 (46.4)	71 (50.4)	
Tanı anında uzak metastaz, n (%)				0.100
Yok	79 (68.7)	24 (85.7)	103 (72.0)	
Var	36 (31.3)	4 (14.3)	40 (28.0)	
Önceden kanser öyküsü, n (%)				0.370
Yok	96 (83.5)	26 (92.9)	122 (85.3)	
Var	19 (16.5)	2 (7.1)	21 (14.7)	
Yaşam durumu, n (%)				0.204

Sağ	61 (53.0)	19 (67.9)	80 (55.9)	
Ex	54 (47.0)	9 (32.1)	63 (44.1)	
Erken evre, n (%)				1.000
Yok	63 (54.8)	15 (53.6)	78 (54.5)	
Var	52 (45.2)	13 (46.4)	65 (45.5)	
Yaş grubu, n (%)				0.004
≤50	25 (21.7)	14 (50.0)	39 (27.3)	
>50	90 (78.3)	14 (50.0)	104 (72.7)	
İmmünsüpresyon öyküsü, n (%)				0.197
Yok	100 (87.0)	27 (96.4)	127 (88.8)	
Var	15 (13.0)	1 (3.6)	16 (11.2)	

Tablo 2. Patolojik bulguların karşılaştırılması

Değişken	De novo (n=115)	NİM (n=28)	Toplam (n=143)	p- değeri
Clark düzeyi, n (%)				0.606
I	2 (1.8)	2 (7.1)	4 (2.8)	
II	7 (6.1)	2 (7.1)	9 (6.3)	
III	21 (18.4)	4 (14.3)	25 (17.6)	
IV	64 (56.1)	16 (57.1)	80 (56.3)	
V	20 (17.5)	4 (14.3)	24 (16.9)	
Ülserasyon, n (%)				1.000
Yok	48 (41.7)	12 (42.9)	60 (42.0)	
Var	67 (58.3)	16 (57.1)	83 (58.0)	
Mitoz, n (%)				1.000

Yok	4 (3.5)	1 (3.6)	5 (3.5)	
Var	111 (96.5)	27 (96.4)	138 (96.5)	
Regresyon, n (%)				0.820
Yok	34 (29.6)	9 (32.1)	43 (30.1)	
Var	81 (70.4)	19 (67.9)	100 (69.9)	
Perinöral invazyon, n (%)				0.250
Yok	100 (87.0)	22 (78.6)	122 (85.3)	
Var	15 (13.0)	6 (21.4)	21 (14.7)	
Lenfatik invazyon, n (%)				0.524
Yok	70 (60.9)	19 (67.9)	89 (62.2)	
Var	45 (39.1)	9 (32.1)	54 (37.8)	
Vasküler invazyon, n (%)				0.059
Yok	108 (93.9)	23 (82.1)	131 (91.6)	
Var	7 (6.1)	5 (17.9)	12 (8.4)	
Mikrosatelitozis, n (%)				0.765
Yok	98 (85.2)	25 (89.3)	123 (86.0)	
Var	17 (14.8)	3 (10.7)	20 (14.0)	
Tümör lenfosit infiltrasyonu, n (%)				0.108
Yok	6 (5.3)	4 (14.3)	10 (7.0)	
Var	108 (94.7)	24 (85.7)	132 (93.0)	
BRAF mutasyonu, n (%)				0.646
Yok	77 (67.0)	20 (74.1)	97 (68.3)	
Var	38 (33.0)	7 (25.9)	45 (31.7)	
Breslow kalınlığı, ortalama $\pm$ SS (mm)	4.71 $\pm$ 4.47	2.08 $\pm$ 1.00		0.0016
Breslow kalınlığı, medyan (IQR)	3.0 (4.7)	2.0 (1.49)		

SB-27: BÜLLÖZ PEMFİGOİDLİ HASTALARDA OMALİZUMAB ETKİNLİĞİNİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayda Acar², Ece Okumuşlar Tozman¹, Aytan Polat¹, Nilay Duman¹, Işıl Karaarslan¹, İlgen Ertam Sağduyu¹, İdil Ünal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Özel Muayenehane, İzmir

Amaç: Büllöz pemfigoid (BP), çoğunlukla ileri yaştaki kişileri etkileyen otoimmün büllöz bir hastalıktır. BP yönetimindeki temel prensiplerden biri hastanın uzun süreli sistemik kortikosteroidlere (KS) maruz kalmasını azaltmaktır. İmmunglobulin E'yi inhibe eden monoklonal antikör olan omalizumab (OMZ), BP tedavisinde etkili bir seçenektir fakat etkinliğine ilişkin sınırlı sayıda rapor bulunmaktadır. Bu çalışmada, endikasyon dışı kullanım onayı alınarak tedavide OMZ uygulanan BP tanılı hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesiyle, OMZ'nin BP'deki etkinliği ve bu etkinliği belirleyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmamıza Eylül 2009 - Nisan 2024 tarihleri arasında BP tanısı alarak OMZ tedavisi uygulanmış 49 hasta dahil edilmiştir. Hastaların verileri; yaş, cinsiyet, eşlik eden malignite varlığı ve tipi, dipeptidil peptidaz-4 inhibitörü (DPP-4) kullanımı, PD-1 inhibitörü maruziyeti, tedavi öncesi ve sonrası eozinofil sayısı, total IgE düzeyi, omalizumab kullanım süresi (ay), uygulanan aylık doz, kombine tedavi varlığı, sistemik/topikal kortikosteroid kullanımı, tetrasiklin tedavisi, önceki tedavi rejimleri ve tedavi yanıtı, sağ kalım durumu gibi değişkenleri içerecek şekilde hasta takip formlarından elde edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 49 hastanın 28'i kadın , 21'i erkekti. Olguların yaş ortalaması 78,3 yıldır. Malignite öyküsü 6 hastada , DPP-4 inhibitörü kullanım öyküsü 7 hastada mevcuttu. PD-1 inhibitörü kullanan hasta bulunmamaktaydı. Tüm hastalara topikal KS tedavisi uygulanmış olup, sistemik KS tedavisi 33 hastada, tetrasiklin türevi antibiyotikler ise 9 hastada kombine tedavi olarak kullanılmıştır. Eozinofili 23 hastada saptanmıştır. Omalizumab tedavisi öncesinde ortalama eozinofil sayısı $860,9/\text{mm}^3$ olup, tedavi sonrası bu değer ortalama $222,3/\text{mm}^3$ 'e düşmüştür ($p=0,779$). IgE düzeyleri 3 hasta dışında yüksek saptandı; ortalama değer $1442,8 \text{ IU/ml}$ olarak bulundu. Omalizumab tedavi süresi, ortalama 6,75 ay, tedavi dozu tüm hastalarda 600 mg/ay şeklinde uygulandı. Tedaviye yanıt, 43 hastada olumlu olarak değerlendirilirken, 6 hastada yanıt alınamamıştır. 47 hastadan 3'ü izlem sürecinde exitus olmuş, 44'ü sağ kalmıştır. Sistemik kortikosteroid tedavisi alan hastalarda tedavi yanıtı daha yüksek oranda gözlenmiştir ($p=0,069$). Cinsiyet, malignite varlığı, DPP-4 kullanımı, periferik eozinofili varlığı, tetrasiklin tedavisi uygulanması ve hastanın sağkalım durumu gibi faktörlerin tedavi yanıtı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır. **Sonuç:** Bu çalışma, ileri yaş grubundaki ve komorbiteleri nedeniyle diğer immünsupresif ilaçların kullanımının kısıtlı olduğu BP hastalarında

OMZ'nin etkili bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir. Tedavi öncesi ve sonrası eozinofil sayılarında gözlenen belirgin azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, OMZ'nin eozinofilik inflamasyon üzerindeki etkisini göstermiştir. BP hastalarında IgE seviyeleri sıklıkla yüksektir, fakat çalışmamızda IgE düzeyi ile tedavi yanıtı arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Cinsiyet, eşlik eden malignite, gliptin kullanımı, eozinofili varlığı, tetrasiklin tedavisi gibi klinik değişkenlerin OMZ yanıtı ile ilişkili olmaması, tedaviye yanıtının multifaktöriyel ve bireysel immünolojik yanıtlarla şekillendiğini ortaya koymaktadır.

Kaynakça :

1. Pratasava V, Sahni VN, Suresh A, et al. Bullous Pemphigoid and Other Pemphigoid Dermatoses. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(10):1061.
2. Moro F, Fania L, Sinagra JLM, Salemme A, Di Zenzo G. Bullous Pemphigoid: Trigger and Predisposing Factors. *Biomolecules*. 2020;10(10):1432.
3. Goldring C.E., Sanderson J.P., Naisbitt D.J. Drug Hypersensitivity. Karger Publishers; Basel, Switzerland: 2007. Drugs as Haptens, Antigens, and Immunogens
4. Izumi K, Nishie W, Mai Y, et al. Autoantibody Profile Differentiates between Inflammatory and Noninflammatory Bullous Pemphigoid. *J Invest Dermatol*. 2016;136(11):2201-2210.
5. Ameglio F, D'Auria L, Cordiali-Fei P, et al. Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris: correlated behaviour of serum VEGF, sE-selectin and TNF-alpha levels. *J Biol Regul Homeost Agents*. 1997;11(4):148-153.
6. Stavropoulos PG, Soura E, Antoniou C. Drug-induced pemphigoid: a review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(9):1133-1140.
7. Di Zenzo G, Della Torre R, Zambruno G, et al. Bullous pemphigoid: From the clinic to the bench. *Clin Dermatol* 2012;30:3-16
8. Joly P, Roujeau JC, Benichou J, et al. A comparison of two regimens of topical corticosteroids in the treatment of patients with bullous pemphigoid: A multicenter randomized study. *J Invest Dermatol* 2009;129:1681-7.

Anahtar Kelimeler : Büllöz Pemfigoid, Komorbidite, Omalizumab, Yaşlı

SB-28: PEMFIGUSTA KLİNİK TUTULUM TİPİ İMMÜNFLORESAN BULGULARLA ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ? 386 HASTALIK RETROSPEKTİF ANALİZ

Banu Ötkür Özügen¹, Yekbun Yaşa¹, Rifkiye Küçükoğlu², Yasir Emen¹

¹ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi; Deri Ve Zührevi Hastalıkları

²İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi ;Deri Ve Zührevi Hastalıkları

Amaç: Pemfigus hastalarında klinik alt grupların belirlenmesinde klinik tutulum tipi ile immünfloresan bulgular arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı. Ayrıca demografik, klinik, histopatolojik ve immünopatolojik özellikler birlikte analiz edilerek tanısal yaklaşıma katkı sağlayabilecek bulgular araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: 1976–2008 yılları arasında otoimmün büllü hastalık tanısı alan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Kesin pemfigus tanılı 386 hasta çalışmaya dahil edildi. Olgular klinik özelliklerine göre mukozal tip ve kutanöz tip olarak sınıflandırıldı. Demografik özellikler, klinik tutulum tipleri, sitolojik ve histopatolojik bulgular ile direkt ve indirekt immünfloresan sonuçları karşılaştırıldı. Serolojik bulgular da değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama tanı yaşı 44.77 yıl olup kadın predominansı saptandı (E/K=1:1.5). En sık alt grup %85.2 ile pemfigus vulgaris olup bunu pemfigus eritematozus ve pemfigus foliaceus izledi. Olguların %80.3'ünde mukozal tip, %19.7'sinde kutanöz tip tutulum mevcuttu. Pemfigus foliaceus ve pemfigus eritematozus çoğunlukla kutanöz tip ile uyumlu iken pemfigus vulgaris ve pemfigus vejetans olgularında mukozal tutulum baskındı.

Tzanck yaymasının duyarlılığı %92, histopatolojik incelemenin duyarlılığı %88 olarak bulundu. Subkorneal ayrışma gösteren olguların %85'inde kutanöz tip, suprabazal ayrışma gösterenlerin %86'sında mukozal tip klinik izlenmekteydi. Direkt immünfloresan inceleme %97.6 pozitiflik oranı ile en duyarlı yöntemdi. En sık bulgu IgG intersellüler birikimi (%96) olup olguların %74'ünde C3 eşlik etmekteydi. Bazal membranda lineer C3 birikimi pemfigus vejetans ve paraneoplastik pemfigus olgularında daha sık saptandı (p<0.001).

Direkt immünfloresan bulguları ile klinik tutulum tipleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Buna karşılık anti-desmoglein antikor profilleri ile klinik tutulum arasında belirgin uyum izlendi.

Sonuç: Direkt immünfloresan inceleme pemfigus tanısında en duyarlı yöntemdir ancak klinik alt grupların belirlenmesinde sınırlıdır. Klinik bulgular ve desmoglein antikor profilleri alt grup ayırımında daha yol gösterici görünmektedir. Atipik immünfloresan

paternleri özellikle pemfigus vejetans ve paraneoplastik pemfigus açısından uyarıcı olabilir.

Kaynakça :

Amagai M.

Autoimmune and infectious skin diseases that target desmogleins.

Proceedings of the Japan Academy. 2010;86:524–537.

Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L.

Dermatology. 4th ed. Elsevier; 2018.

Harman KE, Seed PT, Gratian MJ.

Diagnosis of pemphigus by immunofluorescence.

British Journal of Dermatology. 2000;142:193–198.

Kneisel A, Hertl M.

Autoimmune bullous skin diseases. Part 1: Clinical manifestations.

Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 2011;9:844–856.

Murrell DF et al.

Definitions and outcome measures for pemphigus.

Journal of the American Academy of Dermatology. 2008;58:1043–1046.

Schmidt E, Zillikens D.

Pemphigoid and pemphigus.

Lancet. 2013;381:320–332.

Stanley JR, Amagai M.

Pemphigus, bullous impetigo, and the staphylococcal scalded-skin syndrome.

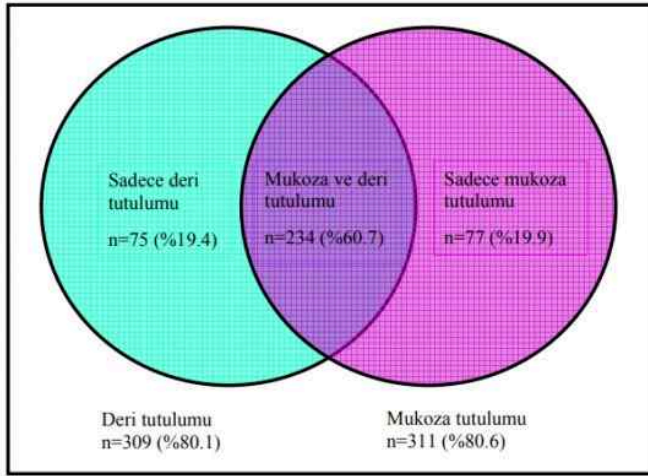
New England Journal of Medicine. 2006;355:1800–1810

Anahtar Kelimeler : Antibodies, Desmogleins, Immunofluorescence, Pemphigus, Retrospective Studies

Resimler

Resim Açıklaması: Pemfigus hastalarında klinik tutulum oranı

Şekil 4. Pemfiguslu hastalarda klinik tutulum oranı



Resim Açıklaması: Pemfiguslu hastalarda DİF inceleme sonuçları

Tablo 15. Pemfiguslu hastalarda DİF inceleme sonuçları

DİF inceleme	Hasta sayısı	Yüzdesi (%)
Pozitif	247	97.6
Negatif	6	2.4
Total	253	100.0

Resim Açıklaması: Pemfiguslu hastalarda İİF inceleme sonuçları

Tablo 16. Pemfiguslu hastalarda İİF inceleme sonuçları

İİF inceleme	Hasta sayısı	Yüzdesi (%)
Pozitif	269	94.7
Negatif	15	5.3
Total	284	100.0

SB-29: PEMFİGUS VULGARİS HASTALARINDA HASTALIK ŞİDDETİ İLE İNFLAMATUAR PARAMETRELERİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Sevim Baysak¹, Göktürk Yiğitoğlu¹, Meltem Akgün¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

Giriş: Bu çalışmanın amacı, pemfigus vulgaris (PV) hastalarında klinik hastalık şiddeti ile sistemik inflamasyonu yansıtan inflamatuvar parametreler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği'nde 2022–2025 yılları arasında takip edilen, pemfigus vulgaris patoloji tanılı 37 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Retrospektif klinik-analitik özellikteki bu çalışmada hastaların dosya verileri hastane bilgi sistemi üzerinden geriye dönük olarak incelenmiştir. Hastalık şiddeti Pemphigus Disease Area Index (PDAI) ile değerlendirilmiştir. Serum C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), hematolojik parametreler ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) kolesterol değerleri kaydedilmiştir. Ayrıca Nötrofil/Lenfosit Oranı (NLO), Platelet/Lenfosit Oranı (PLO), Monosit/Lenfosit Oranı (MLO), Eozinofil/Lenfosit Oranı (ELO), Sistemik İmmün-Inflamasyon İndeksi (SII) ve Monosit/HDL Oranı (MHO) hesaplanmıştır. Normal dağılım Shapiro–Wilk testi ile değerlendirilmiş; grup karşılaştırmalarında Mann–Whitney U testi, korelasyon analizlerinde Spearman testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 50.65 ± 12.48 yıl olup olguların %62.2'si kadındır (Tablo 1). PDAI ortalaması 10.46 ± 7.67 olarak bulunmuş olup hastaların %75.7'si hafif, %24.3'ü orta şiddet grubunda yer almaktadır (Tablo 1). PDAI puanı ile CRP, ESR ve hesaplanan inflamatuvar indeksler arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır (tüm $p > 0.05$; Tablo 2). PDAI şiddetine göre yapılan karşılaştırmalarda da parametreler açısından anlamlı farklılık izlenmemiştir (tüm $p > 0.05$; Tablo 3). MLO değeri orta şiddet grubunda daha yüksek bulunmasına rağmen (0.35 ± 0.36 'ya karşı 0.23 ± 0.13) bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır ($z = 1.807$; $p = 0.073$; Tablo 4).

Sonuç: Bu çalışmada pemfigus vulgaris hastalarında klinik hastalık şiddeti ile sistemik inflamatuvar parametreler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, pemfigus vulgariste hastalık aktivitesinin yalnızca sistemik inflamatuvar indekslerle açıklanamayabileceğini düşündürmektedir ve inflamatuvar biyobelirteçlerin klinik skorlarla birlikte değerlendirilmesinin daha uygun olabileceğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler : pemfigus vulgaris, c-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı, nötrofiller, total lenfosit sayısı, monositler, HDL kolesterol

Resimler

Resim Açıklaması: Tablo 1

Tablo 1. Bireylerin Demografik Özellikleri

TÜM BİREYLER (n=37)		
Yaş (yıl)	Ort±SS	50,65±12,48
	Medyan (Min-Max)	50,0 (20-75)
Cinsiyet, n (%)		
Kadın		23 (62,2)
Erkek		14 (37,8)
Süre (yıl)	Ort±SS	5,68±4,13
	Medyan (Min-Max)	4,0 (1-14)
Mukoza, n (%)		
Yok		5 (13,5)
Var		32 (86,5)
PDAI	Ort±SS	10,46±7,67
	Medyan (Min-Max)	9,0 (2-40)
Şiddet, n (%)		
Hafif		28 (75,7)
Orta		9 (24,3)

Resim Açıklaması: Tablo 2

Tablo 2. PDAI Puanı ile Parametreler Arasındaki İlişki

	PDAI Puanı	
	rho (r _s)	p
CRP (mg/L)	-0,057	0,737
ESR (mm/saat)	0,019	0,911
Nötrofil (10 ³ /uL)	-0,045	0,793
Lenfosit (10 ³ /uL)	-0,055	0,748
Monosit (10 ³ /uL)	0,119	0,482
Trombosit (10 ³ /uL)	-0,077	0,651
Eozinofil (10 ³ /uL)	0,130	0,444
HDL (mg/dL)	0,135	0,427
NLO	0,030	0,858
PLO	0,061	0,721
MLO	0,279	0,094
ELO	0,195	0,247
SII	0,063	0,711
MHO	0,028	0,869

rho (r_s):Spearman İlişki Katsayısı

Resim Açıklaması: Tablo 3

Tablo 3. PDAI Şiddeti ile Parametreler Arasındaki İlişki

	ŞİDDET	
	rho (r _s)	p
CRP (mg/L)	0,089	0,602
ESR (mm/saat)	-0,027	0,876
Nötrofil (10 ³ /uL)	0,041	0,808
Lenfosit (10 ³ /uL)	0,018	0,917
Monosit (10 ³ /uL)	0,251	0,134
Trombosit (10 ³ /uL)	-0,027	0,876
Eozinofil (10 ³ /uL)	0,139	0,413
HDL (mg/dL)	0,003	0,986
NLO	-0,018	0,917
PLO	-0,006	0,972
MLO	0,301	0,070
ELO	0,165	0,328
SII	0,047	0,781
MHO	0,184	0,276

rho (r_s):Spearman İlişki Katsayısı

Resim Açıklaması: Tablo 4

Tablo 4. PDAI Şiddetine Göre Göre Parametrelerin Karşılaştırılması

	PDAI ŞİDDETİ				Test İstatistigi	
	Hafif (n=28)		Orta (n=9)			
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z	p
ESR	19,39±16,32	15,5 (4-78)	15,78±7,84	15,0 (4-32)	z=0,160	0,876
CRP	4,76±7,29	1,5 (0,1-32,7)	21,17±43,59	1,6 (0,1-133)	z=0,531	0,614
HDL	52,10±20,57	50,0 (28-136)	49,80±14,28	42,7 (33-70)	z=0,018	0,986
NLO	2,76±2,16	2,0 (1,02-11,4)	3,69±4,77	1,8 (1,02-16,2)	z=0,106	0,931
PLO	166,06±125,99	136,4 (45,1-588,3)	138,66±58,45	112,2 (92,5-267,1)	z=0,035	0,986
MLO	0,23±0,13	0,19 (0,08-0,72)	0,35±0,36	0,24 (0,19-1,30)	z=1,807	0,073
ELO	0,08±0,05	0,07 (0,01-0,18)	0,13±0,12	0,09 (0,005-0,36)	z=0,991	0,336
SII	755,94±635,01	540,6 (240,3-2990,7)	873,27±923,39	619,6 (227,5-3288,1)	z=0,283	0,794
MHO	0,009±0,01	0,009 (0,001-0,022)	0,0128±0,01	0,01 (0,006-0,025)	z=1,103	0,286

z:Mann Whitney U Testi

SB-30: KERATOAKANTOM VE SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM TÜMÖR MİKROÇEVRESİNDEKİ T LENFOSİTLER VE PROGRANÜLİN EKSPRESYONU

Yeşim Dede Yumru¹, Vefa Aslı Erdemir¹, Bengü Çobanoğlu Şimşek², Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Deri ve Zührevi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Keratoakantom (KA), kendiliğinden gerileyen seyriyle benign bir deri tümörü olarak bilinse de malign süreçler gösterebilen kutanöz skuamöz hücreli karsinom (kSHK) ile klinik ve histopatolojik olarak birbirinden ayıran sınırlar net olmayabilir. KA'nın regresyon göstermesinde immünitinin rolü ise tartışmalı bir konudur (1,2). Tümöral mikroçevrede yer alan CD8+ ve CD4+ T lenfositler, tümörü tanıyıp yok ederek baskılayıcı rol oynayabildiği; FOXP3+ regülatör T lenfositler (Treg) gibi immünsüpresif hücreler de tümör gelişimine katkı sağlayabileceği öne sürülmektedir (3,4). Öte yandan, tümörögenizde rol oynadığı bilinen bir büyüme faktörü olan progranulin (PRGN) de T lenfosit çoğalmasını baskıladığı ve Treg oluşumu uyararak immünosupresif özellikler taşıyabilmektedir (5,6). Amacımız, KA ve kSHK'nin immün çevresindeki T lenfosit profilleri ile tümöral PRGN ekspresyonu arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve KA'nın regresyonundaki potansiyel mekanizmaları ayrıntılı bir şekilde incelemektir.

METOD: Çalışmaya, hastanemiz dermatoloji kliniğinde 2017-2024 yılları arasında klinik ve histopatolojik olarak tanısı almış 30 KA ve 33 kSHK olgusu dahil edildi. Tümörlerin biyopsi doku örneklerine immünohistokimyasal olarak CD4, CD8, FOXP3 ve PRGN boyaları uygulandı. Çalışmamız "TDD Uzmanlık Öğrencileri Araştırma Projeleri Bursu" tarafından desteklenmiştir.

BULGULAR: Çalışmamızda, KA olgularının %30'unda (n=9) tanısal biyopsi yapılmış ve bu olgulardan 4'ünde biyopsi sonrası regresyon gözlenmişken, kSHK olgularının %63,6'sına (n=21) tanısal biyopsi yapılmış ve hiçbirinde regresyon meydana gelmemiştir. Her iki tümörün immün çevresinde CD8+ hücrelerin, CD4+ hücrelerden daha baskın olduğu tespit edildi (kSHK p=0.018, KA p=0.014). Bunun yanı sıra, kSHK ile KA olguları arasında CD4+ ve CD8+ hücreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlenmedi (p=0,109) (Şekil-1, Tablo-1). Her iki tümörün stromasını infiltre eden CD8+ ile FOXP3+ hücre sayısı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (p=0,000). KA olgularının büyük çoğunluğunda (%96,7) zayıf ile orta düzeylerde tümöral PRGN ekspresyonu gözlenirken, kSHK olgularının çoğunluğunda (%78,5) orta ile güçlü düzeylerde PRGN ekspresyonu tespit edilmiştir, ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Şekil 2, Şekil-3, Tablo-2). Ayrıca, orta ile güçlü düzeylerde PRGN ekspresyonu gösteren KA olgularında, FOXP3+ hücre sayısının, zayıf düzeyde PRGN ekspresyonu gösteren KA olgularından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (p=0,007). kSHK olgularında ise,

PRGN ekspresyonu ile CD4+, CD8+, FOXP3+ hücre sayıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

SONUÇ:KA'nın stromasındaki CD8+ lenfositlerin CD4+'lere baskın olması, regresyonun CD8+ hücre aracılı immün çevrede gerçekleştiğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra, KA lezyonlarında PRGN ekspresyonunun, immünsüpresif FOXP3+ Treg hücrelerinin artışı tetikleyen bir faktör olarak rol oynayabileceği dikkat çekmektedir. FOXP3+ ile CD8+ hücre sayısı arasında pozitif korelasyon bulunması ise, Treg hücrelerinin immün çevredeki bilinen baskılayıcı etkisinin, sitotoksik CD8+'lerin sayısal olarak azalmasına neden olmadan, bu hücrelerin fonksiyonlarını etkisiz hale getirdiğini düşündürmektedir. Ayrıca, kSHK lezyonlarında, KA gibi benign süreçler izleyen tümörlere göre daha fazla PRGN eksprese edildiği ortaya konulmuştur. Ancak, KA ile ayırımında biyobelirteç olarak kullanılabilmesi için daha fazla incelenmesi gereklidir

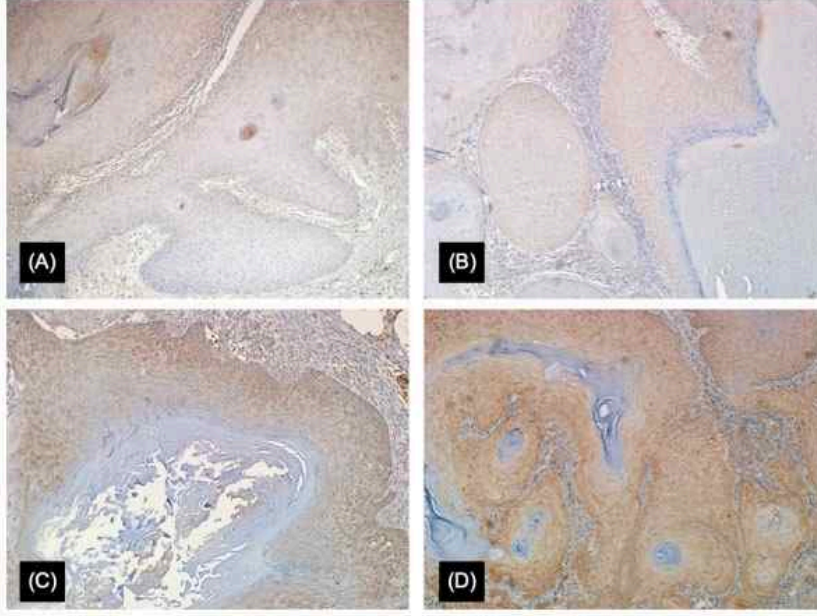
Kaynakça :

1. Ko CJ. Keratoacanthoma: Facts and controversies. Clin Dermatol. 2010;28(3):254–61.
2. Schwartz RA. Keratoacanthoma. J Am Acad Dermatol. 1994;30(1):1–19.
3. Arneth B. Tumor microenvironment. J Medicina. 2020;56(15).
4. Fontenot JD, Gavin MA, Rudensky AY. Foxp3 programs the development and function of CD4+CD25+ regulatoryT cells. J Immunol. 2017;198(3):986–92.
5. Kwack KH, Lee HW. Progranulin Inhibits Human T Lymphocyte Proliferation by Inducing the Formation ofRegulatory T Lymphocytes. Mediators Inflamm. 2017;2017.
6. Ventura E, Ducci G, Benot Dominguez R, Ruggiero V, Belfiore A, Sacco E, et al. Progranulin Oncogenic Network inSolid Tumors. Cancers (Basel). 2023;15(6).

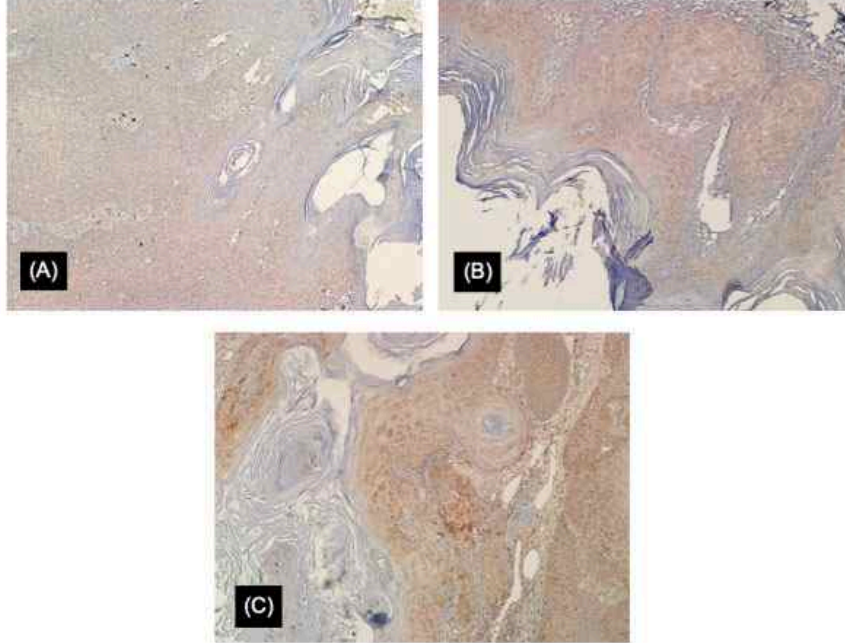
Anahtar Kelimeler : FOXP3+ T lenfosit, Keratoakantom, Progranülin, Skuamöz Hücreli Karsinom

Resimler

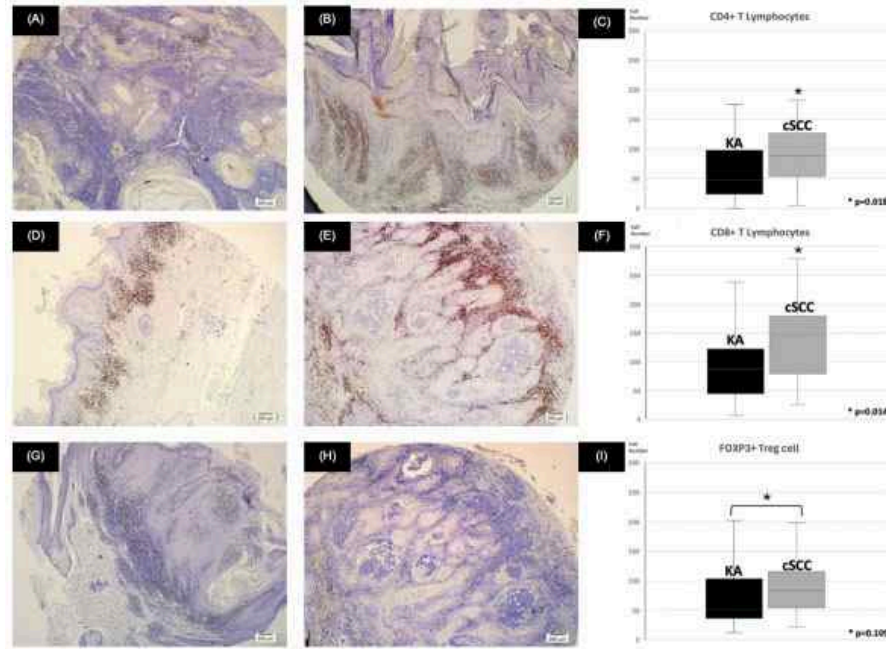
Resim Açıklaması: Şekil-2: Kutanöz skuamöz hücreli karsinom (kSHK) örneklerinde Progranulin ekspresyonuna yönelik immünohistokimyasal boyama.(A) Negatif boyanma,(B) zayıf pozitif (+1),(C) orta derecede pozitif (+2) ve (D) güçlü pozitif (+3) progranulin immünreaktivitesi görülmektedir. Orijinal büyütme: ×400.



Resim Açıklaması: Şekil-3: Keratoakantom(KA) örneklerinde Progranulin ekspresyonuna yönelik immünohistokimyasal boyama.(A) Negatif boyanma,(B) zayıf pozitif (+1),(C) orta derecede pozitif (+2) ve (D) güçlü pozitif (+3) progranulin immünreaktivitesi görülmektedir. Orijinal büyütme: ×400.



Resim Açıklaması: Şekil-1:Keratoakantom (KA) ve kutanöz skuamöz hücreli karsinom (kSHK) örneklerine ait CD4⁺, CD8⁺ ve FOXP3⁺ hücrelerin immünohistokimyasal boyaması. KA (A, D, G) ve kSHK (B, E, H) örnekleri anti-CD4, anti-CD8 ve anti-FOXP3 antikorları ile boyanmıştır. İlgili hücre sayıları (C, F, I) ortalama $\pm$ standart sapma olarak sunulmuştur. Orijinal büyütme: $\times 40$.(KA: n = 30, kSHK: n = 33)



Tablolar

Tablo-1: Keratokantom(KA) ve kutanöz skuamöz hücreli karsinom(kSHK) olgularının CD4⁺,CD8⁺, FOXP3⁺ hücre sayısı.

CD4+ Hücre Sayısı	KA Olguları (n:30)	kSHK Olguları(n:33)	p değeri
Ort.±SD (medyan)	68,2±59,9 (47,1)	91,8±46,8 (89)	0,018
CD8+ Hücre Sayısı	KA Olguları (n:30)	kSHK Olguları(n:33)	p değeri
Ort.±SD (medyan)	98,0±64,7 (87,1)	143,9±78,2 (147,25)	0,014
FOXP3+ Hücre Sayısı	KA Olguları (n:30)	kSHK Olguları(n:33)	p değeri
Ort.±SD (medyan)	89,8±104,2 (51,6)	85,7±43,6 (82,7)	0,109
CD8+/FOXP3+ hücre sayısı oranı	KA Olguları (n:30)	kSHK Olguları(n:33)	p değeri
Ort.±SD	1,6±1,0	2,0±1,4	0,356

Tablo-2: Keratokantom(KA) ve kutanöz skuamöz hücreli karsinom(kSHK) olgularında tümöral Progranulin ekspresyon düzeylerinin karşılaştırılması. p değeri:0,240.

Progranulin ekspresyonu (n-%)	KA Olguları (n:30)	kSHK Olguları(n:33)
Negatif Boyanma	0 (0,0%)	3 (9,1%)
Zayıf (+1) Boyanma	18 (36,7%)	4 (12,1%)
Orta (+2) Boyanma	11 (60,0%)	10 (30,3%)
Güçlü (+3) Boyanma	1 (3,3%)	6 (48,5%)

SB-31: BÜLLÖZ PEMFİGOİD HASTALARINDA HASTALIK ŞİDDETİ İLE İNFLAMATUAR PARAMETRELERİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Sevim Baysak¹, Elif Şahin¹, Selin Sezer¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmada büllöz pemfigoid (BP) hastalarında, hastalık şiddeti ile inflamatuvar belirteçler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği'nde 2021–2025 yılları arasında takip edilen, patoloji ile doğrulanmış büllöz pemfigoid tanılı 38 hasta çalışmaya dahil edildi. Retrospektif klinik-analitik özellikteki bu çalışmada hasta verileri hastane bilgi işlem sisteminden geriye dönük olarak elde edildi. Hastalık şiddeti Bullous Pemfigoid Disease Area Index (BPDAI) ile, semptom şiddeti ise Görsel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. Serum CRP, ESR, total IgE, albumin ve hematolojik parametreler kaydedildi; nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR) ve sistemik inflamasyon yanıt indeksi (SIRI) hesaplandı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 72,89±14,29 yıl, ortalama hastalık süresi 13,42±21,12 ay olarak saptandı. Olguların %84,2'si kadındır. Ortalama BPDAI skoru 45,71±27,32 olup hastaların %76,3'ü orta ve yüksek hastalık şiddeti grubunda yer almaktaydı. BPDAI skoru ile CRP arasında orta düzeyde pozitif korelasyon (r=0,448;

p=0,005), BPDAl skoru ve albümin arasında ise zayıf düzeyde negatif korelasyon ($r=-0,396$; $p=0,014$) saptandı. Ayrıca hastalık şiddeti arttıkça CRP düzeylerinin anlamlı biçimde yükseldiği ($r=0,514$; $p=0,001$); hafif ve yüksek şiddet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu ($p=0,005$) belirlendi. Buna karşın BPDAl puanı ile ESH, VAS, total IgE, hematolojik parametreler, inflamatuvar indeksler (NLR, PLR, SIRI) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların %94,7'sinde en az bir komorbidite bulunmakta olup, en sık hipertansiyon (%73,7) ve diabetes mellitus (%65,8) eşlik etmekteydi.

İlaç kullanımı değerlendirildiğinde en sık beta blokerler (%42,1), antiagreganlar (%39,5), proton pompa inhibitörleri (%34,2) ve tiyazid diüretiklerin (%28,9) kullanıldığı görüldü. Bunları metformin (%26,3), DPP-4 inhibitörleri (%26,3), SSRI'lar (%26,3), ACE inhibitörleri (%23,7), SGLT-2 inhibitörleri (%21,1), statinler (%18,4), kalsiyum kanal blokerleri (%18,4), insülin (%15,8), alfa blokerler (%7,9) ve tiazolidindion grubu antidiyabetikler (%5,3) izlemekteydi.

BPDAl ile total IgE arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ($p>0,05$); VAS ile total IgE arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon ($r=0,758$; $p<0,001$), VAS ile eozinofil arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ($r=0,551$; $p<0,001$) saptandı. Bu bulgular, BP'de pruritus patogenezinin yalnızca inflamatuvar yük ile değil, IgE-aracılı immün mekanizmalarla da ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

SONUÇ: BPDAl ile CRP arasında saptanan pozitif korelasyon, CRP'nin hastalık aktivitesini yansıtmaya potansiyeline sahip olabileceğini düşündürmektedir. Albümin düzeylerindeki düşüşün artmış inflamatuvar yük ile ilişkili olabileceği değerlendirilebilir. Hematolojik inflamasyon indekslerinin hastalık şiddeti ile ilişkisi net olarak ortaya konulamamıştır. VAS skorunun total IgE ve eozinofil düzeyleri ile korelasyonu ise pruritusun immünolojik aktivite ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bulgularla daha geniş örneklemli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmanın retrospektif olması ve sınırlı örneklem büyüklüğü önemli kısıtlılıklar arasındadır.

Anahtar Kelimeler : BP, İnflamatuvar parametreler, Total IgE, Pruritus

POSTER BİLDİRİLER

EP-01: NADİR GÖRÜLEN BİR SİSTEMİK HASTALIĞIN HABERCİSİ OLARAK ÜRTİKER: BİR OLGU SUNUMU

Ali Çöl¹, Özdemir Can Tüzer², Mustafa Can Şenoymak³, Burçe Can Kuru¹

¹İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

²İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alerji ve İmmünoloji Kliniği

³İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Kliniği

Giriş

Otoimmün (tip IIb) Kronik spontan ürtiker (KSÜ), düşük IgE seviyeleri ile seyreden, dirençli ürtikerle karakterize ve otoimmün komorbiditelerin sık görüldüğü bir rahatsızlıktır. Otoimmün poliglandüler sendrom tip 2 (OPS-2), primer adrenal yetmezlik, otoimmün tiroid hastalığı ve tip 1 diabetes mellitus (DM)' un eşlik ettiği nadir bir otoimmün sendromdur.

Biz burada otoimmün KSÜ ile ciltte jeneralize hiperpigmentasyonun eşlik ettiği nadir bir OPGS-2 vakasını sunacağız.

Olgu

25 yaşında kadın hasta, 2 yıldır devam eden KSÜ sebebiyle Alerji ve İmmünoloji polikliniğine başvurdu. Altı ay önce dış merkezde KSÜ tanısı alan hasta, omalizumab 300mg/ay ve oral siklosporin 3 mg/kg/gün tedavisi almaktaydı. Dermatolojik muayenede bilateral ön kollarda multipl eritemli ödemli papül ve plaklar izlendi (Figür 1A ve Figür 1B). Hastanın hastalığının en aktif döneminde çektiği fotoğraflar incelendi (Figür 2A ve 2B). Hastada Ürtiker kontrol testi (ÜKT) 6, kronik ürtiker yaşam kalitesi anketi (KÜYKA) 75 olarak hesaplandı. Hastanın 1 yıldır bilinen Hashimoto tiroiditi olup haftaiçi 50 µg/gün, haftasonu 25 µg/gün şeklinde levotiroksin tedavisi almaktaydı. Ayrıca hastaya bozulmuş glukoz toleransı nedeniyle metformin 500mg/gün başlanmış olup, hasta ilacını düzensiz kullanmaktaydı. Hastanın laboratuvar tetkikleri Tablo-1' de verilmiştir. Laboratuvar tetkikleri değerlendirilen hastada görülen serum total IgE düşüklüğü nedeniyle hastada Otoimmün (tip 2b) KSÜ olduğu anlaşılmış oldu. İlk kontrolünde hasta ürtiker şikayetlerine ek olarak kendisinde artan halsizlik şikayetleriyle beraber son 4 aydır öncelikle dudak ve dirseklerinden başlayarak tüm vücuduna yayılan cilt koyulaşması geliştiğini tarafımıza ilettili. Hastanın geçen yıldan bir fotoğrafıyla güncel hali karşılaştırıldığında (Figür 3A ve 3B) hastada melanin hiperpigmentasyonu varlığı farkedildi. Hastada bu noktada primer adrenal yetmezlik (Addison hastalığı) ihtimali

düşünüldü ve var olan hashimoto tiroiditiyle beraber bozulmuş glukoz toleransı da göz önünde bulundurularak Otoimmün Poliglandüler Sendrom Tip-2 (OPS-2) olabileceği ihtimali göz önüne alındı. Endokrinolojik açıdan tanıya yönelik tetkikleri ve otoantikörleri istendi (Tablo-2). Hastanın laboratuvar tetkikleri değerlendirilerek hastaya Addison hastalığı, tip 1 diabetes mellitus ve hashimoto tiroiditinin eşlik ettiği OPS-2 tanısı konuldu. Hastanın levotiroksin tedavisi her gün 50 µg olarak düzenlendi, steroid replasmanı başlandı ve ekzojen insülin ihtiyacı açısından yakın takibe alındı. Hastanın omalizumab dozu 450mg/ay ve siklosporin dozu 4 mg/kg/gün şeklinde düzenlendi. 2. hafta kontrolünde hastanın ÜKT 14, KÜYKA 25 olarak görüldü, tedavinin yakın takiple beraber aynı dozlarla devamına karar verildi.

Sonuç

Bu olgu, cilt bulgularının sistemik hastalıkların erken belirtisi olabileceğini gösteren, otoimmün KSÜ ile OPS-2 birlikteliği olan dünyada bildirilen ikinci vaka olup, bir OPS-2 hastasında ürtiker şikayetlerinin diğer tüm otoimmün endokrin bozukluklardan önce var olduğu literatürdeki ilk vakadır. Total IgE seviyeleri normal veya düşük olan, tedaviye dirençli ürtikerin yanında eşlik eden otoimmün özellikler saptanan tüm hastalar, erken tanı koyabilmek ve hayatı tehdit edebilecek komplikasyonları önlemek amacıyla endokrin otoimmünite açısından sistemik bir değerlendirmeye alınmalıdır.

Kaynakça :

1. Ramos-Prola A ve diğ. Chronic autoimmune urticaria as a possible non-endocrine manifestation of autoimmune polyglandular syndrome type II. *Endocrinol Nutr.* 2011;58(9):503-505.
2. Murdaca G ve diğ. Prevalence of autoimmune and autoinflammatory diseases in chronic urticaria: Pathogenetic, diagnostic and therapeutic implications. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;54(1):1-12.
3. Kolchir P ve diğ. Chronic spontaneous urticaria associated with vitiligo and thyroiditis (autoimmune polyglandular syndrome IIC): Case series. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2016;12:27.
4. Kolchir P ve diğ. Autoimmune chronic spontaneous urticaria: What we know and what we do not know. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;139(6):1772-1781.
5. Kolchir P ve diğ. Comorbidity of chronic spontaneous urticaria and autoimmune thyroid diseases: A systematic review. *Allergy.* 2017;72(10):1440-1460.
6. Bracken SJ ve diğ. Autoimmune theories of chronic spontaneous urticaria. *Front Immunol.* 2019;10:627.
7. Wong D ve diğ. Endotypes of chronic spontaneous urticaria and angioedema. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2021;21(5):451-458.
8. Maronese CA ve diğ. IgG and IgE autoantibodies to IgE receptors in chronic

spontaneous urticaria and their role in the response to omalizumab. J Clin Med. 2023;12(1):378.

9. Pesqué D ve diğ. Autoimmune diseases and low baseline immunoglobulin E in chronic spontaneous urticaria. J Allergy Clin Immunol Pract. 2023;11(12):3763-3771

Anahtar Kelimeler : Otoimmünite Kronik Spontan Ürtiker Ürtiker kontrol testi
Omalizumab Siklosporin Kronik ürtiker yaşam kalitesi anketi Hashimoto tiroiditi
Levotiroksin Primer adrenal yetmezlik Addison Hastalığı Hiperpigmentasyon Otoimmün
Poliglandüler Sendrom Tip 1 Diabetes Mellitus

Resimler

Resim Açıklaması: Figür 3A ve 3B



Figür 3A



Figür 3B

Resim Açıklaması: Figür 1A ve 1B



Figür 1A



Figür 1B

Resim Açıklaması: Figür 2A ve 2B



Figür 2A



Figür 2B

Tablolar

Tablo 1

Laboratuvar testi	Sonuç	Normal aralık
Antitiroglobulin antikör	445 IU/mL	90-115
Anti TPO	117 IU/mL	0-34
Total IgE	6,7 IU/mL	<100
TSH	8,44 mIU/mL	0,5-5,10
Serbest T3	4,34 ng/dL	2-4,4
Serbest T4	0,83 ng/L	0,75-1,70
Hbs Ag	Negatif	Yok
Anti HIV	Negatif	Yok
Anti HCV	Negatif	Yok
Ferritin	20 mcg/L	13-150
Vitamin B12	309 ng/L	197-771
Sedimentasyon	2 mm/saat	0-20
Kreatinin	0,72 mg/dL	0,6-1,2
AST	24 U/L	<32
ALT	10 U/L	<33
ALP	71 U/L	35-105
GGT	13 U/L	<32
Triptaz	5,21 mcg/L	<11,5
Total kolesterol	149 mg/dL	<200
LDL	98 mg/dL	<130
HDL	51 mg/dL	>50

Trigliserit	72 mg/dL	<200
CRP	0,6 mg/L	0-8
Gaita parazit incelemesi	Negatif	Yok

Tablo 2

Laboratuvar Testi	Sonuç	Normal aralık
Serum kortizol (sabah)	0,19 µg/dL	4,82-19,5
ACTH	>2000 ng/dL	7,2-63,3
HbA1C	6,02%	4-5,7
Glukoz	98	70-100
C-peptid	0,88 ng/mL	1,1-4,4
İnsülin	1,1 µIU/mL	2,6-24,9
Anti-adacık antikorları	Pozitif	Yok
Anti-GAD	>2000 IU/mL	<10

EP-02: PAROTİS TÜMÖRÜNÜ TAKLİT EDEN NADİR BİR ENFEKSİYON: PAROTİS AKTİNOMİKÖZÜ

 ahika Sena ŞENER YILDIZ¹, Melih AKYOL¹, Ramazan Oğuz Y CEER²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Sivas

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Sivas

GİRİŞ

Aktinomikoz, *Actinomyces israelii* kaynaklı granülomatoz ve kronik süpüratif seyirli nadir bir bakteriyel enfeksiyondur. En sık servikofasiyal bölgede görülmekle birlikte parotis bezinin tutulumu oldukça nadirdir. Klinik ve radyolojik olarak maligniteyi taklit edebilmesi tanıda gecikmeye ve gereksiz cerrahi girişimlere yol açabilmektedir.

OLGU

Altmı  be  yaşında kadın hasta, üç aydır devam eden sol parotis bölgesinde  i lik, kızarıklık ve ağrı  ik yeti ile başvurdu. Sistemik semptom, travma veya di  tedavisi öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede sol parotis lokalizasyonunda yaklaşık 5×4 cm boyutlarında, eritemli, hassas, deriden kabarık, infiltratif nodüler lezyon ve üzerinde  lsere alan izlendi (Resim 1). Tüberküloz açısından yapılan PPD testi 0 mm olarak değerlendirildi.

Di  merkezde yapılan ince i ne aspirasyon biyopsisinde benign bulgular saptanmış ve antibiyotik tedavisi ba lanmı tı ancak klinik yanıt alınamamı tı. Hastanemizde yapılan ultrasonografide parotis lojunda hipoeoik lezyon izlendi. Kültürde  reme saptanmadı. Kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografisinde sol parotis bezinde ve  evre yumuşak dokuda kontrastlanma gösteren, periferik kontrastlanan apse/kitle ile uyumlu nodüler lezyon saptandı (Resim 2).

Klinik ve radyolojik bulgular nedeniyle parotis bezi neoplazisi, bakteriyel apse, skrofuloderma, enfekte dermoid kist ve kutanöz metastaz ayırıcı tanıda değerlendirildi. Tekrarlanan ince i ne aspirasyon biyopsisi sonucu önemi belirsiz atipi olarak raporlandı.

Kesin tanı amacıyla dermatoloji kliniğimizde deri biyopsisi alındı. Histopatolojik incelemede sülfür granülleri ve filamentöz bakteri kolonileri izlenerek aktinomikoz tanısı konuldu (Resim 3).

Hasta daha önce intravenöz ampisilin-sulbaktam ve oral amoksisilin-klavulanat tedavisi almıştı. Biyopsi sonucu beklenirken azitromisin tedavisi verildi. Tanı do rulandıktan sonra oral amoksisilin tedavisi ile izlem sürdürüldü ve izlemde lezyonda belirgin klinik gerileme gözlendi (Resim 4).

SONUÇ

Parotis aktinomikozu nadir görölmesine rağmen klinik ve radyolojik olarak maligniteyi taklit edebilir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi tanısal olmayabilir ve yanlış negatif sonuçlar verebilir. Klinik şüphe varlığında histopatolojik değerlendirme tanıda belirleyici rol oynar. Baş-boyun bölgesinde maligniteyi düşündüren süpüratif nodüler lezyonlarda aktinomikoz ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve uygun antibiyotik tedavisi cerrahi gereksinimini azaltabilir.

Kaynakça :

- Nayak L, DiMaio M, Jeffrey RB. Extraglandular extension of parotid actinomycosis after sonographically guided fine-needle aspiration. J Ultrasound Med 2013;32:715-6.
- Mamais C, Dias A, Walker J, et al. Parotid actinomycosis mimicking metastatic lymphadenopathy. West Indian Med J 2011;60:349-50.
- Lee DH, Jung EK, Lee JK, Lim SC. Actinomycosis of the parotid gland: case series. Ann Palliat Med.2021;10(6):6883–6889. doi:10.21037/apm-21-1439
- Varghese BT, Sebastian P, Ramachandran K, Pandey M. Actinomycosis of the parotid gland masquerading as malignant neoplasm. BMC Cancer. 2004;4:7. doi:10.1186/1471-2407-4-7

Anahtar Kelimeler : Aktinomikoz, Parotis Bezi, Parotis Tümörleri

Resimler

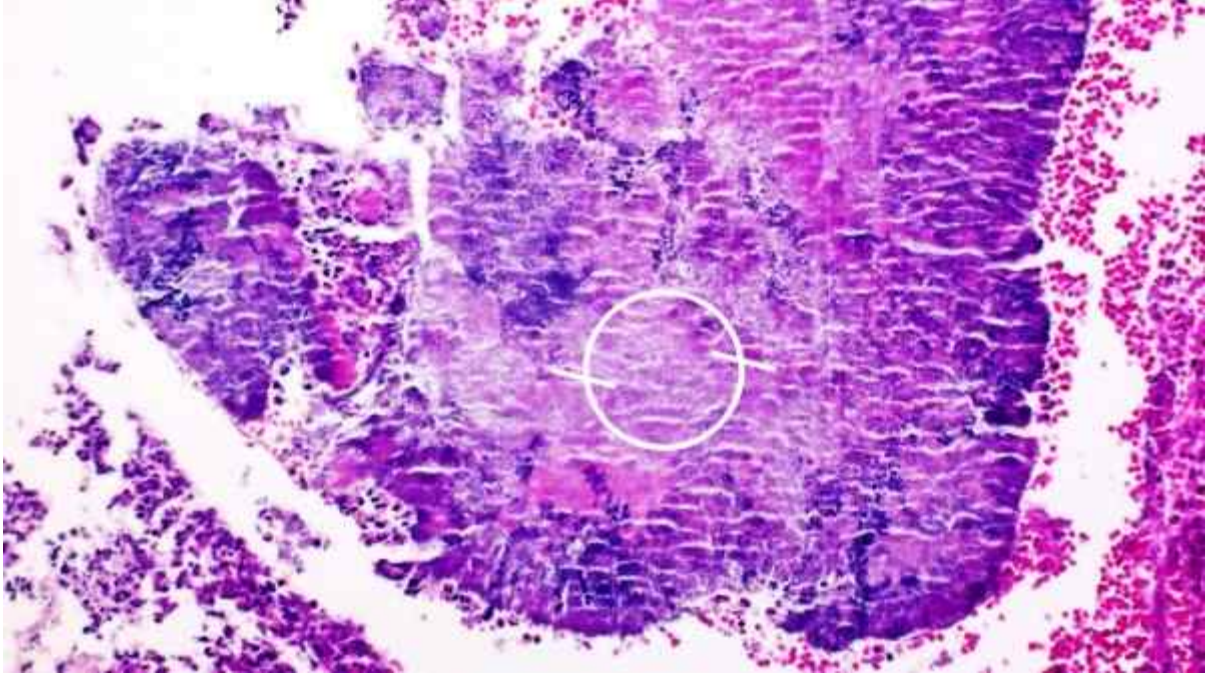
Resim Açıklaması: Resim 4.Tedavisi sonrası



Resim Açıklaması: Resim 2. C+ Boyun BT: Sol parotis bezinde ve ciltte kalibrasyon artışı ve kontrastlanma dikkat çekiyor. Periferik kontrastlanan apse/kitle şüphesi uyandıran nodüler lezyon izleniyor.



Resim Açıklaması: Resim 3. Histopatolojik incelemede merkezi bazofilik sülfür granülü ve çevresinde radyal dizilim gösteren filamentöz bakteri kolonileri ile yoğun inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlenmektedir.



Resim Açıklaması: Resim 1. Hastanın başvuru sırasındaki klinik fotoğrafında (sol profilden) parotis bölgesindeki şişlik ve ülser lezyon görülmektedir.



Tablolar

Literatür ile Karşılaştırma

	Olgumuz	Varghese et al. (2004) olgusu	Lee et al. (2021) serisi
Cinsiyet	Kadın	Erkek	3E / 2K
Tutulum	Sol parotis	Sol parotis	%80 sağ parotis
İİAB sonrası fistül	Yok	Yok	2 hastada gelişti
Kemik erozyonu	Yok	Var	Yok
Tedavi	2 hf IV +2 ay oral penisilin	3 hf oral penisilin	6 g IV+2 ay oral
Nüks	Yok	Yok	1 hastada 2 yıl sonra

EP-03: KOLŞİSİN TEDAVİSİ ALTINDAKİ FMF HASTASINDA PERSİSTAN ERİTEMA NODOSUM: VASKÜLİTSİZ SEPTAL PANNİKÜLİT İLE UYUMLU OLGU

Şahika Sena ŞENER YILDIZ¹, Melih AKYOL¹

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Sivas

Amaç:

Eritema nodosum (EN), sıklıkla sistemik hastalıklarla ilişkili, vaskülitli septal pannikülit ile karakterize bir pannikülitir. Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) hastalarında kolşisin tedavisi altında EN gelişimi nadirdir. Bu olguda, kolşisin tedavisi altında gelişen persistan EN olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:

Altmış yaşında, 20 yıldır FMF tanısıyla izlenen ve 15 yıldır düzenli kolşisin kullanan kadın hasta, sol pretibial bölgede altı aydır devam eden eritemli, nodüler lezyonlar nedeniyle

başvurdu. FMF açısından klinik alevlenme bulgusu saptanmadı. Fizik muayenede sol ayak bileği ve pretibial bölgede hassas, hiperpigmente nodüler lezyonlar izlendi. Görüntülemelerde subkutan ödem ile uyumlu bulgular saptandı. Histopatolojik incelemede vaskülit bulgusu olmaksızın septal pannikülit izlendi ve eritema nodosum tanısı konuldu.

Tedavi ve Seyir:

Kolşisin tedavisine ek olarak kısa süreli düşük doz sistemik kortikosteroid ve nonsteroid antiinflamatuvar tedavi başlandı. Lezyonlar dört hafta içinde geriledi. Nüks nedeniyle hidroksiklorokin tedavisi başlanan hastada takipte yeni lezyon izlenmedi.

Sonuç:

Kolşisin tedavisi altındaki FMF hastalarında gelişen persistan eritema nodosum, subklinik inflamatuvar aktivitenin bir göstergesi olabilir. Bu olgu, kolşisine rağmen gelişen EN'nin FMF'te önemli bir dermatolojik uyarı işareti olabileceğini göstermektedir.

Kaynakça :

- 1- Atlas and Synopsis of Lever's Histopathology of the Skin THIRD EDITION
- 2- Temel Dermatoloji, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2023

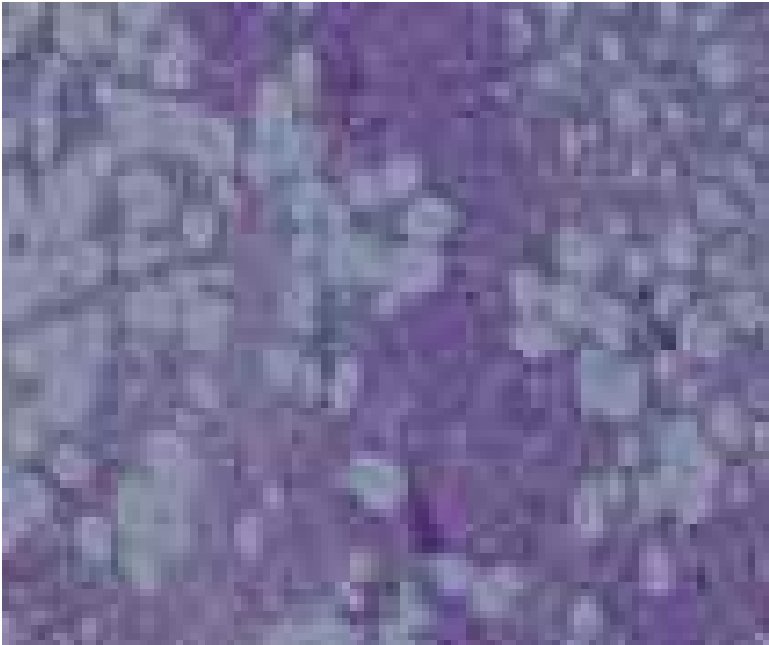
Anahtar Kelimeler : Eritema Nodosum, Ailesel Akdeniz Ateşi, Pannikülit

Resimler

Resim Açıklaması: Pretibial bölgede eritemli nodüler lezyonlar



Resim Açıklaması: Miescher'in radyal modülleri



Resim Açıklaması: Enflamasyon ağırlıklı olarak subkutan septayı içerir.



Resim Açıklaması: Yağ lobüllerinin kenarlarındaki makrofajlar, fagosite edilmiş lipidden "köpük hücreli" bir görünüme sahiptir.



EP-04: ZOSTERİFORM DAĞILIM GÖSTEREN AKCİĞER ADENOKARSİNOMU KUTANÖZ METASTAZI: TANISAL TUZAK

Ela Gazal¹, Ümit Türsen¹, Yasemin Yuyucu Karabulut²

¹Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ

Kutanöz metastazlar nadir görülmekle birlikte internal malignitelerin ileri evresini gösterebilen önemli deri bulgularıdır ve bazı olgularda malignitenin ilk belirtisi olarak ortaya çıkabilir.(1) Dermatomal (zosteriform) dağılım, özellikle immünsüprese hastalarda herpes zoster ile kolaylıkla karışarak tanıda gecikmeye yol açabilir.(2,3) Vezikülsüz, ağrısız ve antiviral tedaviye yanıtsız zosteriform lezyonlarda metastaz olasılığının erken dönemde akla getirilmesi ve biyopsi ile doğrulanması kritik önem taşır. Bu yazıda, başlangıçta herpes zoster düşünülen ancak biyopsi ile akciğer adenokarsinomuna bağlı kutanöz metastaz tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU

Altmış beş yaşında erkek hasta, gövdenin sol yanında yaklaşık 1 aydır mevcut tek taraflı döküntü ile başvurdu. Muayenede sol gövde lateralinde hafif hiperpigmente zemin üzerinde T7–T9 dermatomlarıyla sınırlı zosteriform dağılım gösteren, ağrısız papüler lezyonlar izlendi; vezikül, krut veya ülserasyon saptanmadı. Özgeçmişinde 2,5 yıl önce akciğer adenokarsinomu tanısı ve mediastinal-abdominal lenfadenopatilerle metastatik hastalık nedeniyle sistemik tedavi öyküsü mevcuttu. İmmünsüpresyon ve dermatomal dağılım nedeniyle herpes zoster ön tanısıyla valasiklovir başlandı; hasta yaklaşık 6 ay sonra yeniden değerlendirme amacıyla başvurdu. Bu değerlendirmede, başlangıçta 2–3 dermatomu etkileyen lezyonların genişleyerek sol gövde anterolateralinin büyük kısmını kapladığı ve T2–T10 dermatomlarını içine alacak şekilde yayılım gösterdiği izlendi. Lezyonların hiperpigmente zemin üzerinde, yer yer birleşme eğiliminde, infiltrate viyolase papül ve plaklar şeklinde belirgin progresyon gösterdiği saptandı (Resim 1). Ağrısız seyir, vezikül bulunmaması ve antivirale yanıtsızlık nedeniyle kutanöz metastaz düşünülerek punch biyopsi alındı. Histopatolojide dermiste glandüler yapılar oluşturan tümöral infiltrasyon, lakünler içinde neoplastik hücre kümeleri ve lenfositik infiltrasyon izlendi; lenfovasküler invazyon mevcuttu. Neoplastik hücrelerde nükleer TTF-1 pozitifliği saptanması üzerine bulgular akciğer adenokarsinomu metastazı ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 2). Klinik seyir tekrarlayan plevral efüzyonlar, perikardiyal sıvı ve pulmoner emboli ile komplike oldu; hasta kutanöz metastaz tanısından yaklaşık 7 ay sonra kaybedildi.

SONUÇ

Zosteriform kutanöz metastaz, dermatomlar boyunca topografik dağılımı nedeniyle herpes zoster ile karışabilen nadir bir prezentasyondur.(1,4) Onkoloji hastalarında zosteriform dağılım güçlü bir “zona” çağrışımı yaratsa da, vezikülsüz ve ağrısız lezyonlar, antiviral tedaviye yanıtızsızlık ve haftalar–aylar içinde infiltrate papül/plaklar şeklinde progresyon gibi “kırmızı bayraklar” metastaz olasılığını düşündürmelidir. Malignite öyküsü bulunan hastalarda bu klinik özellikler varlığında biyopsinin geciktirilmemesi tanısız gecikmenin azaltılmasında kritik öneme sahiptir.(2) Kutanoz metastazların çoğu zaman kötü prognozlu ileri evre hastalığı yansıttığı ve sağkalımın sıklıkla aylarla sınırlı olduğu bilinmektedir;(2) sunulan olguda da kutanoz metastaz tanısından sonra yaklaşık 7 aylık sağkalım izlenmiştir.

Kaynakça :

(1) Iorga PG, Dragomirescu A, Scurtu LG, Simionescu O. An Update on Cutaneous Metastases of Internal Malignancies. Medicina (Lithuania). 2025;61.

(2) Kuritza V, Pei S. Zosteriform cutaneous metastases from urothelial carcinoma: Report of a rare case and literature review. J Cutan Pathol. 2023;50(10):890-896.

(3) Dagdelen D, Karadag AS, Akdeniz N, Ozkanli SS, Gurel MS. Zosteriform cutaneous metastasis: A case series. Dermatol Ther. 2020;33.

(4) Chaudhary S, Bansal C, Husain A. Literature meta-analysis of zosteriform cutaneous metastases from melanoma and a clinico-histopathological report from India. Ecancermedicallscience. 2013;7.

Anahtar Kelimeler : Akciğer adenokarsinomu, Neoplazm metastazı, Deri neoplazmları, Herpes zoster.

Resimler

Resim Açıklaması: Akciğer adenokarsinomuna bağlı kutanöz metastazın klinik görünümü. (a,b) Gövdenin sol anterolateralinden başlayıp posteriora uzanım gösteren, dermatomal (zosteriform) dağılım izleyen; hiperpigmente zemin üzerinde yer yer birleşme eğiliminde, infiltrasyon ve endürasyon gösteren, viyolase hiperpigmente papül ve plaklar. Lezyonlar geniş bir alanı kaplayacak şekilde yaygınlaşmış olup T2–T10 dermatomlarını içine alacak şekilde uzanım göstermektedir.



Resim Açıklaması: Akciğer adenokarsinomuna bağlı kutanöz metastazın histopatolojik ve immünohistokimyasal bulguları. (a) H&E boyamada dermis içinde glandüler yapılar oluşturan tümöral infiltrasyon izlenmekte; lakünler içinde neoplastik hücre kümeleri seçilmekte ve zemininde lenfositik infiltrasyon dikkat çekmektedir ($\times 100$). (b) Neoplastik hücrelerde nükleer TTF-1 pozitifliği görülmektedir ($\times 100$).



EP-05: YÜZ VE BOYUN TUTULUMUYLA SEYREDEN PİTRİYAZİS ROZEA'DA SEBOREİK DERMATİT İLE YANILTICI BİRLİKTELİK

Ela Gazal¹, Ömer Faruk Elmas², Amor Khachemoune³

¹Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

²Üsküdar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³İstanbul Medipol Üniversitesi, Uluslararası Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Pityriasis rosea (PR), çoğunlukla kendini sınırlayan akut papüloskuamöz bir erüpsiyondur. Klasik formunda gövdede “herald yama” ile başlayıp günler içinde gövde ve proksimal ekstremitelere yayılan, Langer çizgileri boyunca dizilen oval, soluk pembe-somon renkli plaklar ve periferik kolaret skuam ile seyreder.(1,2) Ancak yüz ve boyun tutulumu gibi atipik dağılımlar, özellikle eşlik eden inflamatuvar dermatoz varlığında, klinik değerlendirmeyi güçleştirebilir. Bu posterde, bilinen seboreik dermatiti olan ve yeni gelişen yüz-boyun lezyonlarını alevlenme olarak yorumlayarak başvuran bir PR olgusu sunulmaktadır.

OLGU

Otuz beş yaşında erkek hasta, 1 aydır yüz ve boyunda gelişen eritemli, skuamlı plaklar nedeniyle başvurdu. Ateş, artralji ve boğaz ağrısı gibi sistemik semptomları yoktu. Yeni ilaç veya topikal ürün kullanımı öyküsü bulunmuyor, kaşıntı ise yok ya da hafif düzeydeydi.

Dermatolojik muayenede sol temporal saç çizgisi, sol preauriküler bölge ve sol boyunda periferik skuamı belirgin eritemli plaklar izlendi (Resim 1). Lateral nazal kıvrımlar, kaş lateralleri ve saçlı deride seboreik dermatit ile uyumlu alanlar mevcuttu ve hastanın uzun süreli seboreik dermatit öyküsü vardı. Atipik yerleşim nedeniyle yapılan tam deri muayenesinde, gövdede cleavage çizgilerine paralel, biri daha büyük olmak üzere oval eritemli-skuamlı plaklar saptandı (Resim 2).

Rutin laboratuvar testleri normaldi. KOH incelemesi ve VDRL negatifti. Dermoskopide diffüz eritemli-kahverengi zemin üzerinde periferik kolaret skuam izlendi (Resim 3). Punch biyopsi histopatolojisinde granüler tabakada kısmi kayıp, fokal parakeratoz, epidermal spongioz, lenfositik ekzositoz, yüzeysel perivasküler lenfohistiyositik infiltrat ve bazal vakuoler değişiklik saptandı (Resim 4). Klinik, dermoskopik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek PR tanısı kondu. Topikal kortikosteroid ve nemlendirici ile izlenen hastada lezyonlar 6 hafta içinde tamamen geriledi.

SONUÇ

Bu olgu, pityriasis rosea'nın klasik dağılım dışında yüz ve boyun tutulumu ile prezente olabileceğini ve eşlik eden seboreik dermatit varlığında lezyonların seboreik dermatit alevlenmesi olarak yanlış yorumlanabileceğini göstermektedir. Yüz ve boyun yerleşimli papüloskuamöz plaklarda ayırıcı tanıda seboreik dermatit, tinea faciei/corporis, nummuler egzema, guttat psoriasis, sekonder sifiliz, PR-benzeri ilaç erüpsiyonu ve erken dönem mikozis fungoides düşünülmelidir.(2)

Atipik yerleşimli olgularda tam deri muayenesi tanısal yaklaşımın temelidir; gövdede cleavage çizgilerine paralel tipik dağılımın saptanması PR lehine güçlü bir ipucudur.(1) KOH incelemesi ve sifiliz serolojisi ile enfeksiyöz taklitçilerin dışlanması önemlidir. Dermoskopi periferik kolaret skuam ile tanıyı destekleyebilir; histopatoloji ise nonspesifik olmakla birlikte klinikle birlikte değerlendirildiğinde ayırıcı tanıyı daraltmaya yardımcı olur.(2,3)

Pityriasis rosea klasik olarak gövde ve proksimal ekstremiteleri tutmakla birlikte, yüz ve boyun yerleşimi de özellikle atipik klinik prezentasyonlarda ve olgumuzdan farklı olarak koyu tenli çocuk hastalarda bildirilmiştir; yüz tutulumunun %10–30, boyun tutulumunun ise yaklaşık %19–44 arasında değiştiği belirtilmiştir.(4,5) Benign ve kendini sınırlayan seyri nedeniyle uygun hastalarda güven verici bilgilendirme ve semptomatik tedavi genellikle yeterlidir;(2) olgumuzda da 6 hafta içinde tam düzelme sağlanmıştır.

Kaynakça :

1. Mahajan K, Relhan V, Relhan AK, Garg VK. Pityriasis rosea: an update on etiopathogenesis and management of difficult aspects. Indian J Dermatol. 2016;61(4):375-384. doi:10.4103/0019-5154.185699.
2. Litchman G, Nair PA, Syed HA, et al. Pityriasis rosea. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025-. Updated March 1, 2024. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448091/>. Accessed February 1, 2026.
3. Makhecha M, Singh T, Khatib Y. Dermoscopy to differentiate guttate psoriasis from pityriasis rosea—a mimicker. Dermatol Pract Concept. 2021;11(1):e2021138. doi:10.5826/dpc.1101a138.
4. Amer A, Fischer H, Li X. The natural history of pityriasis rosea in black American children: how correct is the “classic” description? Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(5):503-506. doi:10.1001/archpedi.161.5.503.
5. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. World J Clin Cases. 2017;5(6):203-211. doi:10.12998/wjcc.v5.i6.203.

Anahtar Kelimeler : Pitriyazis Rozea, Seboreik Dermatit, Papüloskuamöz Deri Hastalıkları

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1: Sol lateral boyun, sol temporal bölge ve sol preauriküler alanda yerleşmiş, periferik kolaret skuam içeren birden fazla açık eritemli plak.



Resim Açıklaması: Resim 2: Gövdede, küçük lezyonlardan daha büyük oval plaklara kadar değişen boyutlarda, deri cleavage çizgilerine paralel dağılım gösteren çok sayıda skuamlı açık eritemli plak; sol gövde yarısında karakteristik periferik kolaret skuam içeren daha büyük bir herald yama izlenmektedir.



Resim Açıklaması: Resim 3: Dermoskopide diffüz eritemli-kahverengi zemin üzerinde periferik kolaret skuam görünümü.



Resim Açıklaması: Resim 4: Histopatolojik incelemede granüler tabakada kısmi kayıp ve fokal parakeratoz; eşlik eden spongiöz ve lenfositik ekzositoz; dermiste yüzeyel perivasküler lenfohistiyoitik infiltrat ve fokal bazal vakuoler değişiklik izlenmektedir (H&E; A, $\times 4$; B, $\times 10$).



EP-06: YÜZ YERLEŞİMLİ KILLI NEVUS LİPOMATOZ KUTANÖZ SÜPERFİSYALİS : LİTERATÜR EŞLİĞİNDE NADİR BİR OLGU

Ebrar Selen Bayramoğlu¹, Erkan Alpsoy¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya, Türkiye

GİRİŞ

Nevus lipomatoz kutanöz superfisyalis (NLKS), dermiste ektopik yerleşimli olgun yağ dokusu ile ayırt edilen, nadir görülen benign hamartomatöz bir dermatozdur. İlk kez Hoffmann ve Zurhelle tarafından tanımlanmıştır. Klinik olarak deri renginde veya sarımsı tonlarda, yumuşak kıvamlı papül, nodül ya da plaklar şeklinde izlenir. En sık lumbosakral, gluteal ve pelvik bölgelerde yerleşim gösterir; yüz tutulumu son derece nadirdir. NLKS'nin çocukluk döneminde ortaya çıkan ve genellikle çok sayıda lezyonla seyreden klasik tipi ile erişkin yaşta görülen soliter tipi tanımlanmıştır. Lezyonlar üzerinde belirgin terminal kıllanma artışı ile seyreden klinik alt tipi literatürde sınırlı sayıda olguda bildirilmiştir. Etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, embriyonik dönemde mezenkimal hücrelerin adipositlere farklılaşması veya perivasküler mezenkimal hücrelerden yağ dokusu gelişimi üzerinde durulmaktadır. Bu olguda yüz yerleşimli, deri renginde, belirgin terminal kıllanma artışı gösteren ve maternal rubella enfeksiyonu öyküsü bulunan nadir bir NLKS olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

17 yaşında kadın hasta, yüzünde yaklaşık 5 yıldır bulunan ve zamanla belirginleşen lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde annenin gebelik sırasında geçirdiği rubella enfeksiyonu nedeniyle hastanın strabismus nedeniyle cerrahi operasyon olduğu ve ayrıca erken çocukluk döneminde intravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavisi aldığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede; sağ frontotemporal bölgede ve sağ nazolabial oluk komşuluğunda, deri renginde, yumuşak kıvamlı, yüzeyden hafif kabarık, sınırları belirgin plaklar izlendi. Lezyonların üzerinde belirgin terminal kıllanma artışı vardı (Resim 1). Klinik ön tanımlar arasında NLKS, Becker nevus, konjenital melanositik nevüs ve diğer hamartomatöz lezyonlar yer aldı. Histopatolojik incelemede, dermiste kollajen lifler arasında yerleşmiş, epidermis ile bağlantısı olmayan olgun adiposit adacıkları izlendi. Epidermiste belirgin patolojik değişiklik saptanmadı. Bu bulgular doğrultusunda hastaya kıllı NLKS tanısı konuldu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

NLKS'nin kıllı klinik alt tipi literatürde sınırlı sayıda bildirilmiştir (Tablo 1). Bu olguların büyük bölümünde lezyonlar çocukluk veya genç erişkinlik döneminde ortaya çıkmakta

ve sıklıkla gövde, pelvis veya ekstremitelerde yerleşim göstermektedir. Yüz yerleşimi ise 1 olguda, 51 yaşında erkek hastada kulakta bildirilmiştir. Burada sunulan olgu, özellikle yüz yerleşimi, deri renginde olması, belirgin terminal kıllanma artışı göstermesi ve erken yaşta ortaya çıkması ile literatürde bildirilen kıllı NLKS olgularının çoğundan ayrılmaktadır. Hastanın özgeçmişinde yer alan maternal rubella enfeksiyonu, buna bağlı gelişen konjenital anomaliler ve IVIG tedavisi öyküsü ise dikkat çekicidir. Rubella enfeksiyonunun embriyonik dönemde vasküler ve mezenkimal gelişimi etkileyebildiği bilinmekle birlikte, NLKS ile doğrudan ilişkisi literatürde daha önce tanımlanmamıştır. Ancak her iki durumun da embriyonik gelişim bozuklukları ile ilişkili olması, bu birlikteliği anlamlı kılmaktadır. Ayırıcı tanıda konjenital melanositik nevüs, Becker nevüsü, lipom ve diğer hamartomatöz lezyonlar yer almakta olup, tanı histopatolojik incelemede dermiste ektopik yerleşimli olgun yağ dokusunun gösterilmesi ile kesinleştirilmektedir. Sonuç olarak bu olgu; yerleşim alanı, klinik özelliği ve eşlik eden maternal rubella enfeksiyonu öyküsü ile literatüre katkı sağlayan nadir bir örnektir.

Kaynakça :

Alsalman, Hanan H., ve diğerleri. "Kıllı nevus lipomatosus cutaneus superficialis: nadir bir sunum." JAAD Vaka Raporları 6.10 (2020): 1116-1118.

Hoffmann, Erich ve Emil Zurhelle. "Sol gluteal bölgenin yüzeysel kutanöz nevus lipomatodes kutaneus superficialis'inde." Archiv für Dermatologie und Syphilis 130.1 (1921): 327-333.

Takegawa, Masayasu ve diğerleri. "Kalçada dev nevus lipomatosus cutaneus superficialis." Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi – Küresel Açık 6.11 (2018): e1918.

Ghosh, Sudip Kumar, Debabrata Bandyopadhyay ve Nazmus Saadat Jamadar. "Nevus lipomatoz kutanöz yüzeysel: alışılmadık bir sunum." Dermatoloji çevrimiçi dergisi 16.7 (2010).

Anahtar Kelimeler : Nevus, konnektif doku, yüz dermatozları, hipertrikoz, rubella

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1



Tablolar

Tablo 1- Literatürde Bildirilen Nevus Lipomatoz Kutanöz Süperfisyalis Olgularının Karşılaştırılması

	Yaş	Cinsiyet	Yerleşim Yeri	Klinik Özellikler	Eşlik Eden Durumlar
Ghosh ve ark.	51	Erkek	Kulak	Sarımsı, beyin benzeri plak	-
Takegawa ve ark.	48	Erkek	Kalça	Birleşim gösteren multipl tümörler	-
Alsalman ve ark.	8	Erkek	Ayak bileği	Deri renginde plak, belirgin terminal kıllanma	-
Bizim olgumuz	17	Kadın	Yüz	Deri renginde plak, belirgin terminal kıllanma	Maternal rubella, strabismus, İVIG

EP-07: KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON HAZIRLIK REJİMİNDE THIOTEPA'YA BAĞLI GELİŞEN TOKSİK ERİTEM

Bensu Satılmış¹, Begüm Güneş¹, Elif Cömert Özer¹, Nahide Onsun¹

¹Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

Bensu Satılmış, Begüm Güneş, Elif Cömert Özer, Nahide Onsun

KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON HAZIRLIK REJİMİNDE THIOTEPA'YA BAĞLI GELİŞEN TOKSİK ERİTEM

GİRİŞ

Kemoterapiye bağlı kutanöz yan etkiler, sitotoksik ve hedefe yönelik ajanların yaygın kullanımıyla birlikte klinik pratikte önemli bir yer tutmaktadır. Bu yan etkiler; anagen effluvium, el-ayak sendromu (palmar-plantar eritrodizestezi), akneiform erüpsiyonlar, kserozis/pruritus, tırnak değişiklikleri ve mukozit gibi geniş bir klinik spektrumda ortaya çıkabilmektedir. Klinik tablo; kullanılan ajanın mekanizmasına, dozuna ve tedavi süresine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

OLGU

Pediatric kemik iliği transplantasyon servisinde yatan 12 yaşında, beta talasemi tanılı erkek hasta, 4 gündür vücutta kızarıklık ve döküntü olması üzerine konsülte edildi. Hastanın dermatoloji muayenesinde tüm vücutta hafif eritemli, kserotik, makülopapüler döküntüleri mevcuttur. Göğüs üzerinde, umbilikusta erode alanları mevcuttur. Ağız içi ve genital mukozasında lezyon yoktur. Hastaya 3 gün önce kemik iliği transplantasyonu yapıldığı; döküntülerin kemik iliği transplantasyonundan 1 gün önce, transplantasyon öncesi hazırlık için thiotepa verildikten sonra başladığı öğrenildi. Hastaya sistemik prednisolon ve antihistaminik, topikal semptomatik tedavi verildi. Hasta erode vezikülobüllöz lezyonlar, mukoza lezyonları açısından gelişebilecek Toksik Epidermal Nekroliz (TEN) ve Steven Johnson Sendromu (SJS) tabloları açısından yakından takip edildi.

Hastanın takipleri sırasında umbilikus, aksilla, inguinal hattaki deskuame alanların genişlediği; sonrasında sırtta da başlayan deskuame alanların büyüdüğü görüldü. Takipleri sırasında mukoza tutulumu olmadığı için ve erode alanların etrafı inflamatuvar karakterde olmadığı için SJS ve TEN tanısından uzaklaşıldı.

Hastanın yakın takipleri sürecinde thiotepa ile ilişkili tablo daha da yerleşti ve hasta ön planda thiotepa'ya bağlı toksik eritem olarak değerlendirildi.

Thiotepa ilişkili kemoterapiye bağlı toksik eritem, kemoterapiye bağlı gelişen kutanöz toksisite spektrumunda yer alır (2). Thiotepa yüksek doz tedavilerde deriden de atılabilir (2). İlacın ekrin bezler yoluyla atılımı lokal toksisiteye yol açabilir (2). Bu mekanizma özellikle kıvrım ve oklüde bölgelerde tutulum oluşturur (2). Kemoterapiye bağlı toksik eritem sıklıkla aksilla, kasık ve deri kıvrımlarında belirgindir (2). Klinik olarak eritem, hiperpigmentasyon ve deskuamasyonla seyreder (2). Mukozal tutulum da görülebilir (2). Bu tablo SJS ve TEN'i klinik olarak taklit edebilir (2). Bu nedenle ayırıcı tanıda SJS ve TEN mutlaka düşünülmelidir (2).

Resimler:

SONUÇ

Kemoterapiye bağlı toksik eritem genellikle kendini sınırlayan bir tablodur (3). Tedavide destek tedavisi esastır (2). Semptomatik rahatlama ve enfeksiyon önleme hedeflenir (2). Önleyici olarak sık duş ve pansuman değişimi önerilmektedir (2). Erken tanı gereksiz SJS ve TEN tedavilerini önler (2).

Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu hazırlık rejimlerinde thiotepa alan hastalarda; intertriginöz ağırlıklı eritem ve deskuamasyon varlığında kemoterapiye bağlı toksik eritem mutlaka düşünülmelidir.

Kaynakça :

Kaynaklar

1. Faulkner L, Uderzo C, Khalid S, Marwah P, Soni R, Yaqub N, Amanat S, Fatima I, Gilani SK, Zahra T, Ramprakash S, Gooneratne L, Dissanayake R, Williams S, Rathnayake W, Srinivas R, Sedai A, Kumari A, Parmar L, Dhanya R, Agarwal RK. ATG vs thiotepa with busulfan and cyclophosphamide in matched-related bone marrow transplantation for thalassemia. Blood Adv. 2017 May 11;1(13):792-801. doi: 10.1182/bloodadvances.2016004119. PMID: 29296723; PMCID: PMC5727808.
2. Shaker N, Phelps R, Niedt G, Ben Musa R, Bhowmik R, Sanguenza OP, Pradhan D. Thiotepa-Induced Toxicity: A Clinical Mimic of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis Featuring Severe Mucositis, Diffuse Dusky Discoloration, and Skin Sloughing. Am J Dermatopathol. 2025 Apr 1;47(4):269-273. doi: 10.1097/DAD.0000000000002923. Epub 2025 Feb 6. PMID: 39912674.
3. Choate EA, Sarantopoulos GP, Worswick SD, Truong AK. Thiotepa hyperpigmentation preceding epidermal necrosis: malignant intertrigo misdiagnosed as Stevens-Johnson syndrome-toxic epidermal necrolysis overlap. Dermatol Online J. 2020 Feb

15;26(2):13030/qt1dq125z2. PMID: 32239890.

Anahtar Kelimeler : Hematopoetik Kök Hücre Nakli, Beta Talasemi, Eritem, İlaça Bağlı Yan Etkiler, Kutanöz Toksisite, Stevens–Johnson Sendromu, Toksik Epidermal Nekroliz, Mukozit, Hiperpigmentasyon, Deskuamasyon, Dermatit, İntertrigo, Thiotepa, Antineoplastik Ajanlar, Alkilleyici Ajanlar, Prednizolon, Antihistaminik

Resimler

Resim Açıklaması: Tedavi Öncesi



Resim Açıklaması: Tedavi Öncesi



Resim Açıklaması: Son Hali



Resim Açıklaması: Son Hali



EP08: FİMOZİS VE SİMBLEFARON İLE İLERLEYEN SKATRİSYEL PEMFİGOİD VAKASINDA İNTRAVENÖZ İMMÜNOGLOBULİN TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

Mahir Dıgış¹, Furkan Aydın¹, Kısmet Kaya¹, Zeynep Zehra Aydın²

¹Fırat Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Fethi Sekin Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Skatrisyel pemfigoid (SP); oküler, oral ve genital mukoza gibi çeşitli mukozal yüzeyleri tutar. Hastalık ilerledikçe skar oluşumu gelişerek ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu olgu, klasik tedavilere dirençli oküler ve genital tutulumlu hastada intravenöz immünoglobulin (İVİG) tedavisinin etkinliğini vurgulamak ve skatrisyel pemfigoid kliniğinde fimozisin nadir görülmesi nedeniyle literatüre katkı sağlamak amacıyla sunulmuştur.

Olgu: 57 yaşında erkek hasta, yaklaşık 5 yıldır vücudunun çeşitli bölgelerinde tekrarlayan büller ve erode yaralar tarifleyen hastanın dermatolojik muayenesinde sırtta, kollarda ve gövdede erode plaklar ve büller; genital bölgede erozyonlar ve erode büller saptandı. Ayrıca vücudun farklı bölgelerinde eski lezyonlara ait hiperpigmente makül ve yamalar mevcuttu. Yapılan histopatolojik incelemede bazal membran boyunca lineer IgG ve C3 birikimi izlendi.

Hastaya başlangıç tedavisi olarak metilprednisolon 32 mg/gün, topikal immünmodülatör ajanlar başlandı. Ancak tedaviye rağmen lezyonlarda progresyon gözlemlendi. Bu nedenle tedaviye mikofenolat mofetil 2×500mg/gün eklendi. Takiplerinde oküler muayenede simblefaron, genital muayenede ise peniste erode skatrisyel plaklar ve fimosiz izlendi (Resim 1a, b). Bunun üzerine mikofenolat mofetil dozu 2×1 g/gün olarak artırıldı. Hastanın 50 paket/yıl sigara öyküsünün bulunması ve dış merkezde çekilen beyin manyetik rezonans görüntülemesinde menenjiom ile uyumlu tümöral lezyon saptanması nedeniyle, immünsüpresif tedavilerden kaçınılması amacıyla İVİG tedavisi planlandı (2 g/kg/ay, 3 ay). İVİG tedavisi sonrası hastanın genital ve oküler lezyonlarının progresyonunda duraklama ve yeni bül gelişiminin kontrol altına alındığı gözlemlendi. Hasta remisyon döneminde izlenmekte olup ek cerrahi girişime ihtiyaç duyulmamıştır (Resim 2a, b).

Sonuç: SP vakalarında, en sık oküler mukoza etkilenmekte olup, bunu oral, nazal ve genital mukozalar izlemektedir. Özellikle oküler tutulumda simblefaron ve ilerleyen olgularda körlük gibi komplikasyonlarla, Genital tutulum ise fimosiz ve mukozal yapışıklıklarla sonuçlanabilmektedir. Tedaviye dirençli seyreden olguların önemli bir kısmında anti-laminin 332 otoantikörleri saptanmaktadır. Anti-laminin 332 ilişkili SP'nin bazı çalışmalarda solid organ maligniteleri ile olan ilişkisi vurgulanmıştır. Bu nedenle anti-laminin 332 pozitifliği saptanan hastalarda malignite açısından ayrıntılı tarama önerilmektedir.

Sunulan olguda anti-laminin 332 antikör düzeyi çalışılmamış olmakla birlikte, belirgin oküler ve genital tutulum, hızlı skatrisyel progresyon ve klasik immünsüpresif tedavilere yetersiz yanıt, bu alt tip ile klinik olarak uyumlu bir tabloyu düşündürmektedir. Hastanın malignite taramalarında ek bir solid organ tümörü saptanmamıştır. Bununla birlikte, hastada menenjiom varlığı, literatürde bildirilen tümör birliktelikleri açısından dikkat çekici bulunmuştur.

İVİG'in, patojenik otoantikörlerin nötralizasyonu, kompleman aktivasyonunun baskılanması ve inflamatuvar sitokin yanıtının modülasyonu yoluyla etki gösterdiği düşünülmektedir. Literatürde, özellikle oküler tutulumun baskın olduğu ve anti-laminin 332 ile ilişkili SP olgularında İVİG tedavisinin hastalık progresyonunu durdurduğu ve cerrahi girişim gereksinimini azalttığı bildirilmiştir. Olgumuzda tedavi sonrası hastanın remisyona girmesi ve cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulmaması, İVİG'in bu hasta grubunda etkin ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir.

Kaynakça :

1. Tavakolpour, Soheil. The role of intravenous immunoglobulin in treatment of mucous membrane pemphigoid: A review of literature. *Journal of Research in Medical Sciences* 21(1):37, | DOI: 10.4103/1735-1995.183992
2. Fueston JC, Adams BB, Mutasim DF. Cicatricial pemphigoid-induced phimosis. *J Am Acad Dermatol*. 2002 May;46(5 Suppl):S128-9. doi: 10.1067/mjd.2002.107967. PMID: 12004290
3. Leuci, S., Amato, M., Calabria, E., Piscopo, R., Tranfa, F., Spagnuolo, G., & Mignogna, M. D. (2018). Long-Term Follow-Up after Intravenous Immunoglobulin Therapy in Patients with Severe Ocular Mucous Membrane Pemphigoid Unresponsive to Conventional Therapy. *Journal of Ophthalmology* , 2018 , 8372146. <https://doi.org/10.1155/2018/8372146>
4. La Placa, M., Balestri, R., Tartari, F., Sechi, A., Ferrara, F., Loi, C., Patrizi, A., & Bardazzi, F. (2019). Mucous Membrane Pemphigoid-Associated Malignancies: Case Series and a Brief Overview of the Literature. *Dermatology Practical & Conceptual* , 9 (2), 119–125. <https://doi.org/10.5826/dpc.0902a07>
5. Tarnowietzki, E., Peters, T., Kraus, L., Schmidt, E., & Scharffetter-Kochanek, K. (2020). Remission of Anti-laminin 332 Mucous Membrane Pemphigoid Associated with Non-small Cell Lung Cancer after Therapy with Rituximab and Intravenous Immunoglobulin. *Acta Dermato-Venereologica* , 100 (17), adv00301. <https://doi.org/10.2340/00015555-3621>

Anahtar Kelimeler : skatrisyel pemfigoid, fimozis, simbleferon, intravenöz immünoglobulin

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1a



Resim Açıklaması: Resim 1b



Resim Açıklaması: Resim 2a



Resim Açıklaması: Resim 2b



EP-09: KONVANSİYONEL TEDAVİLERE DİRENÇLİ DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSUNDA RİTUKSİMAB DENEYİMİ

Kaan Batuhan Töle¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, Nermin Koç², İlkin Zindancı¹

¹T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Diskoid Lupus Eritematozus (DLE), kutanöz lupus eritematozusun en yaygın kronik formu olup kalıcı sikatrisk riski taşıyan inflamatuvar bir dermatozdur. Topikal kortikosteroidler, antimalaryal ajanlar ve sistemik immünsupresifler gibi standart tedavilere dirençli olan "rekalsitran" olgularda terapötik seçenekler oldukça kısıtlıdır. Bu olgularda rituksimab, güncel literatürde etkili bir tedavi seçeneği olarak yer almaktadır.

Olgu: On altı yıldır DLE tanısıyla takip edilen 53 yaşında erkek hastada; hidroksiklorokin, metotreksat, mikofenolat sodyum ve sistemik kortikosteroid tedavilerine rağmen progresyon göstermesi üzerine rituksimab tedavisi planlandı. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon ve aort dilatasyonu mevcuttu. İmmünolojik paneli (ANA, ENA) negatif saptandı. Mevcut komorbiditeleri ve tedavi direnci göz önüne alınarak hastaya rituksimab (RTX) infüzyonu planlandı. Ocak 2025 ile Ocak 2026 arasında uygulanan tedavi kürleri neticesinde, takibinde yoğun güneş maruziyetine rağmen yeni lezyon çıkışının durduğu ve mevcut plakların sikatriskyel evrede stabilize olduğu gözlemlendi.

Sonuç: DLE patogeneğinde T hücreleri baskın görünse de, bu olgu B hücre depleksyonunun otoantikor varlığından bağımsız olarak terapötik etkinlik sağlayabileceğini göstermektedir. Rituksimab, konvansiyonel tedaviye dirençli DLE olgularında etkili bir "kurtarma tedavisi" seçeneği olarak değerlendirilmelidir.

Kaynakça :

1. Vital, E. M., Wittmann, M., Edward, S., Yusof, M. Y. M., MacIver, H., Pease, C. T., Goodfield, M., & Emery, P. (2015). Brief Report: Responses to rituximab suggest B Cell–Independent inflammation in cutaneous systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatology*, 67(6), 1586–1591. <https://doi.org/10.1002/art.39085>
2. Hofmann SC, Leandro MJ, Morris SD, Isenberg DA. Effects of rituximab-based B-cell depletion therapy on skin manifestations of lupus erythematosus--report of 17 cases and review of the literature. *Lupus*. 2013 Aug;22(9):932-9. doi: 10.1177/0961203313497115. PMID: 23894047; PMCID: PMC4107853.

3. Mumford, B. P., Assarian, Z., Oon, S., & Chong, A. H. (2020). Refractory discoid lupus erythematosus responds to rituximab. Australasian Journal of Dermatology, 62(2), e341–e343. <https://doi.org/10.1111/ajd.13514>

Anahtar Kelimeler : Diskoid Lupus Eritematozus, Rituksimab, B hücre depleasyonu

EP-10: PAPÜLER MÜSİNOZİS (LİKEN MİKSÖDEMATOZİS): OLGU SUNUMU

Aida HAJIYEVA TASHKIN¹, Aslıhan KUL TAŞĞIN¹, Ecrin Elif ÇINAR¹, Mehmet Oğuz ERGUVAN², Özben YALÇIN², Ezgi AKTAŞ¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği

GİRİŞ

Papüler müsinozis (PM) diğer adıyla liken miksödematozus, dermiste idiyopatik müsün birikimi ve fibroblast proliferasyonu ile karakterize, nadir bir deri hastalığıdır(1). En sık 30-50 yaş aralığında ortaya çıkar(2); baş-boyun, ekstremiteler ve gövde üst kısmında simetrik yerleşimli, parlak, deri renginde veya hafif eritemli papül ve plaklarla prezente olur. Mukozalar ve saçlı deri genellikle korunur(3). Patofizyolojisi tam aydınlatılamasa da kronik viral enfeksiyonlar (insan immün yetmezlik virüsü (HIV), hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV)) ve monoklonal gammopatilerle ilişkili immün disregülasyonun, fibroblastları uyarak glikozaminoglikan sentezini artırdığı ve dermal müsün birikimine yol açtığı düşünülmektedir(1,4). Bu olguda, anti-HBc IgG pozitifliği dışında ek sistemik bulgusu olmayan, nadir bir PM vakası klinik ve histopatolojik özellikleri eşliğinde sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

48 yaş erkek hasta, yaklaşık 6 ay önce başlayan deri renginde asemptomatik papüllerle başvurdu. Hasta lezyonların aralıklı ortaya çıktığını, spontan gerilediğini ve iyileşme sonrası hipopigmente iz bıraktığını ifade etti. Öz ve soy geçmişinde özellik saptanmadı. Sistem muayeneleri doğaldı. Dermatolojik muayenede; el sırtında 5-6 adet, sağ ön kol ekstansör yüzünde (Resim-1), uyluk medialinde bir adet (Resim-2) 4-5 mm çapında, düzgün yüzeyle, deri renginde papüler lezyonlar izlendi. Sağ ön koldaki lezyonun dermoskopik incelemesinde sarı-turuncu-kahverengi homojen zemin üzerinde, saat 6 hizasında milimetrik ovoid yapılar görüldü (Resim-3). Uyluk medialinden alınan punch

biyopsinin histopatolojik incelemesinde (H&E); belirgin dermal müsin, ödem içerisinde iğsi fibroblastlar ve hafif yüzeysel lenfositik infiltrat izlendi (Resim-4). Tam kan sayımı, biyokimya ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. ANA düzeyi normal sınırlardaydı. Serum protein elektroforezinde monoklonal gamopati saptanmadı. IgA, IgM, IgG düzeyleri normaldi. HCV ve HIV serolojileri negatifti. HBV tetkiklerinde HBsAg(-), anti-HBs(+), Anti HBc-IgG(+) bulunarak geçirilmiş enfeksiyona ikincil bağışıklık olarak değerlendirildi. Klinik ve histopatolojik bulgularla PM tanısı konuldu. Lokalize formun selim seyrine rağmen, kozmetik rahatsızlık nedeniyle takrolimus %0,3 pomad 2x1 başlandı; lezyonların bir kısmı spontan, bir kısmı tedavi ile geriledi. Takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Papüler müsinozis, sistemik tutulum ve paraproteinemi ile ilişkili olmayan, genellikle benign seyirli bir liken miksödematozus formudur(1). Patogeneizde kronik viral enfeksiyonların tetiklediği immün disregülasyonun fibroblastları uyarak müsin üretimini artırdığı düşünülmektedir(1,4,5). Hastamızdaki geçirilmiş HBV enfeksiyonunun tetikleyici rolü olabileceği düşünülse de, enfeksiyon ile PM gelişimi arasındaki süre net değildir. Tanıda tiroid patolojileri ve monoklonal gammopatilerin dışlanması esastır. Tedavi seçenekleri arasında topikal kalsinörin inhibitörleri, kortikosteroidler ve oral retinoidler bulunmaktadır(1,2). Olgumuz, nadir görülmesi ve viral seroloji ile olası ilişkisi açısından dikkat çekicidir.

Kaynakça :

1. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Mucinosis. Dermatology. 5: Elsevier; 2024. p. 753-64.
2. Baykal C. Kutane Müsinozlar. Dermatoloji Atlası. 5: A4 Ofset; 2023. p. 616-22.
3. Rongioletti F, Rebora A. Updated classification of papular mucinosis, lichen myxedematosus, and scleromyxedema. J Am Acad Dermatol. 2001;44(2):273-81.
4. Rongioletti F, Ghigliotti G, De Marchi R, Rebora A. Cutaneous mucinosis and HIV infection. Br J Dermatol. 1998;139(6):1077-80.
5. Banno H, Takama H, Nitta Y, Ikeya T, Hirooka Y. Lichen myxedematosus associated with chronic hepatitis C. International Journal of Dermatology. 2000;39(3):212-4.

Anahtar Kelimeler : Lichen Myxedematosus, Hepatitis B Virus

Resimler

Resim Açıklaması: Sağ Ön Kol Ekstansör Yüzde Papüler Lezyon



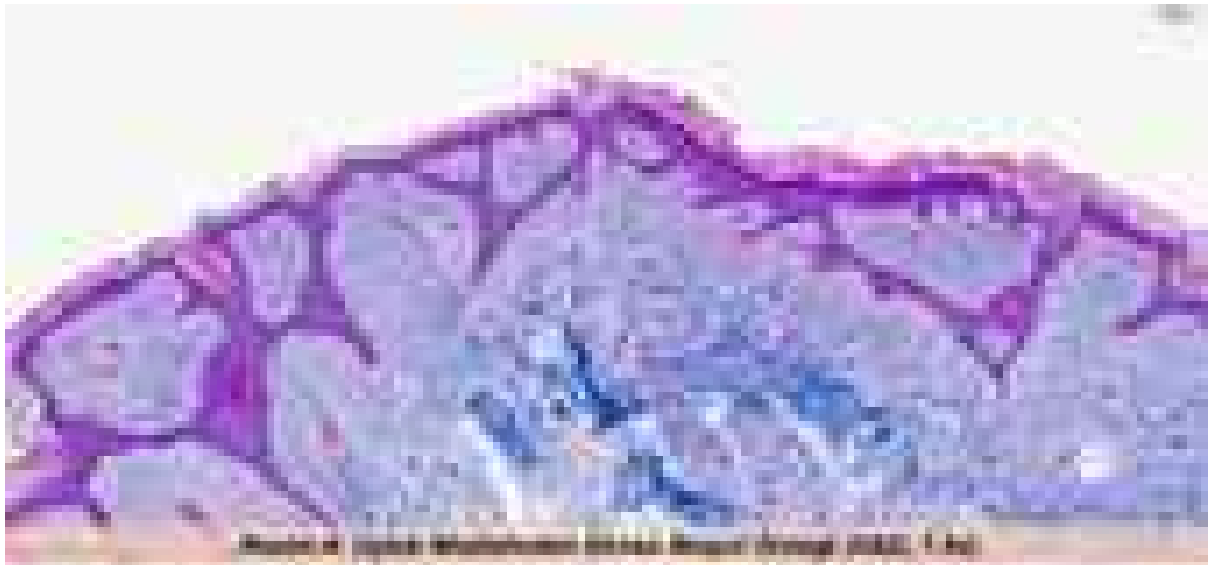
Resim Açıklaması: Uyluk Medialinde Papüler Lezyon



Resim Açıklaması: Sağ Ön Koldaki Papüler Lezyonun Dermoskopik İncelemesi



Resim Açıklaması: Uyluk Medialinden Alınan Biopsi Örneği (H&E, 7.9x)



EP-11: HERPES ZOSTER SONRASI GELİŞEN ABDOMİNAL PSÖDOHERNİ

Jiyanda Tay¹, Erkan Alpsoy¹, Eylem Bayar¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

GİRİŞ

Herpes zoster (HZ), ganglionlardaki latent haldeki varicella zoster virüsünün (VZV) aktive olması sonucu oluşan bir enfeksiyon hastalığıdır. HZ, deride ağrılı, kümelenmiş veziküllerin varlığıyla ayırt edilir ve en yaygın komplikasyonu, etkilenen bölgede yanma, batma veya elektrik çarpması hissi şeklinde ortaya çıkan postherpetik nevraljidir. (1) HZ, nadiren motor nöronları da etkileyebilir ve bu durum "HZ motor nöron tutulumu" olarak adlandırılır. Motor nöron tutulumu baş, boyun ve göz çevresinde daha sık görülür. (2) HZ'nin abdominal sinirleri etkilemesi karın duvarındaki kasların zayıflamasına ve bunun sonucunda psödoherniye yol açabilir. Psödoherni, gerçek bir herniasyon olmadan karın duvarında fıtıklaşma görünümüdür ve cerrahi müdahale gerektirmez. (3)

OLGU SUNUMU

39 yaşında, bilinen hastalığı olmayan erkek hasta, karın sol alt kadranı ve pubik bölgeye yayılan, tek taraflı veziküler lezyonlar ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastaya T12 dermatomundaki tipik kümelenmiş veziküler lezyonlarıyla HZ tanısı konuldu. Bir hafta boyunca günde üç kez 1000 mg valasiklovir tedavisi verildi. Hasta on gün sonra, karın sol alt kadranda bombeleşme şikayetiyle tekrar başvurdu. Deri muayenesinde HZ'nin bulunduğu bölgede krutlar gözlemlendi. Her iki alt karın bölgesi arasında belirgin asimetri mevcuttu. Karın sol alt kadranda protrüzyon gözlemlendi (Şekil 1 ve 2). Karın ağrısı, bulantı veya kusma şikayetleri olmayan, batin muayenesinde patolojik bulgu gözlenmeyen hastada, protrüzyon, HZ'nin motor nöron tutulumuna bağlı komplikasyon olarak düşünüldü ve bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. BT'de karın duvarı kaslarının kalınlığında asimetri ve sol tarafta protrüzyon görüldü (Şekil 3). Parietal defekt ve karın duvarı fıtığı dışlandı. Hastaya HZ sonrası gelişen abdominal psödoherni tanısı kondu.

SONUÇ

HZ'nin belirti ve komplikasyonları tipik olarak duyusaldır, ancak bazı durumlarda motor sinirler de etkilenebilir. HZ hastalarının yaklaşık %5'inde motor komplikasyonlar gözlenmektedir. (2) Abdominal psödoherni, altta yatan gerçek bir kusur olmaksızın karın duvarında çıkıntı ve asimetri oluşturur. HZ'nin yüksek görülme sıklığına rağmen bu komplikasyon olguların sadece %0-2'sinde bildirilmiştir. (4) En çok etkilenen dermatom T11, ardından T12 ve T10'dur. Semptomlar genellikle döküntüden 2-6 hafta sonra ortaya çıkar, ancak bazı durumlarda 2 hafta öncesinde gelişebilir. Bu komplikasyon özellikle yaşlılarda, hematolojik hastalığı olanlarda ve immünsuprese bireylerde görülür. (4)

Mekanizmanın VZV'nin dorsal kök gangliyonlarından sinir yolu ile yayılıp, motor lifleri tutması olduğu düşünülmektedir. (5) HZ'ye bağlı psödoherni gelişen hastaların yaş ortalaması 67,5 yıldır (45-84 yaş). (6) Olgumuz, ulaşılabilen literatürde bildirilen en genç vakadır. Fasia defektini dışlamak ve fıtık olasılığını ortadan kaldırmak için görüntüleme çalışmaları önerilir. EMG, sinir iletim bozukluğunu saptamak için kullanılabilir. (7) Psödoherninin tedavisi, genellikle altta yatan HZ'ye yöneliktir ve cerrahi müdahale gerektirmez. Psödoherninin prognozu genellikle olumlu olup, semptomlar 3-12 ay içinde kendiliğinden düzelir. (6) Bu vaka, HZ'ye bağlı nadir görülen bir komplikasyonun en genç örneğidir. (3,8) Burada sunulan olgu ile bu komplikasyon hakkındaki farkındalığın artırılması ve böylece gereksiz cerrahi konsültasyonlar ve müdahalelerden kaçınılması amaçlanmıştır.

Kaynakça :

- 1-A. Patil, M. Goldust, U. Wollina, Herpes zoster: a review of clinical manifestations and management ,Viruses, Jan 19;14 (2) (2022), p. 192
- 2-C.M. Chang, E. Woo, Y.L. Yu, C.Y. Huang, D. Chin, Herpes zoster and its neurological complications, Postgrad. Med. J., Feb 1;63 (736) (1987), pp. 85-89
- 3-Yi Rong Chiew, Chloe Pawa, Abdominal paresis and pseudo-hernia secondary to herpes zoster infection: a case report and systematic analysis, Heliyon, Feb;9 (2) (2023), Article e13578
- 4- H. Dobrev, P. Atanassova, V. Sirakov, Postherpetic abdominal-wall pseudohernia , Clin Exp Dermatol., 33 (2008), pp. 677-678
- 5- U. Bashir, M.I. Anwar, M. Tahir, Postherpetic pseudohernia of abdominal wall: A case report , J Pak Assoc Dermatol., 24 (2014), pp. 355-357
- 6- Chernev I., Dado D. Segmental zoster abdominal paresis (zoster pseudohernia): a review of the literature. PM R. 2013;5:786–790. doi: 10.1016/j.pmrj.2013.05.013
- 7- Oliveira P.D., Dos Santos Filho P.V., De Menezes J.E.M.T., Oliveira I.C.D. Abdominal-wall postherpetic pseudohernia. Hernia. 2006;10:364–366. doi: 10.1007/s10029-006-0102-6.
- 8- Jisook Yoo , Taehan Koo , Eunjung Park , Mingyul Jo , Min-Soo Kim , Mihn-Sook Jue , Abdominal pseudohernia caused by herpes zoster: 3 case reports and a review of the literature, JAAD Case Rep. 2019 Aug 5;5(8):729–732

Anahtar Kelimeler : zoster, motor nöron, komplikasyon

Resimler

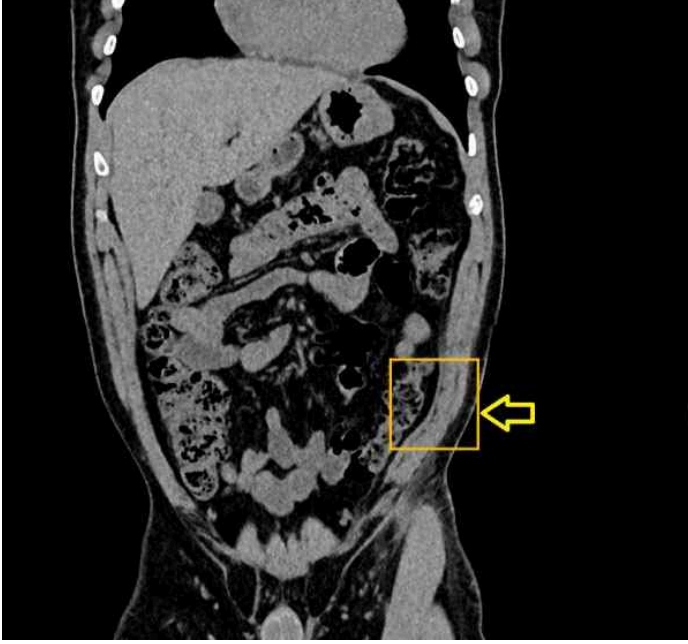
Resim Açıklaması: Şekil 1. Herpes zoster tutulumuna bağlı krutlar ve sol alt kadranda asimetrik bombeleşme



Resim Açıklaması: Şekil 2. Lezyonlu alanın lateralden görünümü



Resim Açıklaması: Şekil 3. BT’de karın duvarı kaslarının kalınlığında asimetri ve sol tarafta protrüzyon



EP-12: PEDIATRİK POST-TRAVMATİK EKTOPIK TIRNAKTA ONİKOPAPİLLOMA BENZERİ PROLİFERASYON

Dilay Su Çınar¹, Şirin Yaşar¹, Sevim Baysak¹, İlkin Zindancı¹, Beyza Betül Şenay Yıldız², Fügen Aker²

¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

²SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Giriş

Ektopik tırnak (onikoheterotopi), tırnak ünitesinin normal anatomik yerinin dışında geliştiği nadir bir durumdur. Çoğu olgu konjenital olup tırnak matriksinin gelişimsel anomalileriyle ilişkilidir. Post-travmatik onikoheterotopi, akut veya kronik travma sonucunda gelişebilir, travma matriks hücrelerini komşu dokulara deplase ederek sekonder tırnak plağı oluşumuna yol açabilir ve kozmetik veya fonksiyonel sorunlara neden olabilir. Bu çalışmada, kapiya sıkışma sonrası post-travmatik ektopik tırnak deformitesi gelişen 15 yaşında bir erkek olgu sunulmakta ve histopatolojide saptanan

onikopapilloma benzeri epitel proliferasyonunun bilinen morfolojik spektrumdan farklılığı vurgulanmaktadır.

Olgu

On beş yaşındaki erkek hasta, 10 yıl önce kapiya sıkışma travması sonrası sağ başparmakta ilerleyici tırnak deformitesi ile başvurdu. Hastamıza travma sırasında ortopedik cerrahi uygulanmış, sonrasında spesifik tedavi almamıştır. Aile, proksimal tırnakta yaklaşık 2 mm’lik bir çıkıntı fark etmiştir. Lezyon asemptomatik olmasına rağmen hasta tırnak kesmede güçlük, aralıklı ağrı ve kozmetik kaygılar bildirmiştir. Ek hastalık öyküsü yoktur.

Klinik muayenede, proksimal tırnak kıvrımından çıkan, mevcut tırnak plağından bağımsız keratinize projeksiyon ve primer tırnakta belirgin distrofi gözlemlendi. Diğer tırnaklar ise olağan görünümdeydi. Dermatoskopide kompakt sarı-beyaz keratinöz projeksiyon ve “mini-matriks” benzeri alan izlendi. Radyografide travma alanında küçük bir fissür dışında patoloji yoktu.

Lokal anestezi altında ektopik tırnak ünitesi eksize edildikten ve süper-U tekniği ile tırnak yatağı rekonstrüksiyonu yapıldıktan sonra matrikse fenolizasyon uygulandı. Postoperatif seyir sorunsuz ilerledi.

Histopatolojide akantotik epitel, hiperkeratoz, kompakt parakeratoz, longitudinal ve papiller projeksiyonlar ile ani keratinizasyon ve keratinle dolu yarıklar gözlemlendi. Bazal tabaka korunmuştu ve stromada kronik fibrozis vardı. Bulgular onikopapillomayı andırmakla birlikte, travma öyküsü reaktif proliferasyonu düşündürmekteydi.

Sonuç

Travmatik ektopik tırnak olguları literatürde nadirdir. Bildirilen 50’den az olgunun çoğu konjenital olup post-travmatik pediatrik olgular tüm vakaların %10–15’ini oluşturur. Daha önceki pediatrik olgular papiller projeksiyon veya onikopapilloma benzeri değişiklik göstermemiştir. Bu olgu, post-travmatik ektopik tırnakların histopatolojik spektrumunu genişletmekte ve deplase matriks hücrelerinin sekonder proliferatif değişiklikler yaratabileceğini göstermektedir. Cerrahi eksizyon ile tüm implante matriks dokusunun çıkarılması rekürrensi önler ve süper-U tekniği uzun dönem kozmetik ve fonksiyonel sonuçları iyileştirir. Klinik ve histopatolojik farkındalık, pediatrik hastalarda yanlış neoplazi tanısını önlemede önemlidir.

Kaynakça :

1. Hasegawa O, Iwata Y, Matsuzaki H. Onikoheterotopi: Konjenital ve edinilmiş olguların klinikopatolojik analizi. J Dermatol. 2015;42(4):409–415.
2. Riaz F, Rashid RM, Khachemoune A. Onikoheterotopi: Ektopik tırnağın patogenezi,

linik sunumu ve yönetimi. J Am Acad Dermatol. 2011;64:161–166.

3. Lee DY, Kim JH, Park JH. Edinilmiş post-travmatik ektopik tırnak: Klinik özellikler ve patogenezi üzerine bir derleme. Skin Appendage Disord. 2018;4(1):45–49.

4. Bhat YJ, Manzoor S, Qayoom S. Künt dijital travma sonrası edinilmiş ektopik tırnak. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2019;85(2):224–226.

5. Karmakar S, Bandyopadhyay D, Roy K. Edinilmiş onikoheterotopi: Klinik bir derleme ve öneriler.

6. Awasthi S, Kumar P, Singh R. Çocukta post-travmatik ektopik tırnak: Nadir bir olgu raporu. Pediatr Dermatol. 2017;34(5):e287–e289.

7. Kataria V, Garg S, Gupta S. Pediatrik hastada başparmakta travmatik ektopik tırnak. J Hand Surg Asian Pac Vol. 2021;26(3):498–501.

8. Alsaad KO, Obaidat NA, Ghazarian D. Cilt ek bez tümörleri—Bölüm 1: Genel bakış. J Clin Pathol. 2007;60(2):129–144.

Anahtar Kelimeler : Tırnak Hastalıkları/patoloji, Tırnak, Anormal/patoloji, Mekanik Travma, Pediatri, Rekonstrüktif Cerrahi İşlemler, Histopatoloji

Resimler

Resim Açıklaması: Preoperatif dönemde distal falanks dorsalinde, normal tırnak plağından ayrı yerleşimli, hiperkeratotik ve deforme aksesuar tırnak plağı ile uyumlu ektopik tırnak görünümü



Resim Açıklaması: Dermatoskopide normal tırnak plağından bağımsız yerleşimli, sarımsı-opak keratinize yapı ve altında matriks benzeri oluşum



Resim Açıklaması: Düzensiz, ondüle akantotik epitel, belirgin hiperkeratoz ve longitudinal filiform ve papiller epitelyal uzanımlarla birlikte kompakt parakeratoz



Resim Açıklaması: Stromada kronik fibroplazi



EP-13: KUTANÖZ LEISHMANİASİS'TE AİLE İÇİ KÜMELENME: İNDEKS OLGUNUN TANISAL FARKINDALIĞA KATKISI

Büşra Sena Pattabanoğlu Çevirici¹, Fatih Emre Çevirici¹, Mehmet Onur Gökalp¹, Harbiye Dilek Canat¹

¹S.B.Ü Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

GİRİŞ: Kutanöz Leishmaniasis (KL), ülkemizde özellikle Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz bölgeleri başta olmak üzere birçok bölgede endemik olan, *Phlebotomus* cinsi kum sinekleri ile bulaşan bir protozoon enfeksiyonudur. KL genellikle açık bölgelerde (yüz, ekstremiteler) ağrısız papül, nodül veya krutlu ülserlerle karakterizedir. Tipik endemik bölgelerde dahi, atipik yerleşimli vakalar sıklıkla yanlış tanı almakta, bu da tedavinin gecikmesine yol açmaktadır. Bu sunumda, Muş ilinde yaşayan ve bir aile ferdinin tanısı sayesinde teşhis edilen iki KL olgusu sunulmaktadır.

VAKA 1: 58 yaşında kadın hasta, yaklaşık 4 aydır sol göz kapağı üzerinde yara şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol periorbital bölgede, palpasyonla sert, yaklaşık 3×2 cm boyutlarında, eritemli, cilt altına indüre plak lezyon saptandı. (Resim 1,2) Lezyondan alınan punch biyopsi materyalinin mikroskopik incelemesinde, Giemsa boyaması ile makrofajlar içinde karakteristik amastigot formları (Leishman-Donovan cisimcikleri) izlendi. Hastaya KL tanısı konularak intramusküler meglumine antimoniate tedavisi başlanması için servis yatışı yapıldı. Tedavi sürecinde hastada ateş ve akut faz reaktan yüksekliğinin eşlik ettiği, enjeksiyon yerinde kızarıklık ve ısı artışı gelişmesi üzerine; enfeksiyon hastalıkları kliniğinin önerisiyle seftriakson (1x2 gr) 8 gün ve klindamisin (3 x 600 mg) 7 gün tedavisi verildi. Ancak hasta, tedavinin devamını kabul etmeyerek antibiyotik tedavisi sonrası taburcu edildi.

VAKA 2: İndeks olgunun biyopsi sonucu beklenirken, hastanın 41 yaşındaki erkek yeğeni benzer lezyon nedeniyle başvurdu. Hastanın öyküsünde, yaklaşık 1 yıl önce alında sivilce benzeri başlayan ve zamanla büyüyen yara olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde alında, üzeri krutlu, palpasyonla sert, yaklaşık 3×2 cm boyutlarında eritemli nodüler plak lezyon izlendi. (Resim 3,4) Lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde granülomatöz reaksiyon izlendi. Lezyonun klinik görünümü, aile öyküsü ve yaşadığı bölge itibarıyla hastaya KL tanısı konuldu. Bu ikinci olgunun, indeks olguya tanı konulması sonrası gelişen farkındalık ile sağlık kuruluşuna başvurması dikkat çekicidir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kutanoz leishmaniasis (KL) , geniş klinik varyasyonu nedeniyle dermatolojik pratikte tanısal gecikmelere yatkın bir hastalıktır. Sunulan olguda, ikinci hastanın lezyonunun yaklaşık bir yıl süreyle ilerlemesine rağmen tıbbi değerlendirme almaması, hastalığın kronik seyirli lezyonlarda gözden kaçabileceğini ve toplumdaki farkındalık eksikliğini desteklemektedir. Göz kapağı tutulumu KL için atipik bir lokalizasyondur ve şalazyon, bazal hücreli karsinom veya dakriyosistit ile karışabilir. Ayrıca, sekonder bakteriyel enfeksiyonların lezyon morfolojisini değiştirerek klinik seyri komplike edebileceği bilinmektedir.

İndeks olguya tanı konulması, aile bireylerinde benzer lezyonların sorgulanmasına yol açmış ve ikinci olgunun tanı almasını sağlamıştır. Bu durum, klasik yüksek endemisite gösteren bölgeler dışında dahi aile içi kümelenme ve ortak çevresel maruziyetin önemini göstermektedir. KL tanısında klinik şüphe ilk adımdır; hastaların yaşam alanı ve seyahat öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır.

Sonuç olarak, KL özellikle klasik endemik bölgelerin dışında da kronik ve atipik cilt lezyonlarının ayırıcı tanısında mutlaka akılda tutulmalıdır. Tanı konulan hastaların yakın çevresinin taranması, hastalığın erken tanısı ve kontrolü açısından kritik öneme sahiptir.

Kaynakça :

1. Naomi E. Aronson, Christie A. Joya, Cutaneous Leishmaniasis: Updates in Diagnosis and Management, Infectious Disease Clinics of North America, Volume 33, Issue 1, 2019, Pages 101-117
2. Meireles CB, Maia LC, Soares GC, Teodoro IPP, Gadelha MDSV, da Silva CGL, de Lima MAP. Atypical presentations of cutaneous leishmaniasis: A systematic review. Acta Trop. 2017 Aug;172:240-254. doi: 10.1016/j.actatropica.2017.05.022. Epub 2017 May 17. PMID: 28526427.
3. Aronson NE, Joya CA. Cutaneous Leishmaniasis: Updates in Diagnosis and Management. Infect Dis Clin North Am. 2019 Mar;33(1):101-117. doi: 10.1016/j.idc.2018.10.004. PMID: 30712756.

Anahtar Kelimeler : Leishmaniasis**Resimler****Resim Açıklaması:** Resim 2

Resim Açıklaması: Resim 3



Resim Açıklaması: Resim 4



Resim Açıklaması: Resim 1



EP-14: TİNEA CAPITIS TEDAVİSİNDE KULLANILAN RADYOTERAPİYE SEKONDER SAÇLI DERİDE MULTİPL BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM GELİŞİMİ

Caner Göllü¹, Ceyda Baycan², Gülay Turan², Arzu Kılıç¹

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ

Tüm dünyada en sık görülen kutanöz malignite olan bazal hücreli karsinomun (BHK) etiyolojisinde, kümülatif ultraviyole maruziyetinin yanı sıra iyonize radyasyon da iyi tanımlanmış bir karsinojendir. Özellikle 1960 öncesi dönemde tinea capitis tedavisinde uygulanan terapötik radyasyon (X-ışını), saçlı deri gibi anatomik olarak güneş ışınlarından saç örtüsüyle korunan alanlarda gelişen tümörlerin en önemli tarihsel nedenidir. Bu tedavi protokolü, uzun bir latent periyodu takiben uygulama alanında sınırlı, multipl lezyonların gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu çalışmada, çocukluk çağında tinea capitis nedeniyle aldığı radyoterapiye sekonder olarak saçlı derisinde multipl BHK gelişen bir olgu sunulmaktadır.

OLGU

Yetmiş iki yaşında erkek hasta, saçlı derisindeki lezyonlar nedeniyle Plastik Cerrahi Kliniği tarafından bölümümüze konsülte edildi. Anamnezinde 10 yıl önce multipl BHK öyküsü bulunan hasta; mevcut lezyonların yaklaşık bir yıldır var olduğunu, zamanla boyut artışı ve renk değişikliği gösterdiğini ifade etti. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde deri malignitesi öyküsü yok. Fitzpatrick deri fototipi III. İç mekanda çalıştığını, güneş maruziyetinin minimal düzeyde olduğunu belirtti. Özgeçmişinde derinleştirildiğinde, hastanın 5-6 yaşlarında tinea capitis endikasyonu ile saçlı deriye radyoterapi aldığı öğrenildi.

Dermatolojik muayenede; saçlı deride radyoterapi uygulanan alanla sınırlı (parietal, temporal ve oksipital bölgeler) çok sayıda pigmente papül ve plak saptandı (Resim 1). Dermatoskopik incelemede; lezyonların genelinde pigmente BHK ile uyumlu arborize damarlar, mavi-gri ovoid yuvalar ve tekerlek benzeri yapılar izlendi (Resim 2). Eksize edilen lezyonların histopatolojik incelemesi 'Nodüler Tip BHK' olarak raporlandı.

Hastanın sistemik muayenesinde palmar/plantar pitler, iskelet anomalileri veya fasiyal dismorfizm gibi sendromik stigmalar saptanmadı. Soygeçmişinde deri malignitesi veya odontojenik kist öyküsü bulunmayan olgu, klinik ve anamnez verileri ışığında 'Radyasyon İndüklü Multipl BHK' olarak kabul edildi.

SONUÇ

Tinea capitis tedavisinde kullanılan iyonize radyasyon, saçlı deri gibi güneşten korunan alanlarda gelişen BHK etiyojisinde kritik bir role sahiptir. Bu olgu, radyasyonun karsinojenik etkilerinin on yıllar süren latent bir dönemin ardından, sadece uygulama alanı ile sınırlı multipl tümörlerle ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Klinisyenler, saçlı deride şüpheli lezyonlarla başvuran hastalarda çocukluk çağı radyoterapi öyküsünü mutlaka derinlemesine sorgulamalı; özellikle yoğun pigmentasyon nedeniyle malign melanom ile karışabilecek olgularda dermoskopik inceleme eşliğinde histopatolojik tanıyı öncelermelidir.

Kaynakça :

- 1) Li C, Athar M. Ionizing Radiation Exposure and Basal Cell Carcinoma Pathogenesis. Radiat Res. 2016;185(3):217-28.
- 2) Zargari O. Radiation-induced basal cell carcinoma. Dermatol Pract Concept. 2015;5(2):109-12.
- 3) Chen F, Yang SF, Chen CH, et al. Secondary basal cell carcinoma of scalp after radiotherapy: A case report. Medicine (Baltimore). 2018;97(36):e12170.
- 4) Cardoso JC, Alves F, Calado R, et al. Basal cell carcinomas of the scalp after

radiotherapy for tinea capitis: Clinicopathological study in a case series of 96 patients with analysis of 427 tumours. Australas J Dermatol. 2023;64(1):100-107.

5) Cakić J, Lekić B, Popadić S. Multiple basal cell carcinomas following x-ray treatment of tinea capitis in childhood: a case report and a literature review. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. 2023.

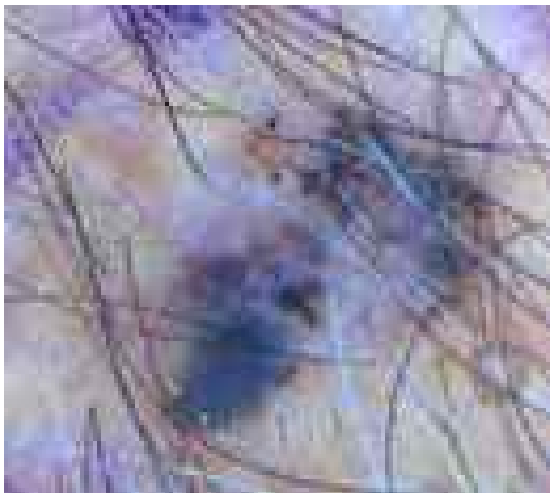
Anahtar Kelimeler : Bazal hücreli karsinom, radyoterapi, tinea capitis, dermoskopi

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1: Saçlı deri vertex ve parietal bölgede, çocukluk çağı radyoterapi alanına uyan lokalizasyonda, sınırları belirgin, üzerleri yer yer krutlu, koyu renkli ve çapları değişkenlik gösteren multipl BHK lezyonları.



Resim Açıklaması: Resim 2: Dermatoskopik incelemede mavi-gri ovoid yuvalar (blue-gray ovoid nests) ve pigment kümeleri.



EP-15: YAYGIN KELOİDLERİ SONUCU TANI ALAN NADİR BİR OLGU: RUBİNSTEİN TAYBİ SENDROMU

Fatih Emre Çevirici¹, Büşra Sena Pattabanoğlu Çevirici¹, Harbiye Dilek Canat¹, Pelin Ercoşkun²

¹S.B.Ü Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

²S.B.Ü Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Tıbbi Genetik Kliniği

GİRİŞ

Rubinstein-Taybi Sendromu (RTS), nadir görülen, otozomal dominant geçişli bir multisistemik bozukluktur. Klinik olarak tipik yüz dismorfizmi, geniş el ve ayak başparmakları, postnatal büyüme geriliği ve entelektüel yetersizlik ile karakterizedir. Genetik temelde CREBBP (%60) veya EP300 (%8-10) genlerindeki mutasyonlar yatar. RTS'li hastaların yaklaşık %25-30'unda, minimal travma ile veya spontan gelişen, tedaviye dirençli agresif keloid oluşumu gözlenmektedir. Bu sunumda, çocukluk döneminde atlanmış ancak erişkin yaşta yaygın keloidleri nedeniyle başvurduğunda dermatolojik ve dismorfik bulgularıyla tanı alan nadir bir olgu tartışılmaktadır.

VAKA SUNUMU

29 yaşında erkek hasta, gövde ve ekstremitelerinde 10 yılı aşkın süredir devam eden, giderek artan, ağrılı ve kaşıntılı lezyonlar şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinden mental retardasyon nedeniyle özel eğitim aldığı, ancak bu duruma yönelik spesifik bir genetik tanı konulmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde sternum üzerinde, sırtta, omuzlarda ve kollarda multipl, sert kıvamlı, eritemli, yer yer birleşerek dev boyutlara ulaşan, ciltten oldukça kabarık keloid plakları izlendi (Resim 3-4). Keloid plaklarının çoğunun herhangi bir travma öyküsü olmaksızın geliştiği öğrenildi. Her iki el başparmağında belirgin genişleme (makrodaktili) ve radyal deviasyon saptandı (Resim 2). Hastada aşağı çekik palpebral fissürler ve belirgin kolumellalı gagamsı burnun eşlik ettiği, gülümseme sırasında belirginleşen tipik yüz görünümü mevcuttu (Resim 1). Orta derecede entelektüel yetersizlik ve sosyal etkileşim kısıtlılığı gözlemlendi. Klinik ön tanı ile istenen genetik analizinde, CREBBP geninde tanımlanmış patojenik bir mutasyon saptandı. Bu bulgu ile hastaya kesin Rubinstein-Taybi Sendromu tanısı konuldu.

TARTIŞMA

Rubinstein-Taybi Sendromu (RTS) tanısı genellikle erken çocukluk döneminde klinik bulgularla konur. Ancak fenotipik spektrumun genişliği ve hafif seyreden olgular, tanının erişkin yaşa kadar sarkmasına neden olabilir. Bu olguda, yaygın keloidler tanının anahtarı olmuştur. RTS'de keloid eğiliminin patofizyolojisi, CREBBP proteininin TGF-beta sinyal yolundaki düzenleyici rolü ile ilişkilidir. CREBBP eksikliği, fibroblastların aşırı

aktivasyonuna ve ekstraselüler matriks üretiminin kontrolsüz artışına neden olur. RTS'li hastalarda cerrahi girişimler (eksizyon, biyopsi) yüksek keloid riski taşır; bu nedenle invaziv işlemlerden kaçınılmalıdır. Erişkin yaşta "açıklanamayan mental retardasyon" ve "atipik yüz görünümü" olan hastalarda, el ve ayak başparmakları muayene edilmeli, keloid varlığı açısından mutlaka dermatolojik muayene yapılmalıdır.

SONUÇ

Rubinstein-Taybi Sendromu (RTS) tanısı primer olarak klinik bulgulara dayanır ancak tanının 29 yaşına kadar gecikmesi, erişkin dermatoloji pratiğinde bu nadir sendromun farkındalığının önemini göstermektedir. Yaygın keloid formasyonu, mental retardasyon ve iskelet anomalileri birlikteliği Rubinstein-Taybi Sendromu için uyarıcı olmalıdır. Genetik doğrulama (CREBBP mutasyonu), hastanın takibinde çıkabilecek diğer sistemik komplikasyonların (kardiyak, oftalmolojik, malignite riski) yönetimi için hayati önem taşır.

Kaynakça :

1. Roelfsema JH, et al. Genetic heterogeneity in Rubinstein-Taybi syndrome: mutations in EP300 are a rare cause of the phenotype. Am J Hum Genet. 2005.
2. Milani D, et al. Rubinstein-Taybi syndrome: clinical features, genetic basis, and management guidelines. Ital J Pediatr. 2015.
3. Sirven-Hernandez C, et al. Spontaneous keloids in Rubinstein-Taybi syndrome: A common but underreported feature. Pediatr Dermatol. 2021.

Anahtar Kelimeler : Keloid, Rubinstein Taybi Sendromu, Dermatogenetik

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 2



Resim Açıklaması: Resim 3



Resim Açıklaması: Resim 4



EP-16: FASİYAL BÖLGEDE NODÜLER FASİİT: GEBE BİR OLGU

Seda Mazmanoğlu Atılgan¹, Fügen Aker¹, Meryem Tuğçe Karataş², Şirin Yaşar², Sevim Baysak², Derya Can³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

³Medipol Pendik Üniversite Hastanesi

GİRİŞ:

Nodüler fasiit, subkutan doku, kas ve fasyayı tutabilen benign miyofibroblastik proliferasyondur. Patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Olguların %5–10’unda travma öyküsü vardır. Predispoze bireylerde abartılı reaktif yanıtın fibroblast ve miyofibroblastlarda artmış mitotik aktiviteye sebep olduğu düşünülmektedir.¹ Lezyon en sık üst ekstremitelerde (%39–54) görülmekle birlikte, gövde (%15–20), alt ekstremiteler (%16–18) ve baş-boyun bölgesinde (%7–20) de izlenebilir.² Burada gebelikte başlayıp doğum sonrası hızlı büyüyen bir kitle olarak prezente olan nodüler fasiit olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

Yirmi beş yaşında kadın hasta sağ kaş üstünde 1 aydır olan şişlik şikayetiyle dış merkeze başvurdu. Hasta 37 haftalık gebe iken mercimek büyüklüğünde olan lezyonun doğum yaptıktan sonra giderek büyüdüğünü ifade etti. Dermatolojik muayenede sağ kaş superiorda, yaklaşık 2 cm çapında, iyi sınırlı, eritemli, yüzeyi parlak görünümlü subkutan nodüler lezyon izlendi (Resim 1) USG sonucu vaskülarizasyon izlenmeyen hipoekoik lezyon “inklüzyon kisti” olarak değerlendirildi. Lezyona epidermal inklüzyon kisti ön tanısıyla dış merkezde eksizyonel biyopsi planlandı. Ancak işlem sırasında çevre dokulara yapışık, solid ve beklenenden daha büyük bir kitle ile karşılaşılması üzerine eksizyon tamamlanmadan insizyonel biyopsi alınarak işlem sonlandırıldı. Dış merkezde alınan biyopsi sonrası 10. günde lezyonda belirgin büyüme izlenmesi üzerine hasta kliniğimize refere edildi. Hastanın bize başvurusu sırasında lezyon ilk haline göre 3-4 kat büyümüştü. Dermatolojik muayenede sağ kaş superior yerleşimli, yaklaşık 5 cm çapında, ekzofitik, iyi sınırlı, parlak yüzeyli, eritemli-hemorajik görünümlü, solid tümöral lezyon izlendi (Resim 2) MRG raporunda sağ frontal bölgede 25 mm’ye ulaşan, lobüle konturlu; T1A’da hipointens, T2A’da hiperintens kitle izlendiği, cilt altı ve kas planlarına uzanım göstermekte olduğu kemik korteksinde ise destrüksiyon oluşturmadığı belirtildi. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram ve biyokimya normal, CRP: 13.05 mg/L (0.0-5.0) olarak izlendi. Lezyon plastik ve rekonstrüktif cerrahi tarafından total eksize

edildi.(Resim 3) Lezyonun histopatolojisinde birbiriyle çaprazlaşan kısa demetlerden oluşan selüler iğsi hücreli proliferasyon, miksoid ve yer yer kollajenize fibröz stroma, ekstravaze eritrositler, artmış mitoz görüldü. Atipik mitoz ve nekroz ise görülmedi.(Resim 4) rnekten moleküler analiz yapıldı ve MYH9:USP6 gen rearranjmanı saptanmasıyla nodüler fasiit tanısı konuldu.

SONUÇ: Nodüler fasiit benign ve kendini sınırlayan bir antitedir.Dermatopatolojik değerlendirme, immünohistokimya ve genetik inceleme doğru ve güvenilir tanının temelini oluşturmaktadır.Hızlı proliferen olan lezyonlarda nodüler fasiit akla gelmeli ve agresif tedavilerden kaçınılmalıdır.

Kaynakça :

- 1.Oh BH, Kim J, Zheng Z, et al. Treatment of nodular fasciitis occurring on the face. Ann Dermatol 2015; 27: 694–701.
- 2.Vyas T, Bullock MJ, Hart RD, et al. Nodular fasciitis of the zygoma: a case report. Can J Plast Surg 2008; 16: 241–243.

Anahtar Kelimeler : fasiit, nodüler, gen rearranjmanı, gebelik

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 2 Lezyondan dış merkezde insizyonel biyopsi alınması sonrası hızlı büyüme



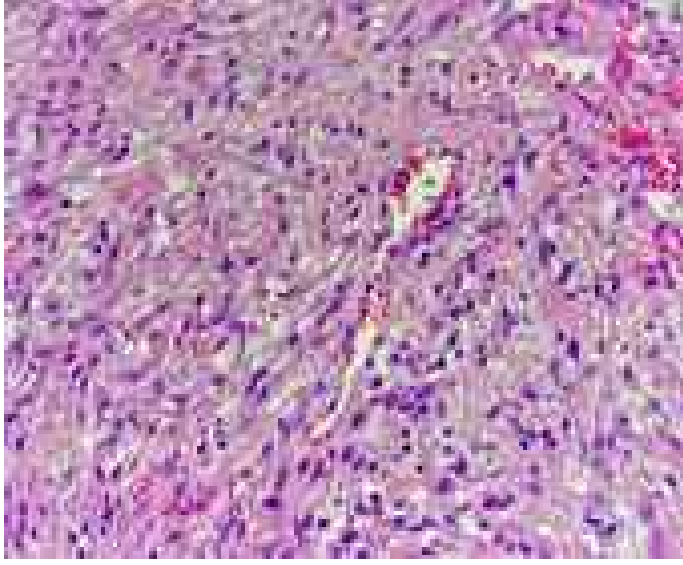
Resim Açıklaması: Resim 3 Lezyonun total eksizyonu sonrası Z-plasti ile elde edilen görüntü



Resim Açıklaması: Resim 1 Hastanın dış merkez başvurusu sırasında lezyonun görünümü



Resim Açıklaması: Resim 4 Hematoksilen eosin x40



EP-17: SİRKUMSKRİPT AKRAL HİPOKERATOZ: BİR OLGU SUNUMU

Cevahir Şen¹, Emel Öztürk Durmaz², Emel Dikicioğlu Çetin³, Sedef Şahin¹

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²Acıbadem Sağlık Grubu, Maslak Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

³Acıbadem Sağlık Grubu, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Sirkumskript akral hipokeratoz (SAH), ilk kez Pérez ve arkadaşları tarafından 2002 yılında tanımlanmış, avuç içi ve ayak tabanını tutan nadir bir keratinizasyon bozukluğudur (1). En sık orta yaş ve üzeri kadınlarda görülür ve çoğunlukla tenar veya hipotenar bölgede yerleşen, keskin sınırlı, eritemli, çökük makül, papül ve plaklar şeklinde ortaya çıkar (1–3). Klinik görünümü Bowen hastalığı ve porokeratozis gibi premalign veya malign dermatozları taklit edebilmekle birlikte, histopatolojik incelemede keratinosit atipisi ve kornoid lamella görülmez. Doğru tanı için dermatoskopik ve histopatolojik değerlendirme büyük önem taşır (1–4).

OLGU SUNUMU

Kırk yedi yaşında kadın hasta, sağ avuç içinde yaklaşık bir yıldır mevcut olan asemptomatik lezyon nedeniyle başvurdu. Lezyonun zamanla yavaşça büyüdüğü,

hatırlanan bir travma, inflamasyon veya enfeksiyon öyküsünün bulunmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede sağ el tenar bölge yerleşimli, 5 mm çaplı, keskin sınırlı, oval, çökük ve eritemli bir makül saptandı (Resim 1). Lezyon yüzeyi düzgündü ve hassasiyet ya da duyu kaybı yoktu.

Dermatoskopik incelemede lezyonun keskin sınırlı, hafif çökük eritemli bir alan oluşturduğu; zemin üzerinde dağınık noktasal damarlar ve paralel dizilim gösteren beyaz noktalar (ekrin kanal açıklıkları) bulunduğu görüldü. Lezyon periferinde hafif basamaklanma görünümü izlendi (Resim 2).

Histopatolojik olarak; yüzeyde periferdeki olağan kalın ortokeratoz tabakasının keskin bir kayıp ile azaldığı santralde iyi sınırlı hipokeratotik bir alan olduğu görüldü. (Resim 3). Periferdeki korneal tabakanın kalınlığının ani kaybedildiği kenarlarda hafif parakeratoz vardı. Hipokeratotik alanın altındaki epidermiste ise hafif psoriaziform hiperplazi ve papiller dermiste dilate tortöz kapiller vasküler yapılar, fokal konjesyon ve seyrek lenfositler izledi (Resim 4).

Lezyon tamamı ile çıkarıldığından başka bir tedaviye gerek duyulmadı. Tekrarlamasını önleme amaçlı olarak topikal kalsipotriol %0,005 merhem tedavisi başlandı ve hasta takibe alındı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sirkumskript akral hipokeratoz nadir görülmesi ve palmar maligniteleri taklit edebilmesi nedeniyle tanısal güçlükler yaratabilen bir antitedir. Klinik görünüm tek başına tanı için yeterli olmayıp, dermatoskopik inceleme ayırıcı tanıda yol gösterici ipuçları sağlayabilir. Kesin tanı, stratum korneumda ani incelme ve eşlik eden hipogranüloz gibi karakteristik histopatolojik bulguların gösterilmesiyle konulmaktadır. Bu nedenle klinik, dermoskopik ve histopatolojik korelasyon doğru tanı açısından esastır.

Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, tekrarlayan lokal travmaların veya keratinosit proliferasyonundaki bir defektin patogeneizde rol oynayabileceği öne sürülmektedir. (1,2,4)

Sirkumskript akral hipokeratoz, keskin sınırlı ve çökük akral lezyonların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Dermatoskopi tanıyı destekleyici bir araçtır, ancak kesin tanı için biyopsi ve histopatolojik değerlendirme gereklidir. Bu nadir antitenin bilinmesi, tanınması, erken ve doğru tanılandırılması, malignite yanlış tanısı ile yapılabilecek gereksiz cerrahi girişimleri önleyebilecektir.

Kaynakça :

1. Pérez A, Rütten A, Gold R, Urbina F, Misad C, Izquierdo MJ, Requena C, Aliaga A, Kutzner H, Requena L. Circumscribed palmar or plantar hypokeratosis: a distinctive

- epidermal malformation of the palms or soles. J Am Acad Dermatol 2002; 47: 21-7.
2. Barry CI, Glusac EJ, Kashgarian M, Gwin K, McNiff JM. Circumscribed palmar hypokeratosis: two cases and a review of the literature. J Cutan Pathol 2008; 35: 484-7.
3. Erkek E, Çetin ED, Sezer E, Sahin S. Circumscribed acral hypokeratosis: a report of 2 cases and a brief review of the literature. Cutis 2014; 93: 97-101.
4. Dávila-Rodríguez JJ, García L, Posso D, Argenziano G. Dermoscopy of Circumscribed Acral Hypokeratosis. Dermatol Pract Concept 2020; 11: e2020087.
5. Butler LK, Kiracofe EA, Marks VJ. Circumscribed acral hypokeratosis: successful treatment of a potentially premalignant condition. Arch Dermatol 2012; 148: 1427-8.

Anahtar Kelimeler : akral, hipokeratoz, dermoskopi, histopatoloji

Resimler

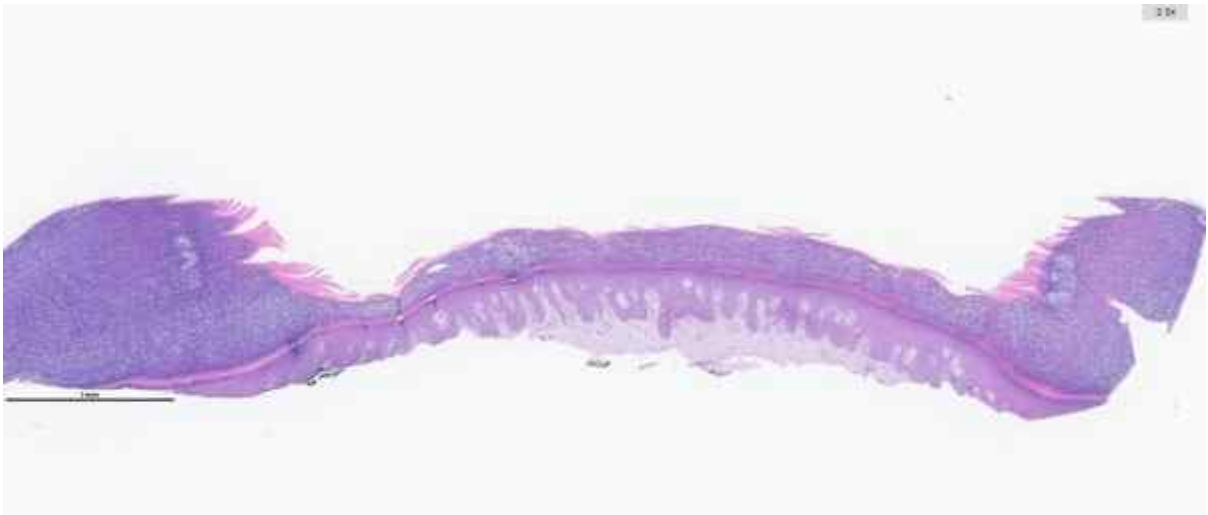
Resim Açıklaması: Resim 1: Klinik görünüm. Keskin sınırlı, oval, çökük ve eritemli makül.



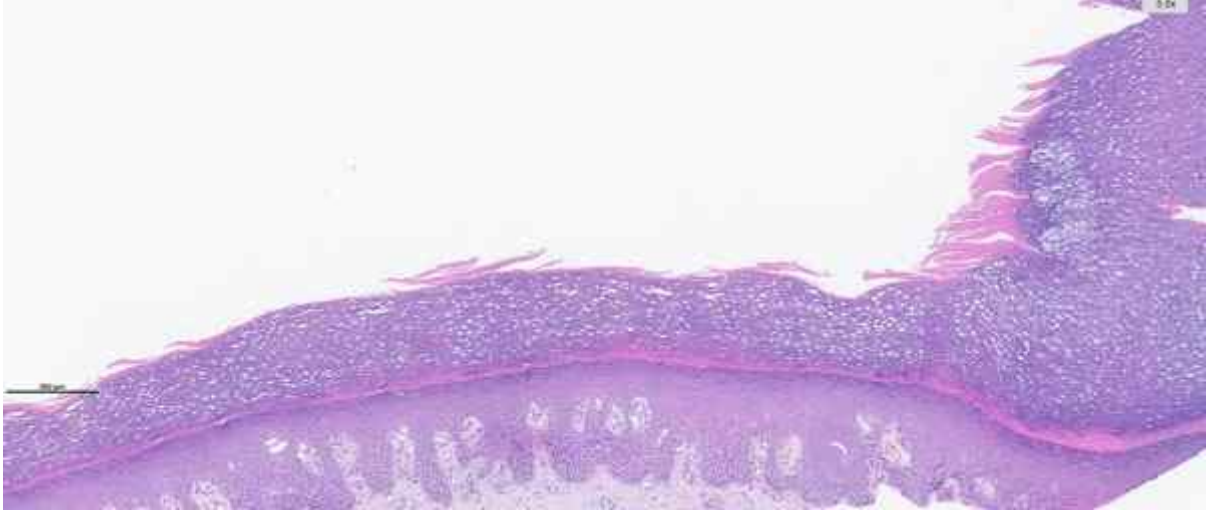
Resim Açıklaması: Resim 2: Dermoskopik görünüm (x20). Homojen eritemli zemin üzerinde dağınık noktasal damarlar ve paralel dizilim gösteren beyaz noktalar. Periferde ince skuamla uyumlu hafif basamaklanma görüntüsü mevcut.



Resim Açıklaması: Resim 3: Genel görünüm. Yüzeyde periferde olağan kalın ortokeratoz tabakası ve bunun keskin kaybı ile santralde oluşan iyi sınırlı hipokeratotik alan. (H&E, x2,5 büyütme)



Resim Açıklaması: Resim 4: Lezyonun kenarının yakından görünümü. Hipokeratotik alan, bu alanın altındaki epidermiste hafif psoriaziform hiperplazi ve papiller dermiste dilate kapiller vasküler yapılar. (H&E, x5,5 büyütme)



EP-18: YENİDOĞANDA KUTİS LÖSEMİSİ İLE PREZENTE OLAN KONJENİTAL PROGENİTÖR B HÜCRELİ AKUT LENFOLASTİK LÖSEMİ

Selim Kandiş¹, Harbiye Dilek Canat¹, Dilara Kandiş¹, Gözde Esin¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi , İstanbul

GİRİŞ

Konjenital lösemiler, yaşamın ilk dört haftasında tanı alan nadir ancak son derece agresif hematolojik malignitelerdir. Neonatal dönemde cilt tutulumu, özellikle kutis lösemisi şeklinde ortaya çıkabilir ve sistemik hastalığın ilk klinik bulgusu olabilir. Bu durum, dermatolojik lezyonların ön planda olduğu olgularda tanısal zorluklara yol açmaktadır. Özellikle infant akut lenfoblastik lösemilerde görülen KMT2A (MLL) gen reorganizasyonları, agresif klinik seyir ve kötü prognoz ile güçlü şekilde ilişkilidir. Bu olguda, doğumdan hemen sonra siyah-mor nodüler cilt lezyonları ile prezente olan konjenital progenitör B hücreli akut lenfoblastik lösemi vakası sunulmaktadır.

OLGU

Yirmi bir yaşında, G5P2A2, bilinen ek hastalığı olmayan anneden 41. gebelik haftasında sezaryen ile 2950 gram ağırlığında doğan kız bebek, doğumdan hemen sonra fark edilen yaygın cilt lezyonları nedeniyle değerlendirildi. Dermatolojik muayenede sol göz kapağında yaklaşık 3×2 cm boyutlarında siyah-mor renkli, nodüler ve sert kıvamlı bir lezyon ile yüz ve gövdede 1–3 cm çaplarında benzer özellikte çok sayıda nodül saptandı(görsel1-2). Lezyon yüzeylerinde ülserasyon veya sekonder enfeksiyon bulgusu izlenmedi. Klinik görünüm kutis lösemisi ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Doğum sonrası yapılan laboratuvar incelemelerinde belirgin lökositoz (WBC: 124.000/mm³), şiddetli anemi (Hb: 8 g/dL), ağır trombositopeni (17.000/mm³) ve yüksek LDH (1485 U/L) değerleri saptandı. Periferik kan yaymasında yoğun blast hücreleri izlendi. Bu bulgular agresif seyirli bir hematolojik maligniteyi düşündürdü.

Kemik iliği aspirasyonunda %90'ın üzerinde blast infiltrasyonu tespit edildi. Flow sitometrik incelemede CD19, CD79a ve TdT pozitif; CD10 ve CD20 negatif immünofenotipe sahip blast popülasyonu saptandı(görsel 3) ve progenitör B hücreli akut lenfoblastik lösemi ile uyumlu bulundu. Sitogenetik analizde t(4;11)(q21;q23) translokasyonu gösterildi. Periferik kan FISH incelemesi KMT2A (MLL) gen rearranjmanını doğruladı. Abdominal ultrasonografide hafif hepatosplenomegali saptandı. Bu bulgularla hastaya konjenital progenitör B hücreli akut lenfoblastik lösemi tanısı konuldu. Infant 2006 kemoterapi protokolü başlandı; ancak yoğun tedaviye rağmen hasta tanıdan 21 gün sonra kaybedildi.

SONUÇ

Konjenital lösemiler nadir görülmekle birlikte son derece agresif seyir gösterir. Kutis lösemisi, yenidoğan döneminde sistemik malignitenin ilk klinik bulgusu olabilir. Yenidoğanda siyah-mor nodüler lezyonların ayırıcı tanısı geniş olup konjenital hemanjiyom, melanotik nevüs, enfeksiyonlar, Langerhans hücreli histiositoz ve metastatik nöroblastom gibi durumları içerir. Ancak eşlik eden belirgin hematolojik anormallikler tanının hızla hematolojik malignite yönünde netleşmesini sağlar.

Infant ALL olgularında KMT2A (MLL) gen rearranjmanları, yüksek riskli alt grup ile ilişkilidir ve kötü prognoz göstergesidir. CD10 negatif immünofenotip ve t(4;11) translokasyonu varlığı, agresif klinik seyir ile uyumludur. Bu vakada hastanın erken dönemde kaybedilmesi, konjenital KMT2A ilişkili ALL'nin yıkıcı doğasını göstermektedir.

Yenidoğan döneminde ortaya çıkan atipik, yaygın siyah-mor nodüler cilt lezyonları, özellikle eşlik eden hematolojik anormallikler mevcutsa konjenital lösemi açısından acil değerlendirilmelidir. Dermatolojik bulgular sistemik malignitenin ilk ve bazen tek ipucu olabilir. KMT2A (MLL) gen rearranjmanlarının erken tespiti, prognozun öngörülmesi ve tedavi planlaması açısından kritik öneme sahiptir.

Kaynakça :

- 1.Gözdaşoğlu S, Çavdar OA, Babacan E, Cin Ş, Ünal E, Özkan AU, et al. Congenital Leukemia. Jour of Ankara Med School. 1991;13(1):69–73.
- 2.Silverman LB, Sallan SE. Acute lymphoblastic leukemia. In: Nathan DG, Ginsburg D, Orkin SH, Look AT, editors. Nathan and Oski's hematology of infancy and childhood. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2003. pp. 1135–66.
3. Stutterheim J, van der Sluis IM, Vrenken KS, Pieters R, Stam RW. <I>KMT2A</i>-rearranged acute lymphoblastic leukemia in infants: current progress and challenges. Haematologica 2025;110(9):1951-1961; <https://doi.org/10.3324/haematol.2024.285642>.
- 4.Patrick Brown, Rob Pieters, Andrea Biondi; How I treat infant leukemia. Blood 2019; 133 (3): 205–214. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2018-04-785980>

Anahtar Kelimeler : Konjenital lösemi , Kutis lösemisi , Akut lenfoblastik lösemi , KMT2A (MLL) rearranjmanı

Resimler

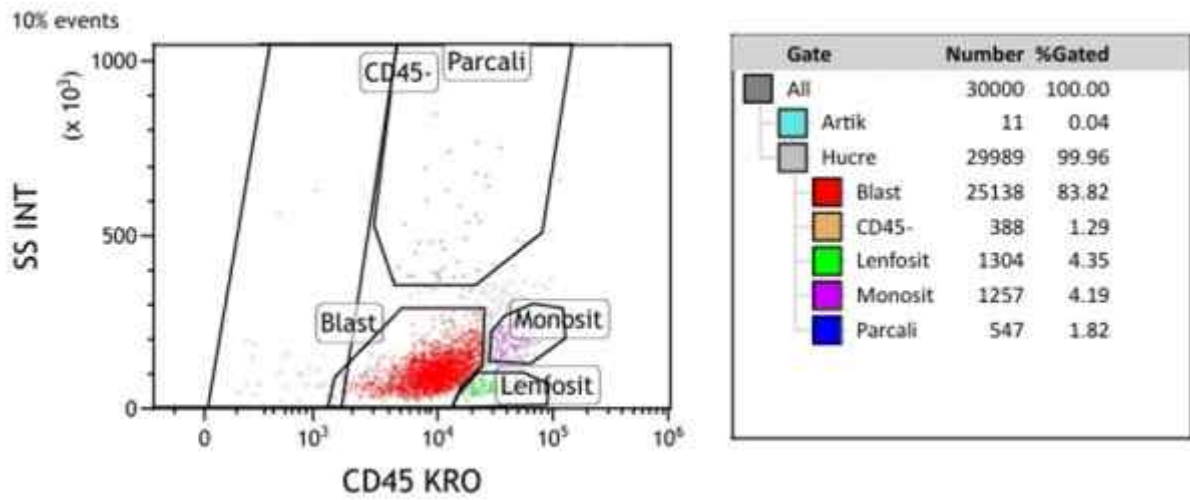
Resim Açıklaması: görsel 1



Resim Açıklaması: görsel 2



Resim Açıklaması: görsel 3



EP-19: KERATOAKANTOMAYI TAKLİT EDEN CD30 POZİTİF KUTANÖZ LENFOPROLİFERATİF HASTALIK

Ayna ÇİFTÇİ¹, Dilayda KAYAPINAR¹, Harbiye Dilek CANAT¹, Begüm ÇALIM GÜRBÜZ²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ

Keratoakantom, hızlı büyüyen ve krateriform morfoloji gösteren nodüler lezyonlarla karakterizedir ve sıklıkla skuamöz hücreli karsinom ile karışabilmektedir (1,2). Dudak bölgesinde hızlı büyüyen krateriform nodüller çoğu zaman keratoakantom lehine yorumlanmaktadır.

Bununla birlikte bazı kutanöz lenfoproliferatif hastalıklar da benzer klinik görünüm sergileyerek tanısız yanılığa yol açabilmektedir.

Primer kutanöz CD30 pozitif T hücreli lenfoproliferatif hastalıklar, lenfomatoid papüloz (LyP) ve primer kutanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma (PC-ALCL) arasında yer alan bir klinik-patolojik spektrum oluşturur (3,4). Histolojik olarak agresif özellikler gösterebilmelerine rağmen klinik seyirleri indolen olabilir ve spontan regresyon görülebilir (4,5).

Bu yazıda, klinik olarak keratoakantomayı düşündüren ancak histopatolojik olarak CD30 pozitif kutanöz lenfoproliferatif hastalık ile uyumlu bulunan ve spontan regresyon gösteren bir olgu sunulmaktadır.

OLGU

Kırk dört yaşında erkek hasta, üst dudakta yaklaşık 45 gündür mevcut olan, küçük bir papül şeklinde başlayıp hızla büyüyen ağrısız nodüler lezyon nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde polikistik böbrek hastalığına bağlı kronik böbrek hastalığı mevcut olup düzenli tedavi kullanmaktaydı. Sigara ve alkol kullanım öyküsü yoktu.

Dermatolojik muayenede üst dudakta orta hatta yakın yerleşimli, yaklaşık 2 cm çapında, sınırları belirgin, çevresi kabarık, ortası çökük ve ülser, pembe-kırmızı nodül izlendi. Klinik olarak keratoakantom ve skuamöz hücreli karsinom ön tanıları düşünüldü.

Histopatolojik incelemede dermis boyunca subkutan yağlı dokuya uzanan atipik lenfositik infiltrasyon izlendi. İmmünohistokimya ile CD2, CD3 ve CD5 ile yaygın

ekspresyon; CD7'de kısmi kayıp; CD4/CD8 oranında artış; diffüz CD30 ekspresyonu ve yaklaşık %80 Ki-67 proliferasyon indeksi saptandı. EMA ve ALK negatifti. Bulgular CD30 pozitif kutanöz lenfoproliferatif hastalık spektrumu ile uyumlu değerlendirildi.

Sistemik tutulum açısından yapılan PET-BT incelemesinde hipermetabolik lezyon saptanmadı. Lezyon herhangi bir tedavi uygulanmaksızın yaklaşık 1,5 ay içerisinde spontan regresyon gösterdi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

CD30 pozitif kutanöz lenfoproliferatif hastalıklar, LyP ve PC-ALCL'yi içeren bir spektrum olarak tanımlanmaktadır (3). Diffüz CD30 ekspresyonu ve yüksek proliferasyon indeksi PC-ALCL lehine yorumlanabilse de, klinik regresyon varlığı LyP olasılığını güçlendirmektedir (4,5).

Her ne kadar spontan regresyon LyP için tipik olsa da, nadiren PC-ALCL olgularında da bildirilmektedir (4). Bu nedenle tanıda klinik seyir, histopatolojik bulgular ve sistemik değerlendirmenin birlikte ele alınması gereklidir.

Bu olguda histolojik olarak agresif özellikler (%80 Ki-67, diffüz CD30 ekspresyonu) bulunmasına rağmen lezyonun spontan regresyon göstermesi dikkat çekicidir.

Bu olgu, keratoakantomayı taklit eden dudak lezyonlarında yalnızca klinik morfolojiye dayanarak tanı konulmaması gerektiğini göstermektedir.

Agresif histolojik özellikler her zaman agresif klinik seyir anlamına gelmez.

CD30 pozitif kutanöz lenfoproliferatif hastalıklarda klinik-patolojik korelasyon ve sistemik tutulumun dışlanması, gereksiz agresif tedavilerden kaçınmak açısından kritik öneme sahiptir.

Kaynakça :

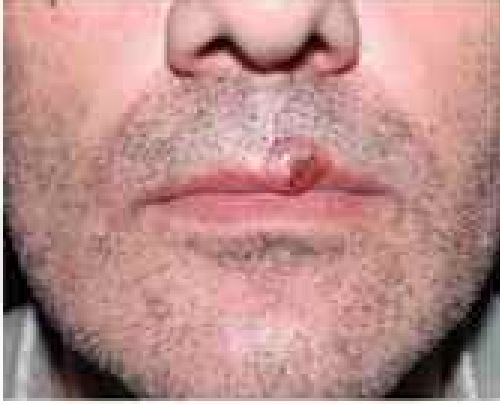
1. Schwartz RA. Keratoacanthoma: a clinicopathologic enigma. Dermatol Surg. 2004.
2. Savage JA, Maize JC Sr. Keratoacanthoma: clinical behavior and treatment. J Am Acad Dermatol. 2014.
3. Willemze R, et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. Blood. 2005.
4. Kempf W, et al. EORTC/ISCL recommendations for primary cutaneous CD30+ lymphoproliferative disorders. Blood. 2011.
5. Wieser I, et al. Clinical characteristics of lymphomatoid papulosis. J Am Acad Dermatol. 2016.

Anahtar Kelimeler : Keratoacanthoma, Lymphomatoid Papulosis, Lymphoma, Primary

Cutaneous Anaplastic Large Cell, Lip Neoplasms

Resimler

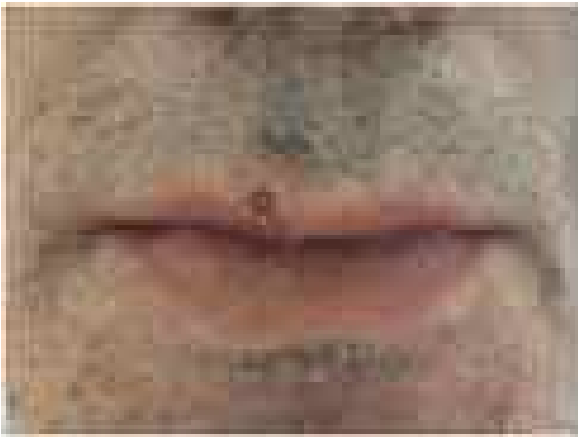
Resim Açıklaması: (A) İlk başvuru sırasındaki klinik görünüm



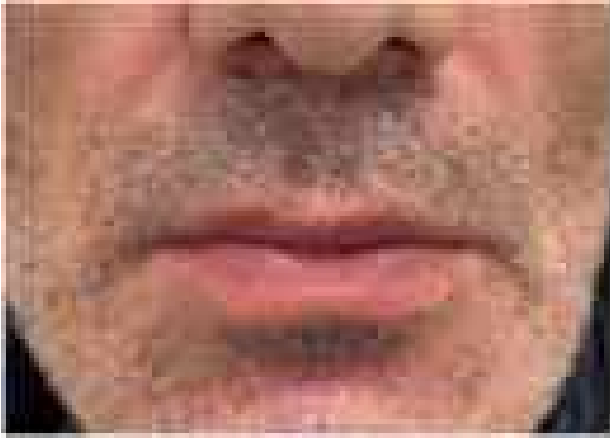
Resim Açıklaması: (B) 1 ay sonraki kontrolde lezyonda kısmi spontan gerileme



Resim Açıklaması: (C) 6. haftada belirgin spontan düzelme



Resim Açıklaması: (D) 1 yıllık takipte tam/heredeyse tam spontan iyileşme



EP-20: ÇOCUKLUK ÇAĞINDA YÜZ YERLEŞİMLİ SUBKUTAN NODÜL: İDİOPATİK ASEPTİK FASİYAL GRANÜLOM OLGUSU

Begüm Karanfil Atakan¹, Prof. Dr. Burçe Can Kuru¹

¹Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Giriş

İdiopatik aseptik fasiyal granülom (İAFG), erken çocukluk döneminde yüzde yerleşen, nadir görülen, benign ve steril granümatöz bir inflamatuvar durumdur. Klinik olarak pilomatrikoma ve diğer subkutan kitlelerle karışabilmesi nedeniyle tanısal güçlük yaratabilir. Genellikle asemptomatik seyirli olup çoğu olguda spontan gerileme gösterir.

Olgu Sunumu

İki yaşında erkek hasta, sağ zigomatik bölgede üç aydır mevcut olan, asemptomatik, lividi renkli nodül nedeniyle değerlendirildi. Hastanın bilinen sol göz dışı bakış kısıtlılığı dışında ek sistemik hastalığı bulunmamaktaydı.

Yüzeyel ultrasonografide hipoekoik, oval, heterojen, dermal yerleşimli, sınırları belirsiz, postakustik güçlenmesi olan, doppler ile vaskülarite izlenmeyen, elastografi ile sert kıvamlı solid kitle saptandı. Pilomatrikoma ve aseptik fasiyal granülom ön tanıları ile eksizyonel biyopsi planlandı ve lezyon cerrahi olarak eksize edildi. Histopatolojik incelemede dermiste epitelioid histiyositlerin oluşturduğu gevşek granülom yapıları

izlendi. PAS ve EZN boyaları ile mikroorganizma izlenmedi. Histopatolojik ve klinik korelasyon ile aseptik fasiyal granülom lehine değerlendirildi. Granülomatöz hastalıklar açısından yapılan sistemik değerlendirmede akciğer grafisi, tüberkülin deri testi ve laboratuvar tetkikleri normal bulundu. Oküler değerlendirmede granülomatöz tutulum saptanmadı; mevcut sol göz dışı bakış kısıtlılığı nedeniyle nöro-oftalmolojik takip planlandı.

Tartışma

İAFG, çocukluk çağında yüzde yerleşimli, genellikle ağrısız ve asemptomatik seyir gösteren benign bir durumdur. Literatürde birçok olguda lezyonların spontan gerileyebildiği bildirilmiştir. Ancak pilomatrikoma gibi cerrahi gerektiren lezyonlarla klinik olarak karışabilmesi nedeniyle bazı olgularda eksizyonel tanı gerekebilmektedir. Bizim olgumuzda da ayırıcı tanı nedeniyle lezyon eksize edilmiş ve histopatolojik inceleme ile tanı doğrulanmıştır.

Sonuç

Aseptik fasiyal granülom, çocukluk çağında yüzde yerleşen, asemptomatik subkutan lezyonların ayırıcı tanısında mutlaka akılda tutulmalıdır. Spontan gerileyebilen benign bir tablo olmakla birlikte, klinik şüphe varlığında histopatolojik doğrulama gerekebilir. Klinik, radyolojik ve histopatolojik korelasyon ile tanı konulması, gereksiz agresif girişimlerin önlenmesi açısından önemlidir.

Kaynakça :

İdiopatik fasiyal aseptik granülom: Tanısal ve terapötik güçlüklerin güncel gözden geçirilmesi. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2019 Oct;110(8):637-641. PMID: 30819406 DOI: 10.1016/j.ad.2019.01.005

Çocukta Yanakta Nodül: İdiopatik Yüz Aseptik Granülomu ve Ayırıcı Tanısı Hakkında Dikkat Edin. Int J Environ Res Public Health. 2019 Jul 11;16(14):2471. doi: 10.3390/ijerph16142471 PMCID: PMC6679178 PMID: 31336722

İdiopatik fasiyal aseptik granülom: 30 olguyu kapsayan çok merkezli prospektif bir çalışma. Br J Dermatol .2007 Nisan;156(4):705-8. PMID: 17493068 DOI: 10.1111/j.1365-2133.2006.07741.x

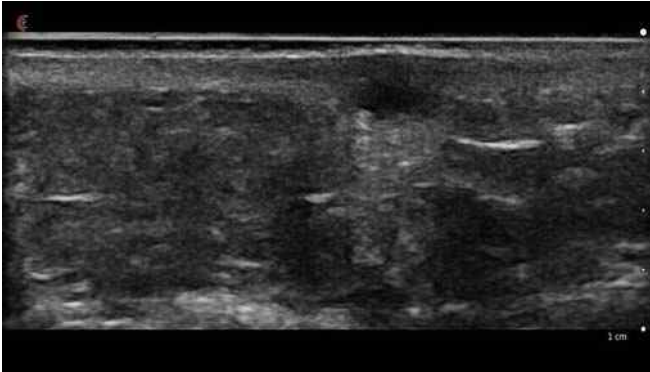
Anahtar Kelimeler : Granülom, Okul öncesi çağı çocuk, Yüz / patoloji

Resimler

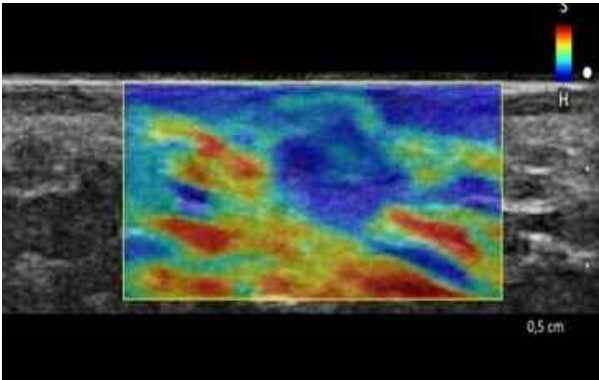
Resim Açıklaması: Yanakta livedi renkli infiltrate nodül (1 nolu resim)



Resim Açıklaması: Hipoekoik, oval, heterojen, dermal yerleşimli, sınırları belirsiz, postakustik güçlenmesi olan, doppler ile vaskülarite izlenmeyen, elastografi ile sert kıvamlı solid kitle (2 nolu resim)



Resim Açıklaması: Hipoekoik, oval, heterojen, dermal yerleşimli, sınırları belirsiz, postakustik güçlenmesi olan, doppler ile vaskülarite izlenmeyen, elastografi ile sert kıvamlı solid kitle (3 nolu resim)



EP-21: GÖZDEN KAÇAN BİR DERMATOZ: PRURİGO PİGMENTOSA

Ece Yılmaz Bulut¹, Harbiye Dilek Canat¹, Zafer Türkoğlu¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Prurigo pigmentosa (PP) şiddetli kaşıntı eşliğinde aniden ortaya çıkan, birkaç gün içerisinde gerileyerek retiküler tarzda pigmentasyon bırakan eritemli papül, papülovezikül ve veziküller şeklinde ortaya çıkar. Vücutta en sık sırtın üst kısmı, skapular ve klavikular bölgeler, ense ve göğüste görülmekte olup genellikle simetrik dağılım gösterir. Nadiren vücudun diğer bölgelerinde de ortaya çıkabilir (1,2). Genellikle simetrik dağılım gösteren PP'nin aksine unilateral tutulum sergileyen ve on yıldır tekrarlayan şikayetleri bulunan olgumuz klinik özellikler ve uygun tedavinin önemini vurgulamak için sunulmuştur.

OLGU

Kırk yaşında erkek hasta tarafımıza göğüs bölgesinde kaşıntı ve kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Bilinen bir hastalığı, düzenli kullandığı bir ilacı yoktu. Dermatolojik muayenede sağ göğüs medialinden başlayıp inferioruna uzanan orta hattı geçmeyen segmental dağılımlı eritemli, kaşıntılı, ağrısız grube papüller mevcuttu (Resim 1). Hastanın benzer şikayetlerinin son on yılda yaklaşık iki ayda bir tekrar ettiği, lezyonların göğüs bölgesinin bazen sağ, bazen sol yarımında, bazen de her iki yarımında aynı anda çıktığı öğrenildi. Tam kan sayımı, biyokimya, eritrosit sedimentasyon hızı, CRP değerleri normal sınırlardaydı. Ayırıcı tanıda düşünülen herpes zoster ve herpes simpleks enfeksiyonunu ekarte etmek için istenen VZV IgM negatif, VZV IgG pozitif, HSV tip 1 ve tip 2 IgM negatif, IgG pozitif sonuçlandı. Altta yatabilecek immünsüpresyon açısından sifiliz, HIV, hepatit B ve hepatit C için istenen tetkikleri negatifti. Lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste fokal parakeratoz, düzensiz akantoz, hafif spongiyozis, dermiste perivasküler lenfositik infiltrata melanofajlar ve az sayıda eozinofil eşlik ettiği görüldü. Direkt immün floresan (DİF) negatif sonuçlandı. Geç dönem prurigo pigmentosa ile uyumlu bulundu. Hastanın ketojenik diyet yaptığı öğrenildi. Doksisisiklin 100 mg/gün ve topikal steroid tedavisi başlandı, tedaviden bir hafta sonraki kontrolünde kaşıntının geçtiği, eritemin hafif hiperpigmentasyon ile gerilediği görüldü (Resim 2).

TARTIŞMA VE SONUÇ

PP etyolojisi bilinmeyen, nadir görülen bir dermatozdur (3). Döküntünün gövdede simetrik dağıldığı, özellikle sırtın üst kısmı, sakral bölge, abdomen ve göğüste yerleşim gösterdiği bildirilmiştir (2). Bizim olgumuzda sağ göğüs ön yüzünde unilateral tutulum

mevcuttu, literatürde segmental tutulumla giden az sayıda olgu olduğu görülmüştür (4,5). Kadın/erkek oranının 4/1 olduğu ve ortalama başlangıç yaşının 23–27 arasında değiştiği bildirilmiştir (6). Bizim olgumuz kırk yaş erkekti. Hastalığı tetikleyici faktörler mevsimsel değişiklik, giysilere bağlı sürtünme, helicobacter pylori enfeksiyonu, atopi, diabetes mellitusa bağlı gelişen ketozis, anoreksiya nervoza, diyetir (1,7). Olgumuz ketojenik diyet yapmaktaydı. Tetikleyici faktörün hastanın ketojenik diyet yapması ve dar kıyafet kullanımına bağlı sekonder friksiyon olduğu değerlendirildi. Diyet modifikasyonu yapıldı, doksisisiklin 100 mg/gün bir ay boyunca verildi. Minosiklin ve doksisisiklin yarı sentetik tetrasiklinlerdir, lenfosit proliferasyonunu, nötrofil migrasyonunu, kemotaksisi ve fosfolipaz A2'yi inhibe eder, antiinflamatuvar ve immünomodülatör etkilere yol açarlar .Minosiklin ve doksisisiklinin PP olgularının çoğunda iyi sonuçlar verdiği bildirilmiştir (8). Bu olguda ise doksisisiklin tedavisi sonrası hastalık stabilizasyonu sağlanmış ve 4 aylık takibinde yeni gelişen şikayeti olmamıştır.

Kaynakça :

- 1-Nagashima, M. (1978). Prurigo pigmentosa: 14 olgumuzun klinik gözlemleri. The Journal of Dermatology, 5(2), 61-67.
- 2-Böer, A., Misago, N., Wolter, M., Kiryu, H., Wang, X. D., & Ackerman, A. B. (2003). Prurigo pigmentosa: derinin ayırt edici bir inflamatuvar hastalığı. The American journal of dermatopathology, 25(2), 117-129.
- 3-Oh, Y. J., & Lee, M. H. (2012). Prurigo pigmentosa: 16 olgunun klinikopatolojik çalışması. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 26(9), 1149-1153.
- 4-Teraki, Y., & Hitomi, K. (2016). Tek taraflı prurigo pigmentosa: iki olgu sunumu. Journal of Dermatology, 43(7), 846-847.
- 5- Torrelo, A., Azorín, D., Noguera, L., Hernández-Martín, A., Happle, R., & Requena, L. (2014). Segmental prurigo pigmentosa. Pediatric Dermatology, 31(4), 523-525.
- 6- Weedon, D. (2004). Prurigo pigmentosa (Nagashima hastalığı). Derinin ayırt edici bir inflamatuvar hastalığına ait ders kitabı ve atlas
- 7- Lu, P. H., Hui, R. C. Y., Yang, L. C., Yang, C. H., & Chung, W. H. (2011). Prurigo pigmentosa: klinikopatolojik çalışma ve ilişkili faktörlerin analizi.
- 8- Leite, L. M., Carvalho, A. G. G., Tavares Ferreira, P. L., Pessoa, I. X., Gonçalves, D. O., de Araújo Lopes, A., ... & Viana, G. S. (2011). Doksisisiklin ve minosiklinin antiinflamatuvar özellikleri: deneysel modellerde in vivo ve in vitro karşılaştırmalı çalışma.Inflammopharmacology, 19(2), 99-110.

Anahtar Kelimeler : Prurigo pigmentosa , Ketojenik diyet, Doksisisiklin , Hiperpigmentasyon

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 2



EP-22: VERRUKA VULGARİSTE KONTROLSÜZ BİTKİSEL TEDAVİ SONRASI GELİŞEN DERİN ÜLSERLERİN YÖNETİMİ

Cansu Özdemir Yılmaz¹, Yiğit Emre Yılmaz¹, Harbiye Dilek Canat¹, Ezgi Aktaş²

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

²İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

GİRİŞ: Verruka vulgaris(VV), human papilloma virüsü(HPV) enfeksiyonunun neden olduğu yaygın bir cilt hastalığıdır.VV,%7-12 prevalans oranı ile yaygın görülür(1).Kutanöz verrüler(KV);herhangi bir yerde ortaya çıkabilse de en sık avuç içlerinde,parmaklarda,diz ve dirsek gibi bölgelerde bulunur(2).Mevcut tedavi yaklaşımları temel olarak kriyoterapi,salisilik asit,lazerler,fotodinamik terapi(PDT) ve antijenlerin intralezyonel enjeksiyonunu içermektedir(3).Yapılan çalışmalarda podofilin,patlıcan ve incir özü gibi bitkisel kaynaklı ürünlerin de destrüktif etkiyle verrülerin tedavisinde kullanıldığı görülmüştür.Bu olguda verrü üzerine karga otu ve ham sirke mayası karışımının uygulanması sonucu el üzerinde yaklaşık 2x2 cm boyutunda ülser gelişmesi,hastaların kulaktan duyma ya da sosyal medya yoluyla edindiği sağlık ile ilgili bilgilerin doğurabileceği olumsuz sonuçları vurgulamak amacıyla sunulmaktadır.

OLGU:17 yaşında erkek hasta,yaklaşık bir yıldır olan sağ eldeki siğilleri için tarafımıza başvurdu.Bitkisel karışımlar öneren bir aktarın önerisiyle,karga otu ve ham sirke mayası karışımını verrülerin üzerine tek seansta dört defa art arda uyguladığını ve bunun sonucunda üç gün içerisinde derin yaraları oluştuğunu ifade etmekteydi.Bilinen ek hastalığı olmadığı ve daha öncesinde verrüleri için herhangi bir tedavi almadığı öğrenildi.Muayenede sağ el dorsal yüzde ve dördüncü parmak üzerinde en büyüğü 2 cm,en küçüğü 0,5 cm çapında olan etrafı eritemli ve yer yer nekrotik krutlu derin ülserleri görüldü(Resim 1). Hastanın uygulama sonrası birinci gün fotoğraflarında üzeri hemorajik krutlu plaklar oluştuğu (Resim2) sonrasında hastanın kendi isteğiyle kurutları kaldırdığı öğrenildi.Hastaya oral çinko 50mg/gün ve topikal hamamelis virginiana distilat+çinko oksit krem ile oklüzyon tedavisi verilip bir hafta sonra kontrole çağırıldı.Kontrolde ülserbkenarlarının epitelize olmaya başladığı görüldü(Resim3).Hastanın takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ:Kutanöz verrüler(KV),HPV'nin neden olduğu herhangi bir yaşta ortaya çıkan iyi huylu proliferatif lezyonlardır(1).Yaygın verrülerin üçte ikisi konakçının immün yanıtı sayesinde 2 yıl içinde kendiliğinden düzelebilir(3).Refrakter non-genital KV'lerin tedavisi kabaca üç gruba ayrılabilir:topikal tedaviler,sistemik tedaviler,destrüktif ve cerrahi tedaviler.Topikal tedavi podofilin,5-florourasil,imikimod ve sidofovir uygulanarak gerçekleştirilebilir.Bunlara ek olarak KV tedavisinde alternatif tedavi yöntemleri de sıklıkla kullanılmaktadır.İncir özü gibi bitkisel kaynakların da özellikle

anogenital verrüde destrüktif etkiyle tedavi ettiğine dair birkaç yayın bulunmaktadır.Halk arasında da çeşitli tedavi yöntemleri denenmektedir.Olgumuzda olduğu gibi bu tarz yöntemlerin bilinçsiz kullanımı olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır.Tedavide yer alan bir diğer ajan olan çinko,sitokinlerin sentezini etkileyerek viral enfeksiyonlara karşı koymak için hem doğal hem de adaptif immün yanıtı düzenlemede rol oynar.Bu yüzden hem topikal hem de oral çinko bir tür immünoterapi olarak kategorize edilebilir(3).Sonuç olarak,KV tedavisinde çeşitli ve çoklu seçenekler olmakla beraber alternatif tedavi yöntemleri de denenmektedir.Kontrollü olmayan ve bilinçsiz kullanılan yöntemler,beklenmedik ve geri dönüşümsüz hasarlara yol açabilir.Bu sebeple uygun hastada uygun tedavi doktor gözetiminde uygulanmalıdır.Toplumda bu konuda bilgi ve farkındalığın artırılması için eğitici nitelikte toplantılar yapılmalı,önlemler alınmalıdır.

Kaynakça :

- 1-Zhu P,Qi RQ,Yang Y,Huo W,Zhang Y,He L,Wang G,Xu J,Zhang F,Yang R,Tu P,Ma L,Liu Q,Li Y,Gu H,Cheng B,Chen X,Chen A,Xiao S,Jin H,Zhang J, Li S,Yao Z,Pan W,Yang H,Shen Z, Cheng H, Song P, Fu L, Chen H, Geng S, Zeng K, Wang J, Tao J, Chen Y, Wang X, Gao XH. Clinical guideline for the diagnosis and treatment of cutaneous warts (2022). J Evid Based Med. 2022 Sep;15(3):284-301. doi: 10.1111/jebm.12494. Epub 2022 Sep 18. PMID: 36117295; PMCID: PMC9825897.
- 2- Al-Sabak H, Al-Hattab M, Al-Rammahi M, Al-Dhalimi M. The efficacy of intralesional vitamin D3 injection in the treatment of cutaneous warts: A clinical therapeutic trial study. Skin Res Technol. 2023 Aug;29(8):e13442. doi: 10.1111/srt.13442. PMID: 37632174; PMCID: PMC10432866.
- 3-Song D, Pan L, Zhang M, Wang S. Clinical use of zinc in viral warts: a systematic review of the clinical trials. J Dermatolog Treat. 2022 Jun;33(4):1878-1887. doi: 10.1080/09546634.2021.1942420. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34132162.
- 4_ Mawardi P, Kamilah L, Fauziyyah Heryadi F, Arrosyid A. The Effectiveness of Chemical Cautery and Electrosurgery on Anogenital Wart: Systematic Review. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2023 Oct 5;16:2773-2780. doi: 10.2147/CCID.S426851. PMID: 37818198; PMCID: PMC10561614.
- 5-Egawa G, Honda T, Kabashima K. Spontaneous Regression of Palmar Warts after Suffering from Diffuse Contact Dermatitis against Alkyl Bromide. Case Rep Dermatol. 2021 Jan 28;13(1):54-57. doi: 10.1159/000511998. PMID: 33708083; PMCID: PMC7923719.

Anahtar Kelimeler : verruka vulgaris,ülser,karga otu,ham sirke mayası

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 3



Resim Açıklaması: Resim 2



EP-23: TÜBEROSKLEROZ HASTALIĞI İLE İLİŞKİLİ DİRENÇLİ FASİYAL ANJİYOFİBROMLARDA LONG-PULSE ND:YAG LAZER TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Büşra Çarpan¹, Anıl Temiz¹, Harbiye Dilek Canat¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ Tüberoskleroz; deri, sinir sistemi, retina, böbrek ve dolaşım sistemi gibi çok sayıda organ sistemini etkileyen nörokutanöz sendromdur. Bu hastalığın en sık görülen deri bulgularından biri olan fasiyal anjiyofibromlar; yüz bölgesinde genellikle burun kanatları, yanaklar ve çenede yerleşen, damardan zengin bağ dokusu yapısındaki deri lezyonlarıdır. Bu lezyonlar histopatolojik olarak damarsal proliferasyon ve çevresinde konsantrik dizilimli kollajen liflerinden oluşur. Anjiyofibromların tedavisinde temel amaç, lezyonların vasküler ve bağ dokusu komponentini ortadan kaldırarak kozmetik düzelme sağlamak ve hastanın yaşam kalitesini artırmaktır. Tedavide topikal ilaçlar ve kriyoterapi gibi yöntemler kullanılsa da, özellikle hacimli ve dirençli lezyonlarda lazer sistemleri ön plana çıkmaktadır. Bu sunumda, geleneksel tedavilere yanıt vermeyen bir olguda Long-

Pulse Neodymium-Doped Yttrium Aluminum Garnet (Nd:YAG) lazerin etkinliği tartışılmaktadır.

OLGU Tüberoskleroz tanısı ile takip edilen 18 yaşında erkek hasta, yüz bölgesindeki yaygın deri lezyonları şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Fitzpatrick deri tipi 3 olan hastanın soygeçmişinde özellik saptanmadı. Hastanın anamnezinde, dış merkezde uygulanan kriyoterapi sonrası lezyonların küçölmediği, aksine paradoksal olarak boyutlarında artış izlendiği öğrenildi. Ayrıca topikal sirolimus tedavisinden de klinik yanıt alınamamıştı. Yapılan dermatolojik muayenede; bilateral burun kanatlarında, dudak altı ve çene bölgesinde çok sayıda, eritematöz, milimetrik papüler anjiyofibromlar saptandı (**Resim 1**). Kliniğimizde, lezyonların damarsal yapısını hedeflemek amacıyla Nd:YAG lazer tedavisi planlandı. Uygulama; 3 mm spot çapı ve 10 ms puls süresi sabit tutularak, cihazın soğutucu sistemi eşliğinde gerçekteştirildi. İlk üç seansta 79.6 J/cm^2 enerji yoğunluğu ile başlanan tedavide, hastanın toleransına ve klinik yanıtı göre doz kademeli olarak artırıldı. Takip eden seanslarda 141.5 J/cm^2 enerji yoğunluğu parametresine çıkılarak, her bir lezyon odağına tek seansta 2 atış yapıldı. Üç hafta aralıklarla toplam 7 seans uygulanan tedavi sonucunda, lezyonların hacminde ve kızarıklılığında belirgin gerileme sağlandı (**Resim 2**). Tedavi süresince ve sonrasında hastada kalıcı iz veya renk değişikliği gözlenmedi.

SONUÇ Fasiyal anjiyofibromlar, damarsal ve bağ dokusu içeriği nedeniyle kombine bir yapıya sahiptir. Nd:YAG lazerin 1064 nm dalga boyu, deri derinliğine nüfuz ederek hem damarsal yapıları hedeflemekte hem de bunları çevreleyen fibröz dokuyu etkileyebilme kapasitesi taşımaktadır. Özellikle kriyoterapi gibi travmatik uygulamalar sonrası hacmi artan veya topikal tedavilere direnç gösteren vakalarda, düşük dozlarla başlanıp kademeli doz artırımı yapılan Nd:YAG lazer uygulaması güvenilir ve etkili bir seçenektir. Bu olgu, merkezimizde diğer lazer sistemleri bulunmamasına rağmen, Nd:YAG lazerin uygun parametrelerle fasiyal anjiyofibrom yönetiminde başarılı bir şekilde kullanılabileceğini göstermektedir.

Kaynakça :

Hogeling M, Frew JW, Hills RJ. Neodymium-doped yttrium aluminium garnet laser as an effective treatment for facial angiofibromas in tuberous sclerosis. Australas J Dermatol. 2011;52(3):204-207.

Northrup H, Krueger DA; International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Group. Tuberous sclerosis complex diagnostic criteria update: recommendations of the 2012 International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Conference. Pediatr Neurol. 2013;49(4):243-254.

Park J, Yun SK, Kim HU, Ihm CW. Treatment of facial angiofibromas with 1,064-nm long-pulsed Nd:YAG laser. Dermatol Surg. 2009;35(5):886-888.

Anahtar Kelimeler : Tüberoskleroz, Anjiyofibrom, Lazer Tedavisi, Nd:YAG Lazer.

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 2



EP-24: İNFANTİL HEMORAJİK ÖDEM: BİR YAŞINDA BİR OLGU SUNUMU

Zeynep Keskiner¹, Harbiye Dilek Canat¹, Başak Sena Özhan¹

¹Çam ve sakura şehir hastanesi

GİRİŞ

İnfantil hemorajik ödem (İHÖ), çoğunlukla 4–24 ay arasındaki çocuklarda görülen, akut başlangıçlı, kendini sınırlayan bir lökositoklastik vaskülitir (1,2). Ateş, non-pitting ödem ve özellikle yüz, kulak kepçeleri ile ekstremitelerde yerleşen hedef tahtası benzeri purpurik plaklarla karakterizedir (2,4). Klinik görünüm dramatik olmasına rağmen hastaların genel durumu iyidir ve sistemik tutulum nadirdir (2,6). Etiyolojide en sık enfeksiyonlar olmak üzere ilaçlar ve aşılar tetikleyici faktörler arasındadır (2,5).

Ani başlangıçlı ateş ve purpurik döküntü sonrası dermatoloji kliniğinin görüşü ile İHÖ tanısı alan bir yaşında olgu, tipik klinik ve histopatolojik özelliklerinin paylaşılması amacıyla sunulmuştur.

OLGU

Bir yaşında erkek hasta, birkaç gündür olan ani başlangıçlı döküntü ve sağ gözde şişlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Yüksek ateş (39°C) ve purpurik lezyonlar nedeniyle meningokoksemi ön tanısı ile yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve lomber ponksiyon yapıldı. Sağ gözde belirgin ödem ve eritem olması nedeniyle preseptal selülit ön tanısı ile beyin BT çekildi. Dermatoloji konsültasyonunda sağ periorbital bölgede eritem ve belirgin ödem, yüzde, ekstremitelerde ve palmar yüzlerde basmakla solmayan purpurik plaklar saptandı (Resim 1,2). Laboratuvar incelemelerinde: CRP: 78 mg/L, Prokalsitonin: 0,36 ng/mL, Glukoz: 120 mg/dL, Ateş: 39°C olarak görüldü. Bunun dışında anlamlı patolojik bulgu saptanmadı.

Klinik olarak infantil hemorajik ödem ve purpura fulminans ön tanılarıyla sağ uyruk medialinden punch biyopsi ve direkt immünfloresan (DİF) örneği alındı.

Histopatolojide; epidermiste ortohiperkeratoz ve hafif spongiyozis, papiller dermiste ödem, dermiste yaygın eritrosit ekstremitasyonu, damar duvarlarında yoğun nötrofil infiltrasyonu, lökositoklazi, fibrinoid nekroz, perivasküler ve hafif interstisyel lenfosit infiltrasyonu bulguları izlendi. Bulgular lökositoklastik vaskülit ile uyumlu olarak değerlendirildi. DİF incelemede IgA, IgM, IgG, C3, fibrinojen negatifti.

Hastaya sistemik tedavi başlanmadan semptomatik yaklaşım önerildi. Takibinde bir hafta içerisinde lezyonlarda belirgin gerileme gözlemlendi (Resim 3,4).

TARTIŞMA ve SONUÇ

İnfanıl hemorajik ödem (İHÖ), klinik olarak dramatik purpurik plaklar ve ödem ile seyretmesine rağmen benign prognoza sahip bir lökositoklastik vaskülitir (2,3). Ateş ve akut başlangıç nedeniyle meningokoksemi, purpura fulminans ve sepsis ile karışabilmektedir (2,7). Ayırıcı tanıda IgA vaskülit, ürtikeryal vaskülit, eritema multiforme, meningokoksemi ve çocuk istismarı düşünölmelidir (2,5). Doğru tanı, gereksiz ileri tetkik ve tedavilerin önlenmesi açısından önem taşımaktadır (2).

Olgumuzda yoğun bakım yatışı gerektirecek düzeyde sistemik enfeksiyon şüphesi oluşmuş, ancak klinik dağılım paterni, sistemik tutulumun olmaması ve histopatolojik bulgular ile tanı doğrulanmıştır.

DİF incelemesinde immün kompleks birikiminin olmaması, IgA vaskülitinden ayırırda destekleyici olmuştur (5). Sistemik tutulum nadir olup prognoz genellikle iyi, lezyonlar çoğunlukla 1–3 hafta içinde sekel bırakmadan geriler (2,6). Bu nedenle destek tedavisi yeterlidir (2). Kortikosteroid tedavisinin rutin kullanımı önerilmemekte, seçilmiş ağır olgularda klinik iyileşmeyi hızlandırabileceğı bildirilmiştir (3).

Olgumuz, tipik klinik özellikleri ve iyi prognozu ile literatürle uyumlu olup, bu nadir ancak karakteristik vaskülitin erken tanınmasının gereksiz girişimlerin önlenmesi açısından önemini vurgulamaktadır.

Kaynakça :

- 1.Snow IM. Purpura, urticaria and angioneurotic edema of the hands and feet in a nursing baby. JAMA. 1913;61:18–19.
2. Fiore E, Rizzi M, Ragazzi M, et al. Acute hemorrhagic edema of young children (cockade purpura and edema): a systematic review. J Am Acad Dermatol. 2008;59(4):684–695.
3. Legrain V, Lejean S, Taieb A, et al. Infantile acute hemorrhagic edema of the skin: study of ten cases. J Am Acad Dermatol. 1991;24(1):17–22.
4. Krause I, Lazarov A, Rachmel A, et al. Acute hemorrhagic edema of infancy: a benign variant of leukocytoclastic vasculitis. Pediatr Dermatol. 1996;13(3):175–178.
5. Ekenstam EA, Callen JP. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis: clinical and laboratory features of 82 patients. J Am Acad Dermatol. 1984;11(5 Pt 1):876–882.
6. Saraclar Y, Tinaztepe K, Adalioglu G, Tuncer A. Acute hemorrhagic edema of infancy (Seidlmayer's purpura): a variant of Henoch-Schönlein purpura or a distinct entity? J Allergy Clin Immunol. 1990;86(4 Pt 1):473–483.
7. Al-Sheyyab M, Batieha A, El-Shanti H, Daoud AS. Acute hemorrhagic edema of infancy: clinical and laboratory findings in 15 patients. J Pediatr. 1999;134(3):344–347.

Anahtar Kelimeler : Lökositoklastik Vaskülit, Purpura

Resimler

Resim Açıklaması: Resim2



Resim Açıklaması: Resim4



Resim Açıklaması: Resim3



Resim Açıklaması: Resim1



EP-25: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: SPOROTRİKOİD PATERNLİ KUTANÖZ LEİSHMANİASİS

Selen TANER AKBAY¹, Mahmut Kuddis AYDIN¹, Ceren ÜNAL², Tuğba KAYA²

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zühveri Hastalıkları Anabilim Dalı

²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Anabilim Dalı

Giriş:

Kutanöz leishmaniasis (KL), *Leishmania* türlerinin neden olduğu ve flebotom sinekleri aracılığıyla bulaşan kronik seyirli bir paraziter deri hastalığıdır. Türkiye’de özellikle Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde endemik olup en sık nodüloülseratif lezyonlarla prezente olur. Nadir görülen bir patern olan sporotrikoid form, lenfatik drenaj hattı boyunca dizilim gösteren nodüler lezyonlarla karakterizedir ve tanısız güçlükle oluşturabilir.

Olgu sunumu:

Yetmiş iki yaşında kadın hasta, dört aydır yüz ve üst ekstremitelerde iyileşmeyen yaralar nedeniyle başvurdu. Daha önce intramüsküler sefuroksim ve topikal peru balsamı tedavisi uygulanmış ancak klinik yanıt alınamamıştı. Özgeçmişinde tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon ve romatoid artrit mevcuttu; oral metformin ve ramipril kullanmaktaydı.

Dermatolojik muayenede sol infraorbital ve malar bölgede yaklaşık 2 cm çaplı dört adet krutlu-ülseratif lezyon, sağ üst ekstremitede lenfatik hat boyunca sporotrikoid dizilim gösteren altı adet nodüloülseratif lezyon ve sol dirsek üzerinde iki adet krutlu-ülseratif lezyon saptandı.

Yüzeyel doku ultrasonografisinde nonspesifik hipoekoik alanlar izlendi ve malignite açısından klinik korelasyon önerildi. Lezyonlardan alınan yayma örneği Giemsa ile boyandı; mikroskopik incelemede amastigot formların gösterilmesi ile KL tanısı doğrulandı. Eş zamanlı gönderilen mantar kültüründe üreme saptanmadı.

Hasta yatırılarak intramüsküler meglumin antimonat tedavisine başlandı; ancak tedavinin 10. gününde gastrointestinal yan etkiler ve 11. gününde enjeksiyon yerinde hematoma gelişmesi üzerine tedavi sonlandırıldı. Ardından intralezyoner meglumin antimonat tedavisine geçildi; ancak işlem sırasında genel durum bozukluğu gelişmesi nedeniyle ilgili branşlarla konsülte edilerek tedaviye ara verildi ve hasta taburcu edildi.

Ağrı eşliğinin düşük olması nedeniyle intralezyoner lidokain–meglumin antimonat karışımı ile tedaviye yeniden başlandı ve eş zamanlı olarak günlük 200 mg oral flukonazol

eklendi. Toplam 10 seans intralezyoner tedavi uygulandı. İzlemde lezyonlarda belirgin regresyon gözlemlendi.

Tartışma:

Sporotrikoid patern, lenfatik drenaj hattı boyunca lineer nodüler yayılım ile karakterizedir ve en sık Sporotrichosis ile ilişkilidir. Ancak nadiren *Leishmaniasis* benzer klinik görünüm sergileyebilir ve bu durum tanısal gecikmeye yol açabilir.

Olgumuzda üst ekstremitelerde sporotrikoid dizilim ve yüzde eş zamanlı lezyon varlığı nedeniyle başlangıçta geniş bir ayırıcı tanı spektrumu düşünülmüştür. Direkt yaymada amastigotların gösterilmesi tanı koydurucu olmuştur. Tür tayini yapılmamış olmakla birlikte, Türkiye’de en sık bildirilen etkenin *L. infantum* olduğu bilinmektedir.

Pentavalan antimon bileşikler KL tedavisinde ilk basamak ajanlardır. Bununla birlikte ileri yaş ve komorbid hastalıklara sahip bireylerde sistemik tedavi yan etkiler nedeniyle sınırlanabilmektedir

Intralezyoner antimon uygulaması lokalize lezyonlarda etkin ve daha güvenli bir seçenek olarak kabul edilmekle beraber flukonazolun sterol biyosentezini inhibe ederek antiparaziter etki gösterdiği bildirilmiştir. Bu olguda intralezyoner meglumin antimonat ile oral flukonazol kombinasyonu sonrası belirgin klinik iyileşme sağlanmıştır.

Bu bulgular, özellikle sistemik tedavinin tolere edilemediği yaşlı ve komorbid hastalarda kombine tedavi yaklaşımının etkili bir alternatif olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç:

Sporotrikoid dizilim gösteren lezyonlarda, özellikle endemik bölgelerde, KL mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Kaynakça :

1)Akhoundi M, Kuhls K, Cannet A, et al. A historical overview of the classification, evolution, and dispersion of Leishmania parasites and sandflies. PLoS Negl Trop Dis. 2016;10(3):e0004349.

2)Uzun S, Gürel MS, Durdu M, et al. Clinical and epidemiologic features of cutaneous leishmaniasis in Turkey. Int J Dermatol. 2009;48(6):634-640.

3)Solomon M, Pavlotsky F, Barzilai A, et al. Sporotrichoid pattern of cutaneous leishmaniasis. Int J Dermatol. 2014;53(7):e354-e358.

4)Aronson N, Herwaldt BL, Libman M, et al. Diagnosis and treatment of leishmaniasis: Clinical practice guidelines. Clin Infect Dis. 2016;63(12):e202-e264.

5)Alrajhi AA, Ibrahim EA, De Vol EB, et al. Fluconazole for the treatment of cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania major*. N Engl J Med. 2002;346(12):891-895.

Anahtar Kelimeler : Leishamanisis

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1b Tedavi öncesi



Resim Açıklaması: Resim 2a Tedavi sonrası



Resim Açıklaması: Resim 2b Tedavi sonrası



Resim Açıklaması: Resim 1a Tedavi öncesi



EP-26: ADA2 EKSİKLİĞİ VE TROMBOFİLİ FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİLİ LIVEDOID VASKÜLOPATİ: HOMOZİGOT P.GLY47ARG VARYANTLI NADİR BİR OLGU

İŞİL ŞİMŞEK¹,ÖZBEN YALÇIN²,EZGİ AKTAŞ¹

¹Prof. Dr. Cemil Taşçioğlu Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

²Prof. Dr. Cemil Taşçioğlu Şehir Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği

GİRİŞ

Livedoid vaskülopati, küçük dermal damarların trombotik oklüzyonu sonucu gelişen, kronik seyirli, ağrılı ülserasyonlar ve beyaz atrofi (atrofi blanche) ile karakterize trombotik bir vaskülopatidir. Klinik olarak yaşam kalitesini belirgin şekilde etkileyen bu tablo, çoğu zaman altta yatan trombofilik durumlarla ilişkili olup, nadiren monogenik vaskülopatilerin bir yansıması olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Bu bildiride, livedoid vaskülopati kliniği ile başvuran ve yapılan ileri tetkiklerde altta yatan ADA2 eksikliği ile birlikte ek trombofilik faktörlerin saptandığı bir olgu sunuldu.

OLGU

Yirmi dokuz yaşında erkek hasta, alt ekstremitelerde yedi yıldır devam eden ağrılı ülserasyonlar, purpurik lezyonlar ve atrofi blanche alanları nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral ayak bilekleri ve ayak sırtında ülseratif lezyonlar ve atrofik skarlar izlendi. Ülser lezyondan alınan 4.00 mm punch biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde papiller dermiste vasküler yapılarda artış, damar duvarlarında fibrin birikimi, eritrosit ekstrasvazasyonu ve perivasküler inflamasyon saptanarak livedoid vaskülopati ile uyumlu bulundu. Livedoid vaskülopati etiyolojisini saptamak amacıyla trombofili paneli ve bununla birlikte erken yaşta gelişen trombotik vaskülopati ve livedoid ülserasyonların varlığı nedeniyle monogenik vaskülopatiler ayırıcı tanıda değerlendirilerek ADA2 enzim düzeyi ve genetik analizi yapıldı. İleri incelemelerde ADA2 enzim eksikliği tespit edildi ve genetik analizde p.Gly47Arg homozigot varyantı saptandı. Hastada ADA2 eksikliğine eşlik edebilecek sistemik bulgular açısından ayrıntılı değerlendirme yapıldı. Özellikle erken yaşta serebrovasküler olay öyküsü, tekrarlayan ateş atakları, hematolojik sitopeniler, hepatosplenomegali ve immün yetmezlik bulguları sorgulandı ve fizik muayene ile laboratuvar incelemelerinde bu bulgulara rastlanmadı.

Ayrıca trombotik yatkınlık açısından yapılan değerlendirmede MTHFR(A1298C) heterozigot mutasyonu, lipoprotein(a) yüksekliği ve PAI-1 4G/5G polimorfizmi tespit edildi. Hastayı dermatoloji ve kalp-damar cerrahisi klinikleri multidisipliner şekilde değerlendirilerek oral rivaroksaban tedavisi başlandı. Takiplerinde ağrı ve ülseratif

lezyonlarda belirgin klinik iyileşme gözlemlendi ve mevcut tedavi ile klinik yanıt alınması nedeniyle ek tedavi planlanmadı.

SONUÇ

Bu olgu, livedoid vaskülopati olgularında klasik trombofili nedenlerinin yanı sıra, ADA2 eksikliği gibi nadir monogenik vaskülopatilerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Özellikle erken başlangıçlı veya tedaviye dirençli olgularda genetik etiyolojilerin araştırılması, doğru tanının konulmasına ve hedefe yönelik tedavi stratejilerinin belirlenmesine önemli katkı sağlayabileceğini vurgulamaktadır.

Kaynakça :

- 1-Navon Elkan P, Pierce SB, Segel R, et al. Mutant adenosine deaminase 2 in a polyarteritis nodosa vasculopathy. New England Journal of Medicine. 2014;370:921-931.
- 2-Zhou Q, Yang D, Ombrello AK, et al. Early-onset stroke and vasculopathy associated with mutations in ADA2. New England Journal of Medicine. 2014;370:911-920.
- 3-Criado PR, Rivitti EA, Sotto MN, et al. Livedoid vasculopathy: an in-depth review. American Journal of Clinical Dermatology. 2011;12: 17-27.
- 4-Vasudevan B, Neema S, Verma R. Livedoid vasculopathy: a review of pathogenesis and principles of management. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology. 2016;82:478-488.
- 5-Schnappauf O, Ombrello AK, Kastner DL. ADA2 deficiency: clinical spectrum, pathogenesis and treatment. Current Opinion in Rheumatology. 2019
- 6-Mieli R, Alavi A. Livedoid vasculopathy: current perspectives International Journal of Women's Dermatology. 2018
- 7-Khenifer S, et al. Livedoid vasculopathy: thrombotic disease Archives of Dermatology

Anahtar Kelimeler : livedoid vaskülopati, ada2 eksikliği, trombofili, kronik ülser, atrofi blanche, Gly47Arg mutasyonu

EP-27: İMMÜNSÜPRESE PEDIATRİK HASTADA GECİKMİŞ TANI: KRUTLU SKABİES OLGUSU

Dilara Kandiş¹, Harbiye Dilek Canat¹, Selim Kandiş¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş

Skabies, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*'in neden olduğu, dünyada sık görülen paraziter bir deri enfestasyonudur. İmmünsüprese hastalarda gelişen krutlu skabies, klasik formdan farklı olarak yoğun parazit yükü, belirgin hiperkeratoz ve atipik klinik bulgular ile karakterizedir. Bu durum hastalığın inflamatuvar dermatozlarla karışmasına ve tanıda gecikmeye yol açabilmektedir. Özellikle eşlik eden sistemik hastalıklar ve immün yanıtı etkileyen durumlar, klinik seyrin ağırlaşmasına neden olabilir. Bilinen nörolojik hastalık ve immünsüpresyon zemininde gelişen hiperkeratozik lezyonları geç tanı alan krutlu skabiyes olgusu tipik klinik özellikleri nedeniyle sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

On iki yaşında kız hasta, özellikle el ve ayaklarda döküntü şikayeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Bilinen spina bifida öyküsü ve iki yıl önce gerçekleştirilmiş renal transplantasyon nedeniyle immünsüpresyonu mevcuttu. Hastanın yaklaşık dokuz ay önce vücudunda döküntülerin başladığı ve bu süreçte farklı merkezlerde değerlendirildiği, dış merkezde alınan deri biyopsisinin egzema ile uyumlu olarak raporlandığı ifade edildi. Hastanın yaklaşık bir ay önce geçirdiği varisella enfeksiyonu sonrasında mevcut lezyonlarında artış olduğu ve özellikle son iki ay içerisinde lezyonların kalınlaşarak krutlu bir görünüm kazandığı belirtildi.

Dermatolojik muayenede yüz bölgesinde kserotik zeminde hafif makülopapüler döküntüler izlenirken, gövde ve sırtta belirgin kserozis ve yaygın makülopapüler lezyonlar dikkati çekmekteydi. Eller ve avuç içlerinde yaygın döküntü mevcut olup tırnaklarda distrofi gözlemlendi. (Resim 1) Özellikle ayaklar ve plantar yüzeylerde ileri derecede hiperkeratoz, kalınlaşma, derin fissürler ve belirgin likenifikasyon mevcuttu. (Resim 2) Lezyonların kaşıntısının değişken olduğu, ancak semptomların gece saatlerinde belirgin artış göstermediği öğrenildi. El bileklerinde çok sayıda tünel yapıları izlenmesi üzerine skabies ön tanısı güçlendi. Tanı, el bileklerindeki tünellerden ve plantar bölgeden alınan örneklerin mikroskopik incelemesinde *Sarcoptes scabiei*'nin gösterilmesi ile doğrulandı (Resim 3) ve hastada krutlu skabies tanısı konuldu.

Tartışma

Krutlu skabies (KS) , immünsüprese hastalarda gelişen ve yüksek parazit yükü ile seyreden ağır bir skabies formudur. Klinik olarak belirgin hiperkeratoz ve kalın

kabuklanma ile karakterize olması nedeniyle egzema, psoriasis ve keratoderma gibi dermatozlarla karışabilmektedir. Bu durum özellikle tanıda gecikmeye yol açarak hastalığın ilerlemesine ve bulaş riskinin artmasına neden olur. Olgumuzda hem spina bfida varlığı nedeniyle nörolojik bozukluk vardır, hem de renal transplantasyon sonrası gelişen immünsüpresyon mevcuttur. Her iki faktörün hastalığın atipik seyretmesine zemin hazırladığı düşünülmektedir. Döküntülerin uzun süre farklı tanılarla değerlendirilmesi ve ancak ileri dönemde kurutlu morfoloji kazanması, hastalığın progresif doğasını ortaya koymaktadır. Ayrıca biyopsi sonucunun tanı koydurucu olmaması, KS olgularında klinik şüphenin tanıdaki belirleyici rolünü vurgulamaktadır. İmmünsüprese hastalarda ortaya çıkan, uzun süreli, dirençli ve hiperkeratotik deri lezyonlarında skabies mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Özellikle atipik klinik bulguların varlığında tanı yalnızca histopatolojik değerlendirmeye dayandırılmamalı, klinik bulgular ile birlikte ele alınmalıdır. Erken tanı ve tedavi, hastalığın progresyonunu önlemek ve bulaşın kontrol altına alınması açısından kritik öneme sahiptir.

Kaynakça :

- 1- Tunca M, Cayirli M, Arca E, Akar A, Demiriz M. Topikal kortikosteroid kullanımı sonrası Norveç uyuzu. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2012;32(2):537-540.
- 2- Şanlı B. Çocuklarda sık görülen deri enfeksiyonları. Klinik Tıp Pediatri Dergisi. 2016;8(3):1-4.
- 3- Çetin BŞ. Uyuz hastalığına yaklaşım (güncel kılavuz değerlendirmesi). Çocuk Enfeksiyon Dergisi. 2017;11(2):107-109.

Anahtar Kelimeler : Skabies; Sarcoptes scabiei; İmmünsüprese hasta; Çocuk; Gecikmiş tanı

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1, ok işaretleri ile gösterilen tünel yapıları



Resim Açıklaması: Resim 3



Resim Açıklaması: Resim 2



EP-28: KRONİK PLAKLARDA GRANÜLOMATÖZ İNFLAMASYON: AYIRICI TANI SÜRECİNDE ATİPİK YERLEŞİMLİ DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS

Mustafa Karagöz¹, Mehmet Oğuz Erguvan², Özben Yalçın², Ezgi Aktaş¹

¹Prof. Dr. Cemil Taşçioğlu Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

²Prof. Dr. Cemil Taşçioğlu Şehir Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği

Giriş

Kronik plak lezyonların histopatolojik incelemesinde granülomatöz inflamasyon saptanması, ayırıcı tanıyı genişleten ve klinisyeni enfeksiyöz, inflamatuvar ve otoimmün pek çok hastalık açısından dikkatli değerlendirme yapmaya yönlendiren bir bulgudur. Özellikle tüberküloz, atipik mikobakteriyel enfeksiyonlar, sarkoidoz ve interstisyel granülomatöz dermatit gibi tablolar ön planda düşünülür. Bununla birlikte nadiren diskoid lupus eritematozus (DLE) da granülomatöz inflamasyon eşliğinde seyrederek tanısal güçlük oluşturabilir. DLE, kronik kutanöz lupus eritematozusun en sık görülen formudur ve çoğunlukla sistemik tutulum olmaksızın seyreder. Tipik olarak güneşe maruz kalan alanlarda yerleşen, iyi sınırlı eritemli-skuamlı plaklar ile karakterizedir. Zamanla atrofi ile skar bırakabilir. Bununla birlikte, nadir olgularda granülomatöz inflamasyon eşliği hem klinik hem histopatolojik olarak tanısal güçlük yaratabilir ve özellikle enfeksiyöz granülomatöz dermatozlarla karışabilir. Bu olguda, uzun yıllardır devam eden kronik infiltrate plak lezyonları nedeniyle başvuran ve ayırıcı tanı sürecinde tüberküloz şüphesi gündeme gelen, ancak atipik yerleşimli DLE tanısı alan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu

Elli dokuz yaşında kadın hasta, sağ uyluk posterolateral bölge ve sol orbital alanda yaklaşık 12 yıldır mevcut olan, yavaş ilerleyen infiltrate plak lezyonları nedeniyle başvurdu. Hastanın lezyonlarla ilgili herhangi bir subjektif yakınması yoktu, ek sistemik hastalığı, ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Aile öyküsünde özellik yoktu. Hastanın öyküsünde yıllar önce iki kez deri biyopsisi alındığı histopatolojik incelemelerinde granülom yapıları izlendiği fakat herhangi bir tanı konulmadığı veya tedavi almadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede sağ uyluk lateralde yaklaşık 15x10 cm boyutunda hafif hiperpigmente hafif eritemli yer yer atrofik yer yer hipertrofik skatrisyel alanların da izlendiği plak lezyon, sağ dizde ve sol kaş üzerinde deri rengi hafif eritemli 1-1.5 cm boyutlu papüler lezyonlar izlendi. Diaskopide jöle bulgusu izlenmedi. Laboratuvar incelemelerinde anti-SSA pozitifliği (3+) dışında anomali saptanmadı. TBC açısından yapılan değerlendirmede PPD 17 mm ölçüldü ve interferon-gama salınım testi (IGRA) pozitif bulundu. Bu bulgular üzerine mikobakteriyel enfeksiyon olasılığı detaylı olarak araştırıldı; PAAG 'de şüpheli nodüler alanlar izlendi. Uyluktan alınan doku kültürü ve PCR incelemeleri mikobakteri

açısından negatif sonuçlandı. Uyluktaki lezyondan 4 mm punch bx rneği alındı, histopatolojik incelemede ortokeratoz, belirgin foliküler tıkalanma, bazal tabakada hidropik dejenerasyon, fokal likenoid infiltrasyon ve dev hücreler içeren granülomatöz inflamasyon izlendi.DİF incelemesinde bazal membran boyunca lineer IgM birikimi saptandı. Klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular eğliğinde hastaya DLE tanısı konuldu.Hastanın İGRA ve PPD pozitifliği nedeniyle Göğüs Hastalıkları tarafından İNH profilaksisi başlandı. DLE tedavisi için hidroksiklorokin ve metotreksat tedavisi başlandı ve takiplerde belirgin klinik gerileme izlendi.

Sonuç

Kronik plak lezyonlarda granülomatöz inflamasyon saptanması, özellikle enfeksiyöz etiyolojiler başta olmak üzere geniş bir ayırıcı tanıyı gündeme getirir. Ancak nadir de olsa DLE gibi otoimmün dermatozların da granülomatöz patern gösterebileceği akılda tutulmalıdır. Klinik-patolojik korelasyonun dikkatle yapılması ve enfeksiyonların uygun yöntemlerle dışlanması, doğru tanı ve etkin tedavi açısından belirleyicidir.

Kaynakça :

1-Yasmin R, Khan I, Haque AU, Ahmad SA. Granuloma formation in discoid lupus erythematosus: a novel microscopic feature. J Pak Assoc Dermatol. 2016.

2-Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. Dermatology. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023.

3- Haber JS, Merola JF, Werth VP. Classifying discoid lupus erythematosus: background, gaps, and difficulties. Int J Womens Dermatol. 2017.

Anahtar Kelimeler : Diskoid Lupus Eritematozus,Mikobakteri,Granülomatöz inflamasyon,Kronik Plak

EP-29: MULTİPL NODÜLLERLE SEYREDEN VE SARKOİDOZ TANISI ALAN BİR ENKAPSÜLE YAĞ NEKROZU OLGUSU

Elif Çakır¹,Ömer Faruk Dilbaz²,Ezgi Aktaş¹

¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş

Enkapsüle yağ nekrozu, ilk olarak 1978 yılında Przyjemski ve arkadaşları tarafından tanımlanmış olup lokal travma sonucu görülen, fibröz doku ile çevrili nekrotik yağ hücrelerinden oluşan küçük, asemptomatik ve genellikle hareketli subkutan nodüller ile karakterizedir. Genellikle alt ekstremiteler gibi travmaya açık alanlarda soluk sarı-deri renginde, küçük tekli veya çok sayıda nodüller şeklinde ortaya çıkar.¹⁻³ Histopatolojik incelemede, adipositlerin hücre duvarları korunmuş olmasına karşın çekirdeklerin kaybolduğu yaygın yağ nekrozu alanları içeren ve fibroz doku ile kapsüllenmiş subkutan lezyonlar saptanmaktadır. Tedavi cerrahi olup prognozu çok iyidir ancak eksizyon sonrasında nüks bildirilmiştir.⁴ Bu sunumda, klinik olarak sarkoidoz ön tanısı alan ve multipl nodüller ile seyreden nadir bir enkapsüle yağ nekrozu olgusunu sunarak, ayırıcı tanıda bu benign antitenin akılda tutulması gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

Olgu

59 yaş kadın hasta, kliniğimize 20 senedir var olan ilk olarak bilateral el palmar yüzeylerinde, sonrasında tibia ön yüzünde ortaya çıkan çok sayıda sarımsı-deri renginde subkutan nodüler lezyonlar ile başvurdu. Hasta uzun yıllardır bilgisayar montajı yapmakta olup soygeçmişte diyabetes mellitus dışında özellik yoktu. Lezyonlarda ağrı, kaşıntı gibi yakınma veya herhangi bir ek sistem yakınması tariflemiyordu. Ayrıntılı anamnez ve fizik muayenede ek patoloji saptanmadı. Hastanın, üç sene önce sağ el 1. parmak palmar yüzeyindeki nodülün eksizyonel biyopsi sonucunun 'dermiste seyrek yabancı cisim tipi dev hücre de içeren birbiri ile birleşim eğilimi olmayan granülom yapıları, granulamatöz hastalıklar lehine' gelmesi ve yapılan tetkiklerinde ACE düzeyinde yükseklik(95 IU/L) saptanması üzerine sarkoidoz ön tanısı konularak takip edildiği, bu süreçte; sistemik tutulumlar açısından periyodik olarak akciğer, kalp ve diğer sistemik tutulumlarını taramak amacıyla ek tetkikler yapıldığı ve patoloji saptanmadığı öğrenildi. Kutane sarkoidoz olarak değerlendirilen hastanın 6 ay süreyle oral hidroksiklorokin kullandığı ve deri lezyonlarına çok kez intralezyoner triamsolon tedavileri uygulandığı, ancak fayda görmediği öğrenildi. Tedavilere yanıt alınamaması üzerine tarafımıza başvuran hastanın muayenesinde bahsedilen nodüllerin mobil karakteri ve sarımsı rengi dikkat çekiciydi.(Şekil-1) El palmar yüz ve tibia ön yüzdeki nodüller 'enkapsüle yağ nekrozu', tendon kılıf tümörü ve nodüler fasit' ön tanılarıyla eksize edildi. Eksizyon

materyalinin histopatolojik incelemesi 'Enkapsüle yağ nekrozu' ile uyumlu olarak sonuçlandı.

Sonuç

Enkapsüle yağ nekrozu; sık travmaya maruz kalan bölgelerde, özellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkan soluk sarı-deri renginde, benign, subkutan nodülle karakterize nadir bir durumdur. Literatür taramasında soğuk abse, lipom gibi tanılarla karışan olgular mevcut olup yanlış sarkoidoz tanısı alan olguya rastlanmamıştır.^{4,5} Üst ekstremitelerde yerleşimi nadiren bildirilmiştir.^{2,3} Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi, üst ekstremitelerde ve özellikle palmar yerleşimli, multipl nodüllerle seyreden atipik klinik tabloda tanı gecikebilmekte ve hastalar gereksiz sistemik tetkiklere yönlendirilebilmektedir. Bu nedenle, özellikle sarkoidozu taklit eden multipl subkutan nodüllerle başvuran hastalarda, enkapsüle yağ nekrozu ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Erken ve doğru tanı, gereksiz araştırmaların önüne geçerek basit cerrahi eksizyon ile etkin ve küratif tedavi sağlanmasına olanak tanır.

Kaynakça :

1. Przyjemski CJ, Schuster SR. Nodular-cystic fat necrosis. J Pediatr. 1977;91(4):605-607. doi:10.1016/s0022-3476(77)80512-x
2. Hurt MA, Santa Cruz DJ. Nodular-cystic fat necrosis. A reevaluation of the so-called mobile encapsulated lipoma. J Am Acad Dermatol. 1989;21(3 Pt 1):493-498.
3. Kiryu H, Rikihisa W, Furue M. Encapsulated fat necrosis--a clinicopathological study of 8 cases and a literature review. J Cutan Pathol. 2000;27(1):19-23. doi:10.1034/j.1600-0560.2000.027001019.x
4. Felipe F, Vaquero M, del Agua C. Pseudotumoral encapsulated fat necrosis with diffuse pseudomembranous degeneration. J Cutan Pathol. 2004;31(8):565-567. doi:10.1111/j.0303-6987.2004.00215.x
5. Hurt MA, Santa Cruz DJ. Nodular-cystic fat necrosis. A reevaluation of the so-called mobile encapsulated lipoma. J Am Acad Dermatol. 1989;21(3 Pt 1):493-498.
6. Kashyap M, Gupta N, Dubey V, Kaur N. Encapsulated cyst fat necrosis masquerading as cold abscess. Int J Res Med Sci. 2021;9(10):3209-3211. doi:10.18203/2320-6012.ijrms20213961

Anahtar Kelimeler : yağ nekrozu, subkutan nodül, granülom

Resimler

Resim Açıklaması: Şekil-1



EP-30: DİRENÇLİ KELOİD SKAR TEDAVİSİNDE İNTRALEZYONEL MULTİMODAL TEDAVİ YAKLAŞIMI: OLGU SUNUMU

CEM KURT¹,ŞİRİN YAŞAR¹,SEVİM BAYSAK¹

¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Keloid ve hipertrofik skarlar, anormal yara iyileşme yanıtı sonucu gelişen ve aşırı kollajen sentezi ile karakterize benign fibroproliferatif dermal lezyonlardır (1). Hipertrofik skarlar orijinal yara sınırları ile sınırlı kalma eğiliminde iken, keloidler yara sınırlarını aşan ve kalıcı büyüme eğilimi gösteren skarlardır (1). Keloid skarlar, yüksek rekürrens oranları ve tedaviye dirençli seyirleri nedeniyle klinik yönetimde güçlük oluşturur (1). Estetik problemlerin yanı sıra ağrı ve kaşıntı gibi semptomlara neden olarak hastalar için önemli morbiditeye yol açarlar (2). İntralezyonel kortikosteroid enjeksiyonları, cerrahi eksizyon, kriyoterapi, lazer tedavileri ve silikon jel keloid tedavisinde sık kullanılmakta; ancak etkinliklerinin değişken olduğu bildirilmektedir (2). Kemoterapötik bir ajan olan 5-

fluorourasil, fibroblast proliferasyonunu baskılayıcı etkisi nedeniyle keloid tedavisinde alternatif bir ajan olarak kullanılmıştır (3). Bu nedenle özellikle tedaviye dirençli ve tekrarlayan keloid olgularında kombine tedavi yaklaşımları ön plana çıkmaktadır (3). Bu olguda, dirençli keloid skar tedavisinde intralezyonel kriyoterapi, triamsinolon asetonid ve 5-fluorourasil içeren multimodal bir yaklaşım sunulmaktadır.

OLGU

Otuz sekiz yaşında kadın hasta, yaklaşık 20 yıl önce spontan olarak gelişen ağrılı ve progresyon gösteren çok sayıda keloid skar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ infraskapular ve presternal bölgede birer adet yaklaşık 10 cm çapında, sağ üst kol proksimalinde birbirine komşu iki adet yaklaşık 5 cm çapında ve sol lomber bölgede yaklaşık 1 cm çapında keloid skar izlendi. Hasta öyküsünde daha önce intralezyonel triamsinolon asetonid, yüzeysel kriyoterapi, cerrahi eksizyon, postoperatif radyoterapi ve kompresyon tedavilerine rağmen kalıcı klinik yanıt elde edilemediği öğrenildi. Hastaya dirençli keloid skarlarda farklı intralezyonel kombinasyon tedavilerinin klinik yanıtlarını değerlendirmek amacıyla lezyon bazlı bir tedavi planı oluşturuldu. Sağ infraskapular bölgedeki keloid skara 9:1 oranında intralezyonel 5-fluorourasil (50 mg/ml) ve triamsinolon asetonid (40 mg/ml) kombinasyonu, toplam 5-fluorourasil dozu 135 mg olacak şekilde uygulandı. Sağ üst kol proksimalinde üstte yer alan lezyona intralezyonel kriyoterapi ve triamsinolon asetonid (40 mg/ml) uygulandı. Presternal bölgedeki, sağ üst kol proksimalinde altta yer alan ve sol lomber bölgedeki lezyonlara ise intralezyonel triamsinolon asetonid (40 mg/ml) uygulandı. İntralezyonel triamsinolon asetonid, %0,9 sodyum klorür ile dilüe edilerek periferde daha konsantre (1:2), santralde daha dilüe (1:4) olacak şekilde diferansiyel olarak uygulandı. Uygulanan tedavi sonrasında keloid lezyonlarında yaklaşık %70 oranında iyileşme gözlenmiştir.

SONUÇ

İntralezyonel kriyoterapinin, keloid skar tedavisinde lezyon boyutlarında küçülme ve semptomlarda azalma sağlayarak güvenilir ve etkili bir tedavi seçeneği olabileceği gösterilmiştir (2). Dirençli keloid olgularında ise intralezyonel 5-fluorourasilin kortikosteroidlerle kombine kullanımının, tek ajan uygulamalarına kıyasla daha yüksek klinik yanıt oranları ve daha düşük yan etki profili ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (4). Dirençli keloid skarlarda tek bir tedavi yöntemi ile kalıcı ve yeterli yanıt elde edilememesi, kombine ve multimodal tedavi yaklaşımlarının klinik pratikte önemini ortaya koymaktadır.

Kaynakça :

1. Prabhu A, Rao S, Pai SB.

Comparative study of intralesional 5-fluorouracil versus intralesional triamcinolone acetone in the treatment of keloids.

Indian J Plast Surg. 2012;45(2):277–282.

2. Azimi Alamdari H, Davarnia G, Herizchi Ghadim H, Sadri A.

Intralesional cryotherapy versus intralesional corticosteroid and 5-fluorouracil in the treatment of hypertrophic scars and keloids.

Crescent J Med Biol Sci. 2018;5(3):215–221.

3. Shah VV, Aldahan AS, Mlacker S, Alsaidan M, Samarkandy S, Nouri K.

5-Fluorouracil in the treatment of keloids and hypertrophic scars: A comprehensive review of the literature.

Dermatol Ther (Heidelb). 2016;6:169–183.

4. Bijlard E, Steltenpool S, Niessen FB.

Intralesional 5-fluorouracil in keloid treatment: A systematic review.

Acta Derm Venereol. 2015;95(7):778–782.

Anahtar Kelimeler : Keloid İntralezyonel tedavi 5-fluorourasil Triamsinolon asetonid Kriyoterapi Multimodal tedavi

Resimler

Resim Açıklaması: sağ üst kol proximali



Resim Açıklaması: sağ infraskapular



Resim Açıklaması: sol lomber



Resim Açıklaması: presternal bölge



EP-31: ÜÇ AYLIK İMMÜNKOMPETAN İNFANTTA KRUTLU SKABİYEZ

İrem Erişir¹, Burçe Can Kuru¹

¹Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Krutlu skabiyez, *Sarcoptes scabiei var. hominis*'in yüksek akar yükü ile karakterize, yaygın hiperkeratotik ve krutlu plaklarla seyreden ağır bir skabiyez formudur (1). Çoğunlukla immünsüpresyon ile ilişkili olmakla birlikte, immünkompetan infantlarda da nadiren bildirilmektedir (1-3). İnfant olgularında yaygın tutulum, saçlı deri tutulumu ve tanısal gecikme literatürde dikkat çekmektedir (2,3). Bu olgu, sağlıklı bir infantta gelişen krutlu skabiyezin ayırıcı tanı açısından önemini vurgulamak amacıyla sunuldu.

OLGU

Üç aylık erkek bebek, bir aydır devam eden kaşıntı ve döküntü şikâyeti ile başvurdu. Bilinen ek hastalığı yoktu. Dermatolojik muayenede gövde ve ekstremiteleri yaygın olarak tutan eritem ve sarı krutlu lezyonlar saptandı (Resim 1 ve Resim 2). Saçlı deride de benzer şekilde eritemli ve sarı krutlu plaklar izlendi(Resim 3).

Dermatoskopik incelemede ayak plantar ve sağ el palmar bölgede tünel (sillon) görünümü saptandı. Sağ plantar bölgedeki tünelden alınan deri kazıntısının mikroskopik incelemesinde scybala görüldü (Resim 4). Aile bireylerinde de kaşıntı ve benzer lezyon öyküsünün bulunması üzerine klinik, dermatoskopik ve mikroskopik bulgular birlikte değerlendirilerek krutlu skabiyez tanısı konuldu.

Hastaya haftada bir gün, 8 saat süreyle uygulanmak üzere %5 permetrin losyon toplam üç kür halinde verildi. Anne ve baba eş zamanlı tedavi aldı. Haftalık takiplerde sekonder bakteriyel enfeksiyon bulgusu saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde total IgE yüksekliği dışında patoloji izlenmedi (Total IgE: 2500 IU/mL) ve hasta çocuk alerji bölümüne yönlendirildi. Tedavinin dördüncü haftasında tüm lezyonların gerilediği ve klinik iyileşmenin sağlandığı gözlemlendi.

SONUÇ

Krutlu skabiyez infantlarda nadir görülmekle birlikte immünkompetan bebeklerde de ortaya çıkabilir (1-3). Yaygın eritemli-krutlu lezyonlar ve saçlı deri tutulumu ile başvuran infantlarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Dermatoskopi ve deri kazıntısı ile mikroskopik doğrulama tanıda önemli ve güvenilir yöntemlerdir. Erken tanı ve hasta ile yakın temaslıların eş zamanlı tedavisi başarılı klinik sonuç açısından kritik öneme sahiptir.

Kaynakça :

1. Lima FC da Rocha, Cerqueira AMM, Guimarães MBS, Padilha CBS, Craide FH, Bombardelli M. Crusted scabies due to indiscriminate use of glucocorticoid therapy in infant. An Bras Dermatol. 2017;92(3):383-385.
2. Leung AKC, Leong KF, Lam JM. Pruritic crusted scabies in an immunocompetent infant. Case Rep Pediatr. 2019;2019:9542857.
3. Grodner C, Miquel J, Hadj-Rabia S, Mallet S, Boralevi F, Mazereeuw-Hautier J, et al. Crusted scabies in children in France: a series of 20 cases. Eur J Pediatr. 2022;181(3):1167-1174.

Anahtar Kelimeler : Scabies; Infant; Permethrin

Resimler

Resim Açıklaması: Gövdede yaygın eritem ve krutlu lezyonlar



Resim Açıklaması: Sırtta yaygın eritem ve sarı krutlu lezyonlar



Resim Açıklaması: Saçlı deride eritemli zeminde sarı krutlu plak



Resim Açıklaması: Mikroskopik incelemede sycbala



EP-32: ATİPİK KUTANÖZ TUTULUMU SONUCU TANI ALAN ANAPLASTİK BÜYÜK HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU

Yusuf Mehel¹, Harbiye Dilek Canat¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Anaplastik büyük hücreli lenfoma (ABHL), ilk kez 1985'te tanımlanmış, büyük, pleomorfik hücreler ve CD30 ekspresyonu ile karakterize bir T-hücreli non-Hodgkin lenfomadır. Sistemik ALK+ ABHL en sık görülen formdur ve t(2;5) translokasyonu sonucu gelişen NPM-ALK füzyon proteini ile tanımlanır. Kutanöz CD30+ lenfoproliferatif hastalıklarla karışabilse de sistemik tutulum ve ALK pozitifliği ayırıcıdır. Bu bildiride ani başlangıçlı dudak şişliği nedeniyle yapılan biyopsi sonucu ABHL tanısı alan 14 yaş erkek olgu sunulmaktadır.

On dört yaşındaki erkek hasta, 2 hafta önce başlayan sol gözde ve sol kulak arkasında şişlik şikayetiyle başvurmuştur (Resim 1). Dış merkezden akut sinüzit ve sol subperiorbital apse tanılarıyla acil servisimize yönlendirilmiştir. Göz ve kulak burun boğaz hastalıkları konsültasyonları sonrası preseptal selülit tanısıyla enfeksiyon servisine yatırılıp yapılmış, takiplerinde klinik tablosuna ateş ve belirgin dudak ödemi eklenmiştir (Resim 2). Dudakta şişlik nedeniyle tarafımıza danışılan hastada dermatolojik muayenede, alt dudakta diffüz ödem zemininde, ani başlangıçlı, lokalize, grube erode alanlar izlenmiştir, aktif vezikül saptanmamıştır. Sol preauriküler ve üst servikal bölgede palpabl, ağrılı lenfadenopati saptanmış olup sistemik muayene bulguları doğaldır. Laboratuvar testlerinde CRP 16,3 mg/L ve LDH 315 U/L ile yüksek olarak saptanmıştır. Lezyonun tipik bir enfeksiyon seyri göstermemesi üzerine punch biyopsi alınmıştır. Histopatolojik incelemede iri boyutlu, nükleoları belirgin, kaba kromatinli, pleomorfik hücre infiltrasyonu görülmüştür (Resim 3). İmmünohistokimyasal boyamalarda tümör hücreleri CD30(+), ALK(+), EMA(+) olarak raporlanmıştır (Resim-4), Ki-67 proliferasyon indexi %80'dir. PET görüntülemesinde dudak ve mastoid kemik başta olmak üzere yaygın hipermetabolik odak izlenmiştir. Periferik yayma, kemik iliği aspirasyon yayması ve tru-cut biyopside malign infiltrasyon izlenmemiştir. Bu bulgular eşliğinde ALK-Pozitif Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma tanısı konulmuştur. Hastamıza hematoloji bölümü tarafından çoklu kemoterapi rejimi başlanmıştır.

Alt dudakta ani infiltratif-ödematöz lezyonların ayırıcı tanısında enfeksiyöz, inflamatuvar, alerjik ve neoplastik nedenler birlikte değerlendirilmelidir. CD30, aktive T/B hücrelerinde eksprese edilen bir sitokin reseptörüdür ve kutanöz CD30+ hastalıklar (lenfomatoid papülozis, primer kutanöz ABHL) ile sistemik formlar arasında ayırmada kritik rol oynar. Sistemik olgular çoğunlukla ALK ve EMA pozitifdir. ALK pozitif form genç erkeklerde daha sık, görece daha iyi prognozludur; ALK negatif form ileri yaşta ve daha kötü seyirlidir.

Olgumuz, CD30(+), ALK(+), EMA(+) olması nedeniyle ALK+ ABHL olarak tanımlanmıştır. Hastaların çoğu ileri evrede başvurur; ateş, kilo kaybı ve yaygın LAP tipiktir. Olgumuzda başlangıçta gözlemlenen ateş, sistemik inflamasyon ve tümör yükünün bir göstergesidir. Ekstranodal tutulum sıklıkla deri ve yumuşak dokudadır. Tanı doku biyopsisi ve ALK ekspresyonunun gösterilmesi ile konur. Olgumuzda tanı deri biyopsisi sonrası netleşmiştir. PET/BT sistemik evrelemede altın standarttır. ALK+ ABHL kemoduyarlı olup CHOP/CHOEP benzeri rejimlere yanıt yüksektir.

Persistan, atipik dudak lezyonlarında enfeksiyon dışlanamadığında malign infiltrasyon mutlaka düşünülmelidir. ALK+ ABHL çocuk ve gençlerde görülebilen, agresif ancak tedaviye yanıtı iyi bir lenfomadır. Erken biyopsi ve sistemik evreleme prognoz açısından kritik önemdedir.

Kaynakça :

1. Kannan, N., Ramalingam, K., Kizhakkootu, S., & Ramani, P. (2024). The Diagnostic Considerations and Clinical Management of Lower Lip Swellings in Adolescents: A Narrative Review. *Cureus*, 16(10), e71707. <https://doi.org/10.7759/cureus.71707>
2. Pereira, D. F., Costa, B. S., Scardua, E. F. d. P., Belisário Filho, V., Silva, D. N., de Barros, L. A. P., Camisasca, D. R., & Velloso, T. R. G. (2019). A primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma mimicking labial herpes. Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature.
3. Swerdlow, S. H., Campo, E., Pileri, S. A., Harris, N. L., Stein, H., Siebert, R., ... & Jaffe, E. S. (2016). The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 127(20), 2375-2390.
4. Ferreri, A. J., Govi, S., Pileri, S. A., & Savage, K. J. (2012). Anaplastic large cell lymphoma, ALK-positive. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 83(2), 293-302.
5. Pro, B., Advani, R., Brice, P., Bartlett, N. L., Rosenblatt, J. D., Illidge, T., ... & Horning, S. J. (2017). Five-year results of brentuximab vedotin in patients with relapsed or refractory systemic anaplastic large cell lymphoma. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 130(25), 2709-2717.

Anahtar Kelimeler : anaplastic large-cell lymphoma, lip diseases, diagnosis differential, adolescent

Resimler

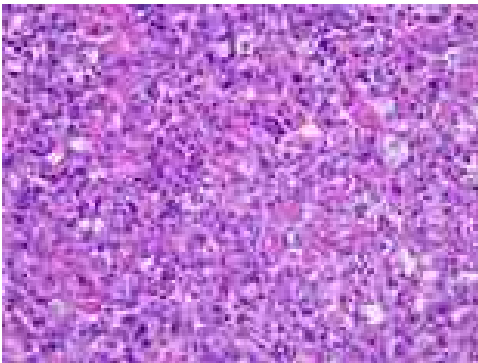
Resim Açıklaması: Resim 1, sol gözde şişlik



Resim Açıklaması: Resim 2, dudak ödemi



Resim Açıklaması: Resim 3, histopatolojik inceleme



Resim Açıklaması: Resim 4, CD30(+)



EP-33: YAYGIN KUTANÖZ TUTULUM İLE SEYREDEN AMİYOPATİK DERMATOMİYÖZİT: TANISAL GÜÇLÜKLER VE KLİNİK FARKINDALIK

Büşra Sena Pattabanoğlu Çevirici¹, Fatih Emre Çevirici¹, Harbiye Dilek Canat¹

¹S.B.Ü Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

GİRİŞ: Dermatomyozit (DM), patognomonik deri bulguları ve progrese proksimal kas güçsüzlüğü ile karakterize nadir bir idiyopatik inflamatuvar miyopatidir. Klinik olarak amiyopatik dermatomyozit (ADM), tipik kutanöz lezyonların varlığına rağmen en az 6 ay boyunca objektif kas güçsüzlüğü ve kas enzimi yüksekliğinin saptanmadığı bir fenotiptir. Bu olgular, kas semptomlarının yokluğu nedeniyle sıklıkla egzema veya kutanöz lupus ile karıştırılabilmekte; ancak interstisyel akciğer hastalığı (IAH) ve malignite açısından yüksek risk taşımaktadırlar. Yaygın tutulumu rağmen objektif miyopatisi olmayan ve ilk tanısını deri biyopsisi ile alan bir ADM olgusu, hastalığın gözden kaçabilecek yönlerini vurgulamak amacıyla sunulmaktadır.

OLGU: Kırk üç yaşında kadın hasta, son 4-5 aydır yüz, el sırtı ve gövdede şiddetli kaşıntılı, hızla yayılan kırmızı kabuklu yaralar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın yaklaşık 20 yıl önce benzer lezyonlar nedeniyle sistemik steroid kullandığı ve lezyonların gerilediği; ancak o dönemde kesin bir tanı konulmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde; yüzün %80'ini kaplayan alın ve yanaklarda yaygın eritem, periorbital bölgede heliotrop döküntüsü mevcuttu. (resim 1) Ensede ve sırtta vücut yüzey alanının %50'den fazlasını tutan indüre eritemli plaklar saptandı. (resim 2 ve 3) El sırtında metakarpofalangeal eklemler üzerinde patognomonik Gottron papülleri (resim 4) izlendi. El sırtı ve sırt bölgesinden alınan punch biyopsi sonuçları dermatomyozit tanısı ile uyumlu geldi. Romatoloji kliniğinin değerlendirmesinde hastanın subjektif yorgunluk tarifine rağmen kas gücü 5/5 (tam) olarak saptandı. Laboratuvarında ANA 1/320, benekli patern, Jo-1 antikoru ise sınırdan pozitif saptandı. Kas enzimleri (CK: 76 U/L), CRP

(0.8 mg/L) ve eritrosit sedimentasyon hızı (12 mm/saat) normal sınırlarda saptandı. Sistemik tutulum taramasında Toraks BT (interstisiyel akciğer hastalığı saptanmadı), Uyluk MR (miyozit bulgusu görülmedi) ve iğne EMG incelemesi (normal sınırlar) ile miyopati dışlanarak "amiyopatik dermatomiyozit" tanısı kesinleşti. Hastaya multidisipliner yaklaşımla sistemik prednizolon 16 mg/gün ve Hidroksiklorokin 200 mg 1x1 başlandı. Takibinde steroid dozu 8 mg/gün'e indirilerek tedaviye steroid koruyucu ajan olarak Metotreksat 15 mg/ hafta eklendi. Tedavi sonrası hastanın kaşıntısı belirgin düzeyde azalırken, lezyonlarda regresyon gözlemlendi.

TARTIŞMA: Amiyopatik dermatomiyozit (ADM), tanısal zorluğu ve interstisiyel akciğer hastalığı (IAH) veya malignite riski nedeniyle yakın takip gerektiren bir tablodur. Olgumuzda Jo-1 antikorunun sınırdaki pozitifliği, hastanın özellikle antisentez sendromu ve progrese IAH riski açısından uzun dönemli takibinin önemini vurgulamaktadır. Yaygın tutulumlu olgularda antimalaryal tedaviye metotreksat eklenmesi, kutanöz inflamasyonu kontrol etmede ve steroid bağımlılığını azaltmada literatürle uyumlu, efektif bir stratejidir.

SONUÇ: Bu olgu, kas güçsüzlüğü olmayan genç-orta yaş grubundaki hastalarda dahi patognomonik deri bulgularının tanınmasının hayati önemini göstermektedir. Deri biyopsisi ile kesinleşen tanı, hastanın sistemik komplikasyonlar ve malignite açısından taranmasını sağlamış, multidisipliner yönetimle başarılı bir tedavi süreci başlatılmıştır.

Kaynakça :

- 1.Dempsey B, Epstein D, Joseph C, Amini SS, Bloom AW, Daryanani S, Kesselman MM. A Clinical Picture of Amyopathic Dermatomyositis. Cureus. 2025 Mar 26;17(3):e81246. doi: 10.7759/cureus.81246. PMID: 40291199; PMCID: PMC12030805.
2. Ali H, On A, Xing E, Shen C, Werth VP. Dermatomyositis: focus on cutaneous features, etiopathogenetic mechanisms and their implications for treatment. Semin Immunopathol. 2025 Aug 6;47(1):32. doi: 10.1007/s00281-025-01054-9. PMID: 40770118; PMCID: PMC12328487.

Anahtar Kelimeler : Amiyopatik Dermatomiyozit

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 4



Resim Açıklaması: Resim 2



Resim Açıklaması: Resim 3



EP-34: VİTİLİGO VE DİRENÇLİ ALOPESİ AREATA BİRLİKTELİĞİNDE UPADASİTİNİB YANITI

Tamay Demirkol¹, Harbiye Dilek Canat¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Giriş

Vitiligo ve alopesi areata (AA) , interferon- γ aracılı JAK-STAT yolak aktivasyonu ile ilişkili otoimmün hastalıklardır. Her iki hastalık birlikte görülebilmekte ve tedaviye dirençli olgularda sistemik immünomodülatör tedaviler gündeme gelmektedir. Selektif JAK-1 inhibitörü olan upadasitinib, AA'da umut verici sonuçlar ve hastaların yaşam kalitesinde artış göstermektedir (1). Vitiligodaki etkinliği ise daha sınırlı verilerle desteklenmektedir. Dirençli vitiligo ve AA birlikteliği olan, sistemik konvansiyonel tedavilere yanıtız çocuk olguda, upadasitinib tedavisinin AA'da etkinliği sunulmaktadır.

Olgu

Dokuz yaş erkek hasta periorbital bölge, perioral bölge, sırt, eller ve bacaklarda depigmente makül ve yamalar ve eşlik eden yaygın saç kaybı nedeniyle başvurdu. Hastanın saçlı derisinde en büyüğü 4x4cm boyutunda çoklu alopesik yamalar mevcuttu. Hastanın kaş ve kirpikte de dökülmesi eşlik ediyordu. Hastanın SALT skoru 71.2 olarak hesaplandı (Resim 1-2). Vitiligo ve AA birlikteliği nedeniyle eşlik edebilecek endokrin patolojiler açısından değerlendirildi, ek patoloji saptanmadı. AA için üç seans 5 mg/ mL konsantrasyonda intralezyonel kortikosteroid uygulaması yapılmış fakat fayda görmemişti. Hem vitiligo hem de AA etki etmesi için haftada 3 gün dar-bant ultraviyole-B (dbant-UVB) fototerapi (toplam 52 seans) ve aylık mini pulse sistemik steroid kombinasyon tedavisi başlandı. Hastanın saçlı derisindeki alopesik yamalar için topikal klobetazol propiyonat krem ve minoksidil sprey kombinasyon tedavisi uygulandı. Toplam altı aylık fototerapi ve mini pulse kombinasyonu ile vitiligo lezyonlarında kısmi yanıt (%70 sırt repigmentasyonu) alınırken AA lezyonlarında belirgin gerileme izlenmedi. Devamında haftada 2 gün darbant-UVB ve metotreksat 7.5mg/hafta kombinasyon tedavisi başlandı. Üç aylık metotreksat tedavisi sonrası sınırlı yanıt aldıktan sonra siklosporin 100mg/gün tedavisine geçildi. Altı aylık siklosporin tedavisi sonrası hala tam remisyona sağlanamadı, saç ve kaşta kısmi düzelme gerçekleşti. Altıncı ayın sonunda siklosporin tedavisi kesildi. Upadasitinib 15 mg/gün planlandı. Laboratuvar testlerinde Upadasitinib başlanmasına engel durum görülmedi. Bu dönemde SALT skoru 52.7 idi. Upadasitinib tedavisinin 1. ayında hastanın yüzünde akneiform lezyonlar gelişti, topikal tedavi ile lezyonlar geriledi. Bunu takiben sol üst göz kapağında 2 kez hordeolum gelişti ve kendiliğinden geriledi. Tedavinin üçüncü ayında belirgin saç çıkışı mevcuttu, 4-6. ayda %90 düzelme gerçekleşti (SALT skoru: 1.4) (Resim 3-4). 12. ayda saçlı deride, kaş ve kirpiklerde tam yanıt görüldü. Vitiligo lezyonlarında ise minimal repigmentasyon (özellikle el sırtında) vardı.

Laboratuvar izlemlerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

Tartışma

JAK-STAT inhibisyonu alopesi areatada (AA) güçlü klinik yanıt sağlamaktadır. Bu olguda upadasitinib ile tam saç yanıt elde edilmiştir fakat vitiligo açısından yanıt sınırlı kalmıştır.

Yan etkiler hafif ve yönetilebilir düzeydedir. Upadasitinib, dirençli AA olgularında oldukça etkilidir ama vitiligo üzerindeki etkisi daha sınırlı olabilir. Upadasitinibin darbant-UVB ile kombinasyonları AA ve vitiligo birlikteliğinde umut vaat etmektedir (2). Eşlik eden otoimmün dermatozlarda JAK inhibitörleri önemli bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Uzun dönem güvenlik için özellikle enfektif durumlar açısından düzenli laboratuvar takibi gereklidir.

Kaynakça :

Flora, Akshay et al. Treatment of alopecia areata with the janus kinase inhibitor upadacitinib: A retrospective cohort study. Journal of the American Academy of Dermatology, Volume 89, Issue 1, 137 - 138

Mu Y, Pan T, Chen L. Treatment of Refractory Segmental Vitiligo and Alopecia Areata in a Child with Upadacitinib and NB-UVB: A Case Report. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2024;17:1789-1792

Anahtar Kelimeler : Alopesi areata, Vitiligo, Upadasitinib, JAK-inhibitörleri

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1-2-3-4



EP-35: ONİKOPAPİLLOMA NADİR GÖRÜLEN BENİGN TIRNAK MATRİKS TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

Sinem Ayer¹, Fatma Ezgi Doğan¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹, Aylin Gönültaş²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul

GİRİŞ: Onikopapilloma, tırnak yatağı ve tırnak matriksinden köken alan, nadir görülen benign bir tümördür. Etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. En sık orta ve ileri yaş grubunda ortaya çıkar ve genellikle tek bir tırnağı tutar. Birden fazla tırnağı etkilemesi nadirdir ve BAP1 tümör yatkınlığı sendromunun bir işareti olabilir. Klinik olarak distal subungual hiperkeratoz ile birlikte seyreden longitudinal eritronişi en tipik bulgudur; bunun yanı sıra lökonişi veya melanonişi şeklinde de prezente olabilir. Bazı hastalarda splinter hemorajiler, distal onikoliz, tırnak plağında incelme veya fissürleşme tabloya eşlik edebilir.

Hastalar çoğunlukla tırnakta kırılma, kesme sırasında kanama, hassasiyet ya da distal ayrılma şikâyetiyle başvurur. Lezyon genellikle asemptomatik olmakla birlikte, ağrının eşlik ettiği olgularda ya da belirgin kozmetik kaygı varlığında cerrahi eksizyon hem tanısal hem de tedavi edici bir yaklaşım olarak tercih edilir. Pigmente formlar, özellikle tek tırnak tutulumu söz konusu olduğunda, melanom başta olmak üzere malign subungual patolojilerle karışabilmektedir. Bu nedenle doğru tanı büyük önem taşımaktadır.

OLGU: Yirmi iki yaş erkek hasta 2 yıldır sol ayak başparmağı tırnağında kalınlaşma ve tırnak makasıyla kesemediği sert kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde tırnak plağında belirgin bir değişiklik saptanmadı. Yapılan end-on onikoskopisinde (distal uç) tırnak plağı altında lokalize distal subungual hiperkeratotik kitle ve yer yer hemoraji odakları izlendi. Hastadan alınan anamnezde genital veya palmar siğil, travma veya suya ve neme sık maruz kalma öyküsü bulunmamaktaydı. Eşlik eden ekzostoza dışlamak için grafi istendi. Çekilen grafide ekzositoz lehine bulgu saptanmadı. Hastadan onikopapilloma ve onikomatrikoma ön tanılarıyla biyopsi yapıldı. Kitle lokal anestezi altında tırnak plağı kaldırılarak tırnak yatağından eksizyonel olarak çıkarıldı. Eksizyonel biyopsi sonucu histopatolojik olarak subungual hiperkeratoz, fokal hafif derecede hiperemi, yüzeysel tırnak yatağı epitelinde; akantoz, seyrek multinükleer epitel hücreler görülmüş olup onikopapilloma ile uyumludur şeklinde raporlandı. Hasta takibe alındı.

SONUÇ: Onikopapilloma tek tırnakta görülen longitudinal renk değişikliklerinde ve distal subungual hiperkeratoz durumlarında akla getirilmesi gereken çoğunlukla benign bir tümördür. Literatürde az sayıda malign onikopapilloma olguları bildirilmiştir. Bu nedenle dikkatli klinik değerlendirme, onikoskopi ve gerektiğinde biyopsi ile histopatolojik doğrulama büyük önem taşımaktadır. Özellikle pigmentasyonda değişiklik, lezyonda büyüme veya progresyon ve ağrı gibi atipik özelliklerle başvuran hastalarda malignite mutlaka dışlanmalıdır. Tanısal amaçlı, ağrı veya kozmetik kaygılar nedeniyle eksizyon planlanabilir. Uygun şekilde eksize edildiğinde prognoz oldukça iyidir ve rekürrens nadirdir.

Kaynakça :

- Bolognia, J. L., Schaffer, J. V., & Cerroni, L. (2018). Dermatology (4th ed.). Elsevier.
- Braun-Falco, O., Plewig, G., Wolff, H. H., & Burgdorf, W. H. C. (2009). Dermatology (3rd ed.). Springer
- Baran, R., de Berker, D., Holzberg, M., & Thomas, L. (2012). Baran and Dawber's diseases of the nails and their management (4th ed.). Wiley-Blackwell
- Haneke E, Iorizzo M, Gabutti M, Beltraminelli H. Malignant onychopapilloma. J Cutan Pathol. 2021 Jan;48(1):174-179. doi: 10.1111/cup.13904. Epub 2020 Nov 9. PMID: 33067854.
- Hill RC, Magro CM, Lipner SR. Pigmented Malignant Onychopapilloma of the Fingernail: Description of the "String Sign". Case Rep Dermatol. 2025 Jan 6;17(1):54-60. doi: 10.1159/000543433. PMID: 40880636; PMCID: PMC11867635.

Anahtar Kelimeler : onikopapilloma, onikoskopi

EP-36: PANTOPRAZOL İLE TETİKLENEN UNİLATERAL PİGMENTE PURPURİK DERMATOZ: BİR OLGU SUNUMU

Ecrin Elif Çınar¹, Mehmet Oğuz Erguvan², Özben Yalçın², Ezgi Aktaş¹

¹T.C. İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları

²T.C. İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ

Pigmente purpurik dermatozlar (PPD), kapiller fragilitateye bağlı geliştiği düşünülen, peteşiyal ve purpurik lezyonlarla karakterize benign dermatozlar grubudur(1). Genellikle

sistemik bulgu eşlik etmez; ancak purpurik görünüm nedeniyle vaskülit ve trombositopeni gibi durumlarla karışabilir(2). Hastalık genellikle kronik seyirli olup remisyon ve relaplarla ilerler. Etiyolojide venöz hipertansiyon, yerçekimi etkisi, kapiller frajilite, enfeksiyonlar, kontakt alerjenler ve bazı ilaçlar suçlanmaktadır(2,3). İlaç ilişkili PPD nadir bildirilen bir alt tip olmakla birlikte, hastalarda olası tetikleyicilerin dikkatle sorgulanması ve gerekli durumlarda şüpheli ajanların kesilmesi tedavi açısından önem taşımaktadır.

Bu bildiride günlük pratikte sık kullanılan bir ajan olan pantoprazol ile ilişkili unilateral yerleşimli bir PPD olgusu sunulmuştur.

OLGU

Altmış yaşında erkek hasta, sol tibia ön yüzde 4 ay önce başlayan ve giderek artış gösteren lezyonlar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde metastatik akciğer karsinomu nedeniyle beyin operasyonu geçirdiği ve pemetreksed–sisplatin kemoterapisi (8 kür) aldığı öğrenildi. Hastanın kullandığı ilaçlar arasında pembrolizumab, pantoprazol, levetirasetam, parasetamol (gerektiğinde) ve entekavir mevcuttu. Dermatolojik muayenede sol tibia çevresini saran, ayak bileğine kadar uzanan, dağınık yerleşimli; yer yer canlı eritemli, yer yer endüre, basmakla solmayan plaklar izlendi. Dermoskopide purpurik odaklar mevcuttu. Başvuru öncesinde sol bacak ağrısı nedeniyle yapılan Doppler ultrasonografide venöz reflü akımı saptandığı öğrenildi.

Hastanın pretibial bölge derisinden alınan 4.00 mm punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde yüzeyde ortokeratoz, epidermiste akantoz, dermiste yer yer eritrosit ekstravazasyonu, fokal alanda dev hücre içeren perivasküler interstisyel periadneksiyel lenfositik infiltrasyon izlendi. İmmunhistokimyasal çalışma CD3, CD20, Kappa, Lambda, IgG, IgG4 uygulanmış olup spesifik bulgu görülmedi.

Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde lezyonların pantoprazol kullanımı ile arttığı, ilacın kesildiği dönemlerde gerilediği ve yeniden başladığında alevlendiği fark edildi. Bu bulgularla ilaç ilişkili PPD ayırıcı tanıya alındı ve hastanın pantoprazol tedavisi sonlandırıldı, topikal mometazon furoat tedavisi başlandı. 25. günde lezyonlarda belirgin gerileme izlendi, hasta tekrar pantoprazol kullandığında ise lezyonların tekrarladığı görüldü. Bu klinik ve laboratuvar bulgularla hastaya oral pantoprazol ile tetiklenen PPD tanısı konuldu.

SONUÇ

PPD en sık alt ekstremitelerde bilateral ve simetrik yerleşim gösterir(2). Ancak nadiren unilateral olgular bildirilmiştir ve bu durum lokal travma, basınç veya venöz patoloji ile ilişkili olabilir(4).

İlaç ilişkili PPD nadir görülmekle birlikte karbamazepin, ampisilin, furosemid, nitrogliserin, vitamin B1, ve topikal 5-fluorourasil ve proton pompa inhibitörleri dahil

çeşitli ilaçlarla ilişkilendirilmiştir(3). Bu olguda lezyonların pantoprazol kullanımı ile paralel seyir göstermesi, ilaç ilişkisini desteklemektedir.

Pigmente purpurik dermatoz genellikle benign seyirli bir hastalık olmakla birlikte, ayırıcı tanıda vaskülitlerin yer alması klinik önemini artırmaktadır. Özellikle atipik veya unilateral olgularda tetikleyici ilaçların sorgulanması ve ayrıntılı bir ilaç öyküsünün alınması büyük önem taşır. Detaylı anamnez ile olası tetikleyicinin saptanması, gereksiz tetkik ve tedavilerin önüne geçilmesini sağlayacaktır.

Kaynakça :

1. Shekhar N, et al. Pigmented purpuric dermatoses: A review. Pigment Int. 2024.
2. Bologna JL, Schaffer JV. Dermatology. 5: Elsevier; 2024.
3. Zaballos P, Puig S, Malveyh J. Actas Dermosifiliogr. 2020.
4. Sardana K, et al. Pigmented purpuric dermatoses: A review. J Am Acad Dermatol.

Anahtar Kelimeler : Pigmente Purpurik Dermatoz, İlaç ilişkili PPD, Pantoprazol

EP-37: PYODERMA GANGRENOSUMDA NADİR BİR İYİLEŞME PATERNİ: KELOİD SKAR OLUŞUMU

Cemre Berin Güngör¹,Özben Yalçın²,Ezgi Aktaş¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş

Pyoderma gangrenosum (PG), nadir görülen, kronik ve tekrarlayan seyirli bir nötrofilik dermatozdur. En sık görülen ülseratif form; tipik olarak hızla ilerleyen, morumsu, hafifçe yükselmiş, dekole kenarlı ve ağrılı derin ülserlerle seyreder.¹ Keloid skarlar, normal yara sınırlarını aşan fibroproliferasyon ve aşırı ekstrasellüler matriks üretimi ile karakterizedir. Sıklıkla kaşıntı, ağrı ve hiperpigmentasyona yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkiler.² PG lezyonları tipik olarak kribriform atrofik skar ile iyileşme gösterir. Buna karşılık, keloid skar gelişimi son derece nadir bildirilmiş olup literatürde sınırlı sayıda olgu

mevcuttur. Bu bildiride, alışlagelmiş klasik atrofik iyileşme paterninin aksine keloid skar oluşumu ile sonuçlanan nadir bir ülseratif PG vakası sunulmaktadır.

Olgu

Altmış bir yaşında erkek hasta, dört yıldır tekrarlayan ağrılı yara şikâyeti ile başvurdu. Lezyonların tibia ön yüzde başlayarak zamanla gövde ve üst ekstremitelere yayıldığı ve skar bırakarak iyileştiği öğrenildi. Özgeçmişinde sistemik hastalık ve düzenli ilaç kullanım öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede periumblikal bölgede ve sağ önkol fleksör yüzünde periferi lividi, kenarları dekole, düzensiz ve keskin sınırlı ülserler saptandı. Eski ülserlerin iyileştiği bölgelerde; gövde ve üst ekstremitelerde atrofik skarlar izlenirken, gövde ön yüzde keloid ile uyumlu dört adet pembe nodül gözlemlendi. Ülserden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde nötrofilik infiltrasyon saptandı. Nodüler lezyondan alınan biyopsi materyalinde ise kalın, düzensiz yerleşimli kollajen demetleri ve fibroproliferatif değişiklikler saptanarak keloid skar ile uyumlu bulgular elde edildi. Klinik ve histopatolojik bulguların Delphi konsensus kriterlerine göre değerlendirilmesi ve ayırıcı tanıların dışlanması sonucu pyoderma gangrenosum tanısı konuldu. Eşlik edebilecek sistemik hastalıklar açısından yapılan tam kan sayımı, protein elektroforezi, bilgisayarlı tomografi, üst ve alt gastrointestinal endoskopik değerlendirmeleri içeren tetkiklerde tübüler adenom ve divertikül dışında ek patoloji saptanmadı. İzlem sürecinde, tanıdan yaklaşık üç yıl sonra trombositopeni gelişmesi üzerine yapılan hematolojik değerlendirmeler ve kemik iliği biyopsisi sonucunda immün trombositopenik purpura (ITP) ve önemi belirsiz monoklonal gamopati (MGUS) tanıları konuldu. Hastanın takibi beş yıldır sürdürülmekte olup bu süreçte intralezyonel kortikosteroid, sistemik kortikosteroid, siklosporin, adalimumab, intravenöz immünglobulin (IVIG) ve azatioprin tedavileri uygulandı. Klinik seyir relaps ve remisyon dönemleri ile devam etmektedir. Bu süreçte hastanın PG ülserlerinin bir kısmının atrofik bir kısmının keloid skarlarla iyileştiği izlenmiştir.

Sonuç

Pyoderma gangrenosum lezyonlarında kribriform atrofik skar genellikle tanısal bir ipucu olarak kabul edilse de, hastalık seyrinde nadiren keloid formasyonu da tabloya eşlik edebilir. Literatürde hipertrofik skar üzerinde gelişen bir PG olgusunda, skar dokusunun ülser iyileşmesini takiben geliştiği bildirilmiştir.³ Bu durum, PG'nin iyileşme sürecinde nadir görülen skar paternleri olabileceğini göstermekte ve PG hastalarının uzun dönem izlemlerinde skar morfolojisinin dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Kaynakça :

1. Yamamoto T, Yamasaki K, Yamanaka K, Komine M, Kawakami T, Yamamoto O, et al. Japanese Dermatological Association Pyoderma Gangrenosum Treatment Guidelines Drafting Committee. Clinical guidance of pyoderma gangrenosum 2022. J Dermatol.

2023; 50: e253–e275. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.16845>

2. Kim, H.J, Kim, Y.H. Comprehensive Insights into Keloid Pathogenesis and Advanced Therapeutic Strategies. Int. J. Mol. Sci. 2024, 25,8776. <https://doi.org/10.3390/ijms25168776>

3. Rout AN, Sahu K, Sirka CS. Pyoderma Gangrenosum Over Hypertrophic Scar: Report of a Rare Presentation. Indian Dermatol Online J. 2020 Mar 9;11(2):222-225. doi: 10.4103/idoj.IDOJ_153_19. PMID: 32477984; PMCID: PMC7247654.

Anahtar Kelimeler : keloid, pyoderma gangrenosum, sikatris

EP-38: İKSEKİZUMAB TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN LİKENOİD İLAÇ ERÜPSİYONU: PARADOKSİK İNFLAMATUAR BİR YANIT

Göktürk Yiğitoğlu¹, Şirin Yaşar¹, Sevim Baysak¹, Gülistan Gümrükçü²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ:

Likenoid ilaç erüpsiyonları, klinik ve histopatolojik olarak liken planusu taklit eden inflamatuvar dermatozlardır. Çeşitli sistemik ajanlara bağlı gelişebilirler. Biyolojik tedavilerin yaygın kullanımı ile birlikte paradoksik inflamatuvar kutanöz reaksiyonlar daha görünür hale gelmiştir. İksekizumab, interlökin-17A'yı hedefleyen ve orta-ağır plak tip psoriasis tedavisinde yüksek etkinlik gösteren bir monoklonal antikordur. IL-17 blokajının sitokin dengesinde kaymaya yol açarak farklı proinflamatuvar yolları tetikleyebileceği ve bu durumun likenoid reaksiyon gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

OLGU:

Altmış yaşında erkek hasta, yaklaşık on yıldır psoriasis vulgaris tanısıyla takip edilmekteydi. Aile öyküsünde psoriasis mevcuttu. İlk değerlendirmede saçlı deri, gövde ve ekstremitelerde yaygın tutulum ile belirgin tırnak tutulumu saptandı. Bir yıl süreyle 25 mg/gün asitretin tedavisine rağmen PASİ 10,5 olarak değerlendirildi ve yeterli yanıt alınamadı. Ardından altı ay fototerapi uygulandı. Risankizumab tedavisinin dokuzuncu ayında PASİ 4'e geriledi; ancak tırnaktaki ve genital bölgedeki lezyonların tedaviye yanıt vermemesi üzerine iksekizumab başlandı. Hasta tedaviyi on beş ay klinik iyileşme ile sürdürdü. Takibinde üst ve alt ekstremitelerde ve gluteal bölgede gelişen eritemli-violase papüller nedeniyle yeniden başvurdu. Klinik olarak likenoid ilaç erüpsiyonu, liken planus düşünüldü. İksekizumab kesildi. İlk planda topikal mometazon furoata rağmen gerileme izlenmedi. Cilt biyopsisinde likenoid ilaç erüpsiyonu ile uyumlu bulgular saptandı.

Hastada psoriatik lezyonlar az sayıda kaldığı için hem psoriasis hem de liken tedavisi yönünde fayda sağlaması beklenen asitretin tedavisi başlandı ve hasta takibe alındı.

SONUÇ:

İnterlökin-17 inhibitörleri genellikle güvenli ajanlar olmakla birlikte, nadir de olsa paradoksik likenoid erüpsiyonlara yol açabilir. Uzun süre stabil seyreden biyolojik tedavi sürecinde yeni gelişen likenoid lezyonlarda ilaç ilişkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgu, IL-17 blokajına bağlı gelişebilen nadir kutanöz advers olaylara dikkat çekmesi açısından sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Likenoid erüpsiyonlar, Liken planus, Psoriasis, Biyolojik ajanlar

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1



Resim-1 Kollarda ve gluteal bölgede mavi-mor renkli papüller

Resim Açıklaması: Resim 2



Resim-2 Ayaklarda mavi-mor renkli papüller

EP-39: DİFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMANIN KUTANÖZ TUTULUMU: OLGU SUNUMU

Elif Şahin¹, Sevim Baysak¹, Helin Atay¹, Seda Mazmanoğlu Atılman², Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL), non-Hodgkin lenfomaların en sık görülen alt tipidir. En sık 60 yaş üzerinde görülür ve agresif seyir gösterir. Deri tutulumu primer veya sistemik lenfomaya sekonder olarak görülebilir. Sekonder kutanöz tutulum genellikle ileri evre hastalığı yansıtır. Klinik olarak sıklıkla morumsu-kırmızı renkli, sert kıvamlı, hızlı büyüyen nodül veya plaklar şeklinde izlenir.

En sık gövde, yüz, skalp ve ekstremitelerde lokalize olur, ülserasyon eşlik edebilir. Klinik görünüm değişken olmakla birlikte, hızlı progresyon ve eşlik eden sistemik semptomlar tanı açısından uyarıcıdır. Sekonder kutanöz tutulumlu hastalıkta 5 yıllık sağ kalım oranı %40-55 arasındadır. İlk basamak tedavide R-CHOP (Rituksimab- Siklofosfamid, Doksorubisin, Vinkristin, Prednizolon) kemoterapisi uygulanmaktadır. Difüz büyük B hücreli lenfomanın kutanöz tutulumlu bir olgusunu bu vakada sunmaktayız.

OLGU: Altmış dört yaşında kadın hasta kliniğimize 1.5 yıldır olan sol kasıkta akıntılı yara şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol inguinal bölgede, eritemli zeminde düzensiz sınırlı, ortası ülser akıntılı nodül; sol alt ekstremitede belirgin çap artışı saptandı. Bilateral inguinal bölgede 4 cm büyüklüğünde lenfadenopati ile uyumlu nodüller lezyonlar palpe edildi. Ciltteki lezyondan alınan insizyonel biyopside; epidermiste yaygın ülserasyon ve iltihabi granülasyon dokusu, lezyon periferinde CD20 pozitif büyük B hücreli neoplazm izlendi. Lenfoid hücreler büyük ve birkaç nükleollü, veziküler kromatinli ve geniş eozinofilik ve sık mitoz içermekteydi. Lenf nodu eksizyonel biyopsisinde ise bozulmuş lenf nodu yapısı, zeminde yaygın skleroz, perinodal yağlı dokuyu da infiltre eden nekrozun eşlik ettiği difüz lenfoid neoplazm saptandı. Lenfoid hücreler, CD20+, CD10 zayıf +, BCL6+, BCL2+, MUM1+, CD23+, CD3-, CD5-, c-MYC - olarak boyandı. Ki-67 proliferasyon indeksi %80-85 oranlarında pozitif saptandı. Lezyondan alınan cilt insizyonel biyopsi ve lenf nodu eksizyonel biyopsi sonucu patoloji tarafından sistemik difüz büyük B hücreli lenfomanın kutanöz tutulumu ile uyumlu olarak raporlanan hasta, sistemik tedavi açısından hematolojiye konsulte edildi. Bilateral aksiller, inguinal, tüm batin USG'leri; tüm vücut PET görüntüleme ve

bilateral alt ekstremite venöz doppler USG'leri çekildi. Sol inguinal bölgede nekrotik lenf nodu, sağ inguinal bölgede ise 43x26 mm boyutlarında yağlı hilusu seçilebilen reaktif lenf nodu izlendi. PET görüntülemeye; sağ eksternal ve internal iliak alanlarda solda daha belirgin olmak üzere malign karakterde yoğun hipermetabolik lenf nodları saptandı. Hastaya hematoloji tarafından rituksimab tedavisi başlandı, yatışı süresince 21 gün arayla iki kür tedavi aldı. Hastanın takipleri sırasında akıntılı lezyonunda gerileme oldu. Sistemik kemoterapinin devamı için taburculuk sonrası hematolojiye yönlendirildi. Hasta R-CHOP tedavisi altında hematoloji takibindedir.

SONUÇ: Difüz büyük B hücreli lenfomanın sekonder kutanöz tutulumu nadir olmayan ancak klinik olarak önemli bir bulgudur ve genellikle ileri evre sistemik hastalığı yansıtır. İleri yaş hastada uzun süredir sebat eden noduloülseratif lezyonlarda ayırıcı tanıda difüz büyük b hücreli lenfomanın yer alması ve hastanın sistemik değerlendirilmesi önemlidir. Erken tanı, uygun sistemik tedavinin başlanması ve prognozun belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler : Difüz büyük B hücreli lenfoma, Ritüksimab, R-CHOP

Resimler

Resim Açıklaması: Sol inguinal bölgede noduloülseratif lezyon



Resim Açıklaması: Lezyonun makroskopik fotoğrafı ve ekstremiteler arası çap farkı



EP-40: APLAZİA KUTİS KONJENİTAYA BAĞLI ALOPESİ: OLGU SUNUMU

Helin Atay¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Aplazia kutis konjenita terimi; yaklaşık 10.000 canlı doğumdan 1-3'ünü etkileyen, doğuştan deri yokluğu ile seyreden bir grup nadir hastalık için kullanılır. Olguların yaklaşık %80'inde aplazia kutis konjenita (AKK) saçlı deride yerleşir. Derinlik; yüzeysel epidermal kayıptan kemik defektleri ve dural yapıların tutulumuna kadar değişkenlik gösterebilir. Daha küçük lezyonlar intrauterin dönemde epitelize olup doğumda skar alanları olarak görülebilir. Skalpte yerleşen lezyonların çevresinde alopesik alan sık görülür. Ayrıca AKK, diğer çeşitli anomaliler ve sendromlarla da ilişkili olabilir. Bu olgu, nadir görülen AKK'nin geç dönem sekellerinden biri olan alopesiyi vurgulamak amacıyla sunulmaktadır.

OLGU: İki yaşında kız çocuk hasta; saçlı deride doğumdan itibaren mevcut olan, zamanla kapanan yara bölgesi ve çevresinde saç çıkmama şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde; skalp vertex ve parietal bölgede 6 cm x 9 cm boyutlarında, parlak, üzeri yer yer krutlu, yer yer vellus kılların eşlik ettiği alopesik yama saptandı. Dermoskopisinde; yer yer foliküler açıklıkların kaybı, vellus kıllar, krutlar ve telenjiektaziler saptandı. Doğum sonrası çekilen fotoğrafında; vertexte hemorajik krutlu, keskin sınırlı ülser lezyon ve parietal bölgede ülser çevresinde eritemli, alopesik yama görüldü. Doğum sonrası lezyonlu bölgeye antibiyotik krem ve %10 povidon iyot ile pansuman yapıldığı öğrenildi. Klinik görünüm ve öykü doğrultusunda olgu, aplazia kutis konjenitaya bağlı alopesi ile uyumlu bulundu. Hastanın kapsamlı muayenesinde sağ kol ve sağ bacakta kuvvet kaybı ile spastisite saptandı. Eşlik eden malformasyon, ailede başka olgu öyküsü, anne-baba arası akrabalık, annede gebelikte teratojenik ilaç kullanımı veya enfeksiyon öyküsü saptanmadı. 37 haftalık sezaryen doğum ile doğan, postnatal sıkıntı yaşamayan hastanın sağ elini az kullanması nedeniyle nörolojiye başvurduğu öğrenildi. Çekilen kontrastsız beyin MRG incelemesinde hipoksik iskemik ensefalomalazik değişiklikler saptandı; kemik kompartmanlarına ait patoloji izlenmedi. Hastaya nöroloji tarafından sağ hemiparezik serebral palsi tanısı konuldu. Hasta tarafımızca, rekonstrüktif cerrahi uygunluğu açısından değerlendirilmek üzere plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi bölümüne yönlendirildi.

SONUÇ: Aplazia kutis konjenita lezyonları zamanla spontan olarak kapanabilse de alopesi gibi geç dönem sekeller bırakabilir. AKK, bebeklik ve erken çocukluk döneminde karşılaşılan alopesi olgularında ayırıcı tanıya alınmalıdır. Aplazia kutis konjenita ile ilişkili nörolojik tutulum; Adams-Oliver veya Patau sendromu gibi genetik temelli mikrosefali ve

korpus kallozum agenezisi gibi malformasyonlardan, geniş skalp defektlerine sekonder gelişen ensefalosel, meningogaleal fistül ve sagittal sinüs trombozu gibi vasküler/anatomik komplikasyonlara kadar uzanan heterojen bir klinik spektrum sergilemektedir. Bu nedenle; geniş veya atipik yerleşimli AKK vakalarında, beyin MR veya BT gibi görüntüleme yöntemleriyle derin doku defekti olup olmadığı mutlaka dışlanmalıdır. Uygun AKK olgularında cerrahi tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler : Aplazia Kutis Konjenita, Alopesi

EP-41: MEME KARSİNOMUNUN NADİR BİR PREZENTASYONU: HERPES ZOSTER'İ TAKLİT EDEN ZOSTERİFORM KUTANE METASTAZ

Başak Sena Özhan¹, Büşra Sena Pattabanoğlu Çevirici¹, Fatih Emre Çevirici¹, Harbiye Dilek Canat¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ

Kutanöz metastazlar, internal malignitelerin nadir fakat önemli bir göstergesidir. Meme kanseri, kadınlarda deri metastazına en sık yol açan kanser türüdür (~%70) [1,2]. Genellikle ağrısız nodüller şeklinde görülür, dermatomal yerleşimli "zosteriform" patern ise literatürde oldukça nadir bildirilmiştir [3]. Opere meme kanserinden 10 yıl sonra nüks eden ve klinik olarak herpes zoster ile karışan atipik bir kutanöz metastaz vakası sunulmaktadır.

OLGU

Altmış dokuz yaşında kadın hasta, son bir aydır olan sol göğüste ve sol koltuk altında kızarıklık ve ağrılı döküntü nedeniyle dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde; 12 yıl önce sağ meme invaziv duktal karsinom nedeniyle sağ modifiye radikal mastektomi, kemoterapi ve radyoterapi öyküsü mevcuttu. On yıllık hastalıksız dönem sonrasında, son altı aydır hastanın sol memede ödem ve eritem, sol meme başında retraksiyon ve sol kolda lenfödem geliştiği öğrenildi. Yaklaşık bir yıl önce hastanın sağ mastektomi bölgesinde sıcak su ile yanma sonrasında göğüs orta hattan sol göğüs altına yayılan geçmeyen döküntüleri mevcuttu. Hastanın son bir aydır olan sol göğüs ve sol koltuk altında kızarıklık ve ağrılı döküntülere herpes zoster düşünülerek dış merkezde bir hafta süreyle asiklovir 3 x 400 mg/gün tedavisi verilmiş fakat hastanın lezyonlarında gerileme olmadığı öğrenildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde sağ mastektomili olduğu; göğüs orta hattından sol göğüs altına uzanan sert, infiltrate, yer yer yüzeyi ülsere plaklar; sol memede ve sol kolda diffüz ödem ve eritem izlendi. Sol meme

altından sırt bölgesine uzanan zosteriform dağılımlı vezikül benzeri papülonodüler lezyonlar saptandı. Hastanın sol göğüs altındaki lezyonundan alınan punch biyopsi sonucu "Primer Meme Kökenli Karsinom İnfiltrasyonu" olarak raporlandı. Hastanın çekilen meme ultrasonunda; sol memede 5 cm ve 3.5 cm boyutlarında malignite kuşkulu (BI-RADS 5) düzensiz kitleler; aksillada 6 cm'lik hipervasküler kitlesel lezyon izlendi. Hastanın sol meme altındaki vezikül sıvısından yapılan tzanck testinde herpes zoster lehine multinükleer dev hücre veya akantolitik hücre saptanmadı. Hasta nüks meme karsinomu sonrasında zosteriform paternde kutane metastaz olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Zosteriform metastazın mekanizması tam bilinmemekle birlikte; tümör hücrelerinin dorsal kök gangliyonlarından deri sinirlerine perinöral lenfatikler yoluyla yayılması veya önceki bir varisella zoster virüs enfeksiyonu bölgesine "koebner benzeri" yanıtla infiltrasyonu suçlanmaktadır. Literatürde, meme kanseri hastalarında zosteriform döküntü görüldüğünde; lezyonların ağrısız olması, vezikülden ziyade papülonodüler yapıda olması ve antiviral tedaviye direnç göstermesinin metastaz şüphesini artırdığı bildirilmektedir [3]. Olgumuzda olduğu gibi, mastektomiden uzun yıllar sonra ortaya çıkan zosteriform döküntüler, rekürrens açısından klinisyeni uyarmalıdır. Kanser öyküsü olan hastalarda dermatomal yerleşimli lezyonlar her zaman tipik herpes zoster olmayabilir. Antiviral tedaviye yanıt vermeyen veya atipik görünümlü "zosteriform" lezyonlarda, kesin tanı ve erken evreleme için histopatolojik inceleme altın standarttır [3,4].

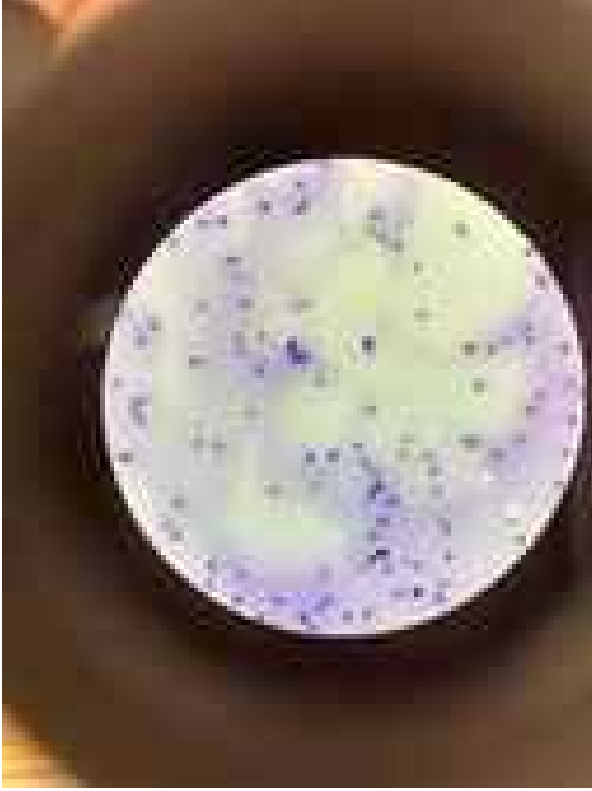
Kaynakça :

- [1] Bologna, JL ; Schaffer, JV ; Cerroni, L et al. / Dermatology, 5th edition
- [2] Griffiths, C., Barker, J., Bleiker, T., Chalmers, R., & Creamer, D. (Eds.). (2024). Rook's textbook of dermatology (10th ed.). Wiley-Blackwell.
- [3] Xu, L., Wang, Y., Mu, Y., Huang, Q., Shuai, W., & Yang, H. (2024). A case report of zosteriform cutaneous metastases from breast carcinoma. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology, 17, 205–209.
- [4] Al Saud, N., Jabbour, S., Kechichian, E., Aderian, S. S., Boccara, D., Nasr, M., El Hachem, L., & Mimoun, M. (2018). A systematic review of zosteriform rash in breast cancer patients: An objective proof of flap reinnervation and a management algorithm. Annals of Plastic Surgery, 81(4), 456–461.

Anahtar Kelimeler : Kutane Metastaz, Zosteriform Kutane Metastaz, Herpes Zoster

Resimler

Resim Açıklaması: tzanck testinde herpes zoster lehine multinükleer dev hücre veya akantolitik hücre saptanmadı



Resim Açıklaması: Sağ mastektomili hasta, göğüs orta hattından sol göğüs altına uzanan sert, infiltrate, yer yer yüzeysel ülser plaklar, sol memede ve sol kolda diffüz ödem ve eritem



Resim Açıklaması: Sol meme altından sırt bölgesine uzanan zosteriform dağılımlı vezikül benzeri papülonodüler lezyonlar



Resim Açıklaması: Sol meme altından sırt bölgesine uzanan zosteriform dağılımlı vezikül benzeri papülonodüler lezyonlar



EP-42: EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA PRURİGİNOSA’DA TEDAVİ YANITLARININ HETEROJENİTESİ: İKİ OLGU SUNUMU

Ahmet Melik Akyürek¹, Şirin Yaşar¹, Sevim Baysak¹, İlkin Zindancı¹, Erva Bengü Yılmaz²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul

Epidermolizis Bülloza Pruriginosa’da Tedavi Yanıtlarının Heterojenitesi: İki Olgu Sunumu

Ahmet Melik Akyürek¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹, Erva Bengü Balaban Yılmaz²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Epidermolizis bülloza pruriginosa (EBP), epidermolizis büllozanın nadir ve şiddetli kaşıntı ile seyreden bir varyantıdır. En sık distrofik epidermolizis bülloza spektrumunda yer almakta olup çoğunlukla COL7A1 mutasyonları ile ilişkilidir; ancak klinik ve genetik heterojenite gösterebilir. Klinik olarak prurigo nodularis, hipertrofik liken planus ve otoimmün subepidermal büllöz hastalıklarla karışabilmektedir. Şiddetli kaşıntı ve nodüler lezyonlar deri fragilitasını maskeleyerek tanının gecikmesine neden olabilir. Tedavi seçenekleri sınırlı olup yanıtlar değişkendir. Bu çalışmada farklı tedavi yanıtları gösteren iki EBP olgusu sunulmuştur.

Olgu-1:

Elli üç yaşında kadın hasta, çocukluk döneminden itibaren travmayla tetiklenen bül oluşumu ve skatris ile iyileşen lezyonlar ile başvurdu. Aile öyküsü negatif olup oral mukozal tutulum saptanmadı. Yapılan deri biyopsileri konjenital epidermolizis bülloza ile uyumluydu. Son bir yıl içerisinde alt ekstremitelerde şiddetli kaşıntılı papül ve plaklar gelişti. Genetik analizde COL17A1 mutasyonu saptandı. Klinik ve histopatolojik bulgular ile EBP tanısı desteklendi. Dapsone tedavisi ile kısmi yanıt elde edilmesi üzerine persistan pruritus nedeniyle total IgE düzeyi 209 IU/mL olan hastaya endikasyon dışı onay alınarak dupilumab (600 mg yükleme dozu ardından 300 mg iki haftada bir) başlandı. Yaklaşık 6 aylık tedavi sürecinde kaşıntı şiddetinde belirgin azalma ve inflamatuvar lezyonlarda gerileme gözlemlendi. Tedaviye bağlı yan etki izlenmedi.

Olgu-2:

Uzun süredir EBP tanısı ile izlenen 57 yaşında erkek hasta tekrarlayan kaşıntılı büller ile başvurdu. Aile öyküsü pozitif. Genetik analizde COL17A1 mutasyonu saptandı. Takip sürecinde kullanılan siklosporin tedavisi kolon adenokarsinom tanısı sonrası kesildi. Total IgE düzeyi 2209 IU/mL olan hastada omalizumab tedavisine yeterli yanıt alınamaması üzerine dupilumab (600 mg yükleme dozu ardından 300 mg iki haftada bir) uygulanmış, ancak yaklaşık 4 aylık kullanım süresince kısmi klinik yanıt izlenmesi üzerine Mayıs 2025'te dapson 50 mg/gün başlanmış olup tedavinin ilk haftalarından itibaren kaşıntı ve lezyonlarda belirgin gerileme gözlenmiştir. Tedaviye bağlı yan etki izlenmemiş ve izlemde klinik düzelme devam etmiştir.

SONUÇ:Epidermolizis bülloza pruriginosa, şiddetli kaşıntı ile seyreden ve inflamatuvar dermatozlar ile otoimmün subepidermal büllöz hastalıklarla karışabilen nadir bir klinik tablodur. Literatürde kortikosteroidler, siklosporin, talidomid, dapson, fototerapi, omalizumab ve JAK inhibitörleri ile değişken tedavi yanıtları bildirilmiştir. Dupilumabın altta yatan genetik defekt üzerine doğrudan etkisi bilinmemekle birlikte, IL-4 ve IL-13 inhibisyonu yoluyla pruritusu azaltarak kaşıma davranışını ve buna bağlı mekanik travmayı azaltması; travma ile tetiklenen yeni bül oluşumunu dolaylı olarak sınırlandırabilmektedir. Olgularımızda dupilumab sonrası kaşıntı kontrolü ile lezyon aktivitesinde azalma gözlenmesi bu mekanizmayı desteklemektedir.

Kaynakça :

- 1.Fine JD, Bruckner-Tuderman L.
Epidermolysis bullosa pruriginosa.
J Am Acad Dermatol. 2009;61(2):203-211
- 2.Kim WB, Alavi A.
Epidermolysis bullosa pruriginosa: clinical features and management challenges.
Dermatol Clin. 2010;28(2):257-264.
- 3.Kridin K, Ludwig RJ.
The growing role of biologics in autoimmune and pruritic blistering diseases.
Front Immunol. 2021;12:651566.
- 4.Abdat R, Waldman RA, et al.
Dupilumab as a novel therapy for bullous pemphigoid.
J Am Acad Dermatol. 2020;83(1):46-52.
- 5.Kridin K, Ludwig RJ.
The growing role of biologics in autoimmune and pruritic blistering diseases.
Front Immunol. 2021;12:651566.

Anahtar Kelimeler : Epidermolizis Bülloza Pruriginosa, Kaşıntı, Dupilumab, Dapson, Biyolojik Tedavi

Resimler

Resim Açıklaması: Alt ekstremitte pretibial bölgede yaygın erode papüller, ekskoriye lezyonlar ve postinflamatuvar hiperpigmentasyon alanlarının görünümü.



Resim Açıklaması: Alt ekstremitelerde epidermolizis bülloza pruriginozaya ait yaygın postinflamatuvar pigmentasyon, yüzeysel erozyonlar ve skatrisyel sekellerin genel görünümü.



Resim Açıklaması: Uyluk ve pretibial bölgede dağınık yerleşimli erode papüller, iyileşme sonrası hiperpigmente maküller ve kronik kaşıntıya bağlı ekskoriasyon alanları.



Resim Açıklaması: Epidermolizis bülloza pruriginozaya ait alt ekstremitelerde erode papüller, krutlu lezyonlar ve postinflamatuvar pigmentasyon alanlarının klinik görünümü.



EP-43: LİPOÖDEMATÖZ ALOPESİ OLGUSU

Aysu Ecem Altun¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹

¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Giriş:

Primer sikatrisyel alopesiler, inflamatuvar süreç sonucunda kalıcı kıl folikülü destrüksiyonu ile seyreden ve geri dönüşümsüz saç kaybına yol açabilen heterojen bir hastalık grubudur.

Tanısal yaklaşımda klinik muayene bulgularının histopatolojik inceleme ile desteklenmesi esastır. Özellikle santral yerleşimli, yavaş progresyon gösteren alopesilerde santral santrifugal sikatrisyel alopesi, liken planopilaris spektrumu ve nadiren lipoödematöz alopesi gibi tablolar ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Bu olgu, uzun süreli seyir gösteren santral yerleşimli alopesilerde klinikopatolojik korelasyonun önemini ve tedavi yaklaşımını vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Yöntem / Olgu Sunumu:

Kırk iki yaşında kadın hasta, 2021 yılından bu yana vertex orta hatta progresif saç dökülmesi şikayeti ile başvurdu. Alınan saçlı deri punch biyopsisinde foliküler ünitelerde kıl foliküllerinde azalma saptandı, lipoödematöz alopesi için karakteristik olan subkutan yağ dokusunda belirgin kalınlaşma izlenmedi. Lipoödematöz alopeside beklenen subkutan yağ dokusu artışı görülmemiş olmakla birlikte, dermatolojik muayenede basmakla saçlı deride yumuşaklık tespit edildi. Hastanın yapılan yüzeysel doku ultrasonografisinde subkutan yağ dokusunda artış izlendi. Bu bulgularla histopatolojisi ve kliniği ile beraber değerlendirilerek lipoödematöz alopesi tanısı konuldu.

Biyopsi sonrası hastaya 1/4 oranında dilüe edilmiş intralezyoner triamsinolon asetonid enjeksiyonu ve topikal kortikosteroid tedavisi başlandı. Beş seans intralezyoner enjeksiyon uygulandı. Yanıt alınamaması üzerine hastaya immünsupresif tedavi planlandı ve siklosporin 200 mg/gün oral tedavi başlandı. (Mart 2025). Hasta halen siklosporin tedavisi altında izlenmektedir, alopesik yamalarda regresyon mevcuttur.

Sonuç / Tartışma:

Vertex orta hatta yerleşimli, yavaş progresyon gösteren alopesilerde primer sikatrisyel alopesiler ayırıcı tanıda öncelikle düşünülmelidir. Histopatolojik olarak foliküler ünitelerde azalma saptanması sikatrisyel süreci desteklemektedir. Bununla birlikte lipoödematöz alopesi için tipik olan subkutan yağ dokusunda belirgin kalınlaşmanın izlenmemesi, primer sikatrisyel alopesilerde klinik ve histopatolojik bulguların tam

örtüşmeyebileceği, bu nedenle klinikopatolojik korelasyonun tanısal süreçte belirleyici olduğunu işaret eder (1,2).

Santral yerleşimli sikatrisyel alopesiler içerisinde özellikle santral santrifugal sikatrisyel alopesi (CCCA) ve liken planopilaris spektrumundaki tablolar dikkate alınmalıdır (1).

Hastalığın erken döneminde antiinflamatuvar tedavi ile foliküler hasarın progresyonunun yavaşlatılması hedeflenmektedir. İntralezyoner kortikosteroidler birinci basamak tedavi seçenekleri arasında yer almakta; dirençli veya progresif olgularda ise sistemik immünsüpresif ajanlar (mikofenolat mofetil, siklosporin vb.) önerilmektedir (2,3).

Bu olguda uzun süreli seyir, lokal tedaviye sınırlı yanıt ve progresyon eğilimi nedeniyle sistemik immünsüpresif tedaviye geçilmiştir. Siklosporin, T-hücre aracılı inflamasyonu baskılayarak aktif hastalık döneminde progresyonu kontrol altına almada etkili bir seçenek olarak bildirilmektedir (3).

Sonuç olarak, santral yerleşimli kronik alopesilerde erken dönemde biyopsi ile tanının desteklenmesi ve klinikopatolojik korelasyonun sağlanması, geri dönüşümsüz foliküler kaybın önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Dirençli olgularda sistemik immünsüpresif tedaviler uygun hasta seçimi ile değerlendirilmelidir.

Kaynakça :

Kaynaklar

1. Harries MJ, et al. Primary cicatricial alopecias: diagnosis and management. Br J Dermatol. 2018.
2. Olsen EA, et al. Central centrifugal cicatricial alopecia. J Am Acad Dermatol. 2011.
3. Mirmirani P, et al. Medical treatment of primary cicatricial alopecias. Dermatol Ther. 2008.

Anahtar Kelimeler : alopesi, sikatrisyel alopesi, lipoödematöz alopesi

Resimler

Resim Açıklaması: Verteks görünüm



Resim Açıklaması: Dermoskopik görünüm-1



Resim Açıklaması: Dermoskopik görünüm-2



EP-44: TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ VE STEVENS-JOHNSON SENDROMUNDA PANKREATİK ENZİM DÜZEYLERİ: BEŞ OLGULUK RETROSPEKTİF ANALİZ

Mert Hikmet Güngör¹, Harbiye Dilek Canat¹, Ezgi Aktaş²

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

²Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş

Toksik epidermal nekroliz (TEN) ve Stevens-Johnson sendromu (SJS), sıklıkla ilaçlara bağlı gelişen, yaygın keratinosit apoptozu ve epidermal nekroz ile karakterize, yaşamı tehdit edebilen ağır mukokutanöz reaksiyonlardır. Hastalık sürecinde yalnızca kutanöz ve mukozal yüzeyler değil, gastrointestinal sistem dahil birçok epitel dokuda hasar gelişebilmektedir.

TEN/SJS’de sistemik inflamatuvar yanıt ve epitel bariyer bütünlüğünün bozulması artmış intestinal permeabiliteye yol açabilir. Literatürde nadir olmakla birlikte klinik pankreatit olmaksızın pankreatik enzim yüksekliği bildirilmiştir. Bu çalışmada TEN/SJS tanılı

hastalarda tedavi sürecinde gelişen pankreatik enzim değışiklikleri klinik ve radyolojik bulgularla birlikte değerdendirilmiştir.

Yöntem

Şubat 2022–Ocak 2026 tarihleri arasında Çam ve Sakura Şehir Hastanesi’nde TEN/SJS tanısı ile yatırılarak takip edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Serum amilaz ve/veya lipaz düzeylerinde referans aralığının üzerinde artış saptanan beş hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların etyolojik faktörleri, aldıkları tedaviler, hastane yatışı sürecinde gözlenen pankreatik enzim düzeyleri değışikliği, eşlik eden klinik bulgular ve görüntüleme sonuçları değerdendirildi.

Bulgular

Toplam beş hasta (3 TEN, 2 SJS; 3 erkek, 2 kadın) değerdendirildi. Hastaların yaş ortalaması 34,2 yıl (11–48) idi. TEN/SJS etyolojisinde iki hastada lamotrijin, bir hastada karbamazepin, bir hastada ibuprofen ve bir hastada allopürinol saptandı. Tüm hastalarda sistemik kortikosteroid tedavisi (1–1,6 mg/kg/gün metilprednizolon eşdeğeri) ve intravenöz immünoglobulin (2–3 g/kg, 5 güne bölünerek), dört hastada ek olarak siklosporin (3–4 mg/kg/gün) uygulanmıştı. Pankreatik enzim yüksekliği saptanan tüm olgularda epigastrik ağrı, bulantı ve kusma açısından klinik değerdendirme yapıldı; kontrastsız abdominal bilgisayarlı tomografi ile akut pankreatit lehine radyolojik bulgu saptanmadı. Hastane yatışının ilk günü serum amilaz düzeyi ortalama 91 ± 38 U/L (42–148), lipaz düzeyi ise $25,8 \pm 22$ U/L (8–66) idi. Takip sürecinde tüm hastalarda pankreatik enzimlerde belirgin yükselme izlendi. Ortalama pik amilaz düzeyi 685 ± 572 U/L, ortalama pik lipaz düzeyi ise 318 ± 266 U/L olarak hesaplandı. Enzim artışları çoğunlukla yatışın 2–5. günleri arasında ortaya çıktı ve bu dönemde epigastrik ağrı, bulantı veya kusma gözlenmedi. En yüksek amilaz değeri bir TEN hastasında 1681 U/L olarak saptandı. Bu hastanın başlangıç tedavisinde siklosporin almamış olması dikkat çekiciydi. Enzim düzeyleri pankreatite yönelik spesifik bir tedavi uygulanmaksızın ortalama 10–23 gün içerisinde spontan olarak normale döndü.

Sonuç

TEN/SJS’de yaygın epitel hasarı ve sistemik inflamasyon artmış intestinal geçirgenlik ile ilişkili olabilir. Bu durum pankreatik enzimlerin dolaşıma geçişine yol açarak klinik pankreatit olmaksızın biyokimyasal hiperamilazemi/hiperlipazemi gelişmesine neden olabilir. Çalışmamızda erken dönemde ortaya çıkan ve spontan gerileyen enzim artışları, primer pankreatik inflamasyondan ziyade inflamatuvar sürece sekonder geçici bir fenomeni düşündürmektedir. Klinik ve radyolojik bulgu yokluğunda izole enzim yüksekliği gerçek pankreatit olarak değerdendirilmemelidir.

Kaynakça :

- 1.Kumaran MS, Sharma A, Singh S, Herlekar R, Vinay K, Parsad D. Ağır kutanöz advers ilaç reaksiyonlarına ilişkin içgörüler: Stevens–Johnson sendromu–toksik epidermal nekroliz ve DRESS’in 5 yıllık retrospektif analizi. Indian Dermatol Online J. 2026. doi:10.4103/idoj.idoj_522_25
- 2.Lobos N, Valenzuela F, Molgó M, López V, Palisson F. Stevens–Johnson sendromu ve toksik epidermal nekrolizli hastaya klinik yaklaşım: Bölüm I – Epidemiyoloji, tanı ve prognostik faktörler. Rev Med Chil. 2025;153(4):294–303
- 3.Jha AK, Suchismita A, Jha RK, Raj VK. Stevens–Johnson sendromunda gastrointestinal tutulum spektrumu. World J Gastrointest Endosc. 2019;11(2):115–123
- 4.Tseng Y, Luo Z, Zhang H, Zhang C, Chen J. Stevens–Johnson sendromunda asemptomatik hiperamilazemi intestinal bariyer disfonksiyonu ile ilişkilidir. Biomed Res Int. 2020;2020:3531907
- 5.Dylewski ML, Prelack K, Keaney T, Sheridan RL. Toksik epidermal nekrolizli pediatrik hastalarda asemptomatik hiperamilazemi ve hiperlipazemi. J Burn Care Res. 2010;31(2):292–296

Anahtar Kelimeler : Toksik epidermal nekroliz, Stevens–Johnson sendromu, hiperamilazemi, hiperlipazemi, pankreatit, bağırsak bariyer disfonksiyonu, ilaç ilişkili hipersensitivite

Tablolar

Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Hasta	Yaş	Cinsiyet	Tanı	Sorumlu İlaç	Uygulanan Tedavi
1	11	Kadın	TEN	İbuprofen	Metilprednizolon, IVIG (72 g), Siklosporin (4 mg/kg)
2	38	Erkek	SJS	Allopürinol	Metilprednizolon, IVIG (2 g/kg), Siklosporin (3 mg/kg)
3	45	Erkek	SJS	Lamotrijin	Metilprednizolon, IVIG (2 g/kg), Siklosporin (3 mg/kg)
4	29	Erkek	TEN	Karbamazepin	Metilprednizolon, IVIG (3 g/kg)
5	48	Kadın	TEN	Lamotrijin	Metilprednizolon, IVIG (2 g/kg), Siklosporin (3 mg/kg)

Serum Amilaz Düzeyleri (U/L)

Hasta	Yatış	Erken Dönem Pik (Gün)	En Yüksek Değer	Normalizasyon (Gün)
1	102	Gün 2	319	Gün 14
2	148	Gün 3	490	Gün 14
3	71	Gün 2	228	Gün 10
4	92	Gün 11	1681	Gün 23
5	42	Gün 4	709	Gün 8

Serum Lipaz Düzeyleri (U/L)

Hasta	Yatış	Erken Dönem Pik (Gün)	En Yüksek Değer	Normalizasyon (Gün)
1	14	Gün 7	139	Gün 14
2	24	Gün 4	547	Gün 14
3	66	Gün 3	192	Gün 10
4	8	Gün 8	693	Gün 23
5	17	Gün 4	17	Gün 6

EP-45: USB1 GEN MUTASYONUNA BAĞLI POİKİLODERMA WİTH NEUTROPENİA ZEMİNİNDE GELİŞEN HERPES ZOSTER

Şule ÖZALP¹, Harbiye Dilek CANAT¹

¹Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi

GİRİŞ:

Poikiloderma with Neutropenia (PN), USB1 gen mutasyonu ile ilişkili, otozomal resesif geçişli nadir bir genodermatozdur. Retiküler pigmentasyon, nötropeni, tırnak distrofisi, palmoplantar hiperkeratoz ve enfeksiyonlara yatkınlık ile karakterizedir. Hastalarda enfeksiyonlar sık ve şiddetli seyreder. Kemik iliği nakli öyküsü olan PN tanılı hastada

gelişen şiddetli herpes zoster (HZ) tablosu, enfeksiyöz durumun başarılı tedavisinin paylaşılması amacıyla sunulmuştur.

OLGU:

On üç yaşında erkek hasta, USB1 geninde c.531delA homozigot mutasyona bağlı

Poikiloderma with Neutropenia (PN) tanısıyla izlenmekte olup, 2016 yılında nötropenidenenle hematopoetik kök hücre nakli uygulanmış olma öyküsüne sahiptir. Kliniğimize başvurusundan 4 gün önce sol üst bacak iç yanda başlayan veziküler lezyonlar nedeniyle dış merkez pediatri servisine yatırılmış, 1–2 gün IV asiklovir tedavisi sonrası topikal asiklovir ile taburcu edilmiştir. Lezyonlarda artış ve şiddetli ağrı gelişmesi üzerine tekrar başvurmuş ve kliniğimize danışılmıştır. Dermatolojik muayenesinde retiküler hipo-hiperpigmentasyon, palmoplantar hiperkeratoz ve tırnak distrofisi saptanmış olup; diş anomalileri, kaş ve kirpiklerde seyrekleşme saptanmıştır. (Resim 1) Sol üst medial uyluk ve gluteal bölgede yaygın, ağrılı ve kümelenmiş veziküler lezyonlar izlenen hastanın, HZ tanısıyla servisimize yatışı yapılmıştır. (Resim 2) Fizik muayenesinde bilateral pes planovalgus ve boy kısalığı olduğu tespit edilmiştir. İntravenöz (I.V.) asiklovir 10 mg/kg/gün dozunda on gün süreyle, I.V. metilprednizolon 30 mg/gün dozunda 3 gün süreyle, eau borique pansuman solüsyonu ile ıslak pansuman, analjezik tedavi, topikal fusidik asit ve epitelizan krem verilmiştir. Tedavinin onuncu gününde tüm lezyonların krutlanarak gerilediği görülmüştür. (Resim 3)

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Poikiloderma with neutropenia (PN) yalnızca dermatolojik bir pigmentasyon ya da keratinizasyon bozukluğu değildir. Hücrel immün yetmezlik zemininde ağır viral enfeksiyonlar gelişebilir. Herpes zoster (HZ), bu hastalarda şiddetli seyredebilir. Bu hastalarda HZ, erken tanı ve uygun doz IV antiviral tedavi gerektirir.

Kaynakça :

1. Arnold AW et al. Poikiloderma with neutropenia: clinical and molecular characterization. Br J Dermatol.
 2. Walne AJ et al. Mutations in USB1 cause poikiloderma with neutropenia. Nat Genet.
 3. Cohen JL. Clinical practice: Herpes zoster. N Engl J Med.
 4. 5. Gnann JW, Whitley RJ. Herpes zoster. N Engl J Med.
- CDC Guidelines for management of herpes zoster in immunocompromised patients.

Anahtar Kelimeler : Anahtar Kelimeler: Poikiloderma with neutropenia, USB1 mutasyonu, herpes zoster, immün yetmezlik, kemik iliği nakli

Resimler

Resim Açıklaması: sağ uyluk ekstansör yüzde eritemli zemin üzerinde veziküller



Resim Açıklaması: lezyonlar regresyon eğiliminde üzeri sarı kahverengi krutlanmış



Resim Açıklaması: retiküler hipo-hiperpigmentasyon, palmoplantar hiperkeratoz ,tırnak distrofisi ,kaş ve kirpiklerde seyrekleşme, bilateral pes planovalgus,boy kısalığı bulguları mevcut.



Resim Açıklaması: bilateral el dorsumu ve distal ön kollarda eritemli zemin üzerinde yerleşimli, keskin sınırlı, hiperkeratotoik skuamlı plaklar



EP-46: SECUKİNUMAB TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN GRANÜLOMATOZ MASTİT OLGUSU: BU BİR PARADOKS MU ?

Selin Sezer¹,Şirin Yaşar¹,Hazar Erdoğan¹,Sevim Baysak¹,Gülistan Gümrükçü²,İlkin Zindancı¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Dermatoloji

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Patoloji

Giriş:

Granülomatöz mastit nadir görülen kronik inflamatuvar bir meme hastalığıdır ve klinik ile radyolojik olarak maligniteyi taklit edebilir. Tanı çoğunlukla biyopsi ile konur ve tedavide immünsüpresif ajanlar kullanılmakla birlikte optimal yaklaşım ve nükslerin önlenmesi halen tartışmalıdır. Paradoksal reaksiyon, biyolojik tedavi sırasında normalde bu ajanlarla tedavi edilen immün aracılı hastalıkların de novo ortaya çıkması veya alevlenmesi olarak tanımlanır. Psoriasis tedavisinde kullanılan biyolojik ajanlar nadiren paradoksal granülomatöz reaksiyonlara yol açabilmektedir. Bu yazıda secukinumab tedavisi altında granülomatöz mastit gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:

Üç yaşından beri psoriasis tanısı bulunan ve konvansiyonel tedavilere yanıtı olmayan 33 yaşındaki hastada şiddetli plak psoriasis mevcuttu (PASI 26,1). Secukinumab tedavisi sonrası tam klinik yanıt elde edildi (PASI 0). Tedavinin ikinci yılında sağ memede spontan drene olan, ülser ve endüre nodül ve plaklar gelişti. Doku kültüründe üreme saptanmadı. Histopatolojik incelemede nekroz içermeyen epitelioid histiositik granülomlar ve multinükleer dev hücreler izlendi ve PAS negatif bulundu. Hastada Quantiferon testi negatif olup akciğer grafisinde patoloji izlenmedi. Klinik, radyolojik ve laboratuvar değerlendirmeleri sonucunda enfeksiyöz etiyolojiler dışlandı ve bulgular birlikte değerlendirilerek granülomatöz mastit tanısı konuldu. Secukinumab kesilerek haftada 15 mg metotreksat başlandı. Üç ay içinde meme lezyonlarında belirgin gerileme izlenirken psoriasis plaklarında alevlenme gelişti. Bunun üzerine secukinumab yeniden başlandı ancak tedavi altında diğer memede de benzer lezyonların ortaya çıkması tabloyu paradoksal reaksiyon lehine düşündürdü. Secukinumab kesilerek guselkumab tedavisi planlandı.

Sonuç:

IL-17 inhibitörleri ile ilişkili en sık bildirilen advers etkiler paradoksal psoriasiform erüpsiyonlar ve ekzematöz lezyonlardır; daha nadir olarak granülomatöz inflamatuvar reaksiyonlar görülebilmektedir. Literatürde biyolojik ajan tedavileri sırasında gelişen granülomatöz inflamatuvar reaksiyonlar nadir de olsa bildirilmiştir; ancak IL-17 inhibitörleri ile ilişkili granülomatöz mastit olguları oldukça sınırlıdır. Granülomatöz

mastit ve psoriasis farklı klinik tablolar olmakla birlikte her iki hastalığın patogeneğinde immün aracılı inflamatuvar mekanizmalar rol oynamaktadır. Th1 ve Th17 ekseninden artmış sitokin üretimi ile nötrofil ve makrofaj aktivasyonu iki hastalık arasında immünopatolojik bir köprü oluşturabilir. IL-17 yolunun inhibisyonu bağışıklık yanıtının yeniden dengelenmesine yol açarak bazı olgularda paradoksal granümatöz süreçleri tetikleyebilir. Bu nedenle biyolojik tedavi sırasında gelişen atipik inflamatuvar meme lezyonlarında granümatöz mastit ayırıcı tanıda düşünölmeli ve enfeksiyöz nedenler dışlandıktan sonra multidisipliner yaklaşımla değeriendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler : granümatöz mastit,psoriasis ,secukinumab, IL-17 inhibitörü, paradoksal reaksiyon, granümatöz inflamasyon

Resimler

Resim Açıklaması: memede akıntılı,ölsere nodöler ve plak granümatöz mastit lezyonları



Resim Açıklaması: memede akıntılı,ülsere nodüler ve plak granülomatöz mastit lezyonları



Resim Açıklaması: granülomatöz mastit ve psoriasis lezyonları



Resim Açıklaması: memede akıntılı,ülsere nodüler ve plak granülomatöz mastit lezyonları



EP-47: ÇOCUKLUK ÇAĞI MİKOZİS FUNGOİDES OLGU SUNUMU

Ebru Çelik¹, Sevim Baysak¹, İlkin Zindancı¹, İtir Ebru Zemheri², Şirin Yaşar Pekcan¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Mikozis Fungoides (MF), primer kutanöz T-hücreli lenfomaların en sık görülen alt tipi olup pediatrik yaş grubunda nadir izlenir ve tüm MF olgularının yaklaşık %0.5–5’ini oluşturur. Çocukluk çağında hastalık sıklıkla uzun süre benign inflamatuvar dermatozlarla karışabildiğinden tanıda gecikmeler yaşanabilmektedir. Pediatrik MF çoğunlukla erken evrede, yama tipi lezyonlarla prezente olmakta ve erişkin başlangıçlı hastalığa kıyasla daha iyi prognoz göstermektedir. Bu çalışmada 11 yaşında bir pediatrik MF olgusu sunulmaktadır.

Hastanın dermatolojik muayenesinde alt ve üst ekstremitelerde yaygın yama tipi lezyonlar izlendi. Deri biyopsisinde kıl folikülleri ve ekrin duktuslar çevresinde atipik lenfosit infiltrasyonu saptandı; immünohistokimyasal incelemede CD7 ekspresyonunda belirgin kayıp, CD4 negatifliği ve CD8 pozitifliği gösterildi. Eşlik eden sol aksillada ultrasonografide yağlı hilusu seçilemeyen ovoid formda 13,5x7mm boyutunda lenfadenopati saptanması nedeniyle yapılan eksizyonel lenf nodu biyopsisinde MF lehine infiltrasyon izlenmedi ve hasta Evre IB olarak değerlendirildi.

Hastaya haftada üç gün dar bant UVB fototerapi, topikal kortikosteroid ve topikal beksaroten tedavisi başlandı. Yirmi seans fototerapi sonrası belirgin klinik yanıt elde edilmesi üzerine tedavi sıklığı haftada iki güne düşürüldü ve hasta takibe alındı.

Bu olgu, çocukluk çağında persistan ve tedaviye dirençli yama tipi deri lezyonlarında MF'nin ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Pediatrik MF genellikle erken evrede tanı almakta ve deri yönelimli tedavilere iyi yanıt vermektedir. Erken tanı ve uygun tedavi ile başarılı klinik yanıt elde edilebilmekte olup uzun dönem takip nükslerin izlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Kaynakça :

- Hodak E, Amitay-Laish I.
Mycosis fungoides: A great imitator.
Clinics in Dermatology. 2019;37(3):255–267.
- Pope E, Weitzman S, Ngan B, et al.
Mycosis fungoides in the pediatric population: Report of 28 cases.
Journal of the American Academy of Dermatology. 2010;62(6):1013–1020.
- Castano E, Guitart J.
Childhood mycosis fungoides: Clinical and histopathologic features.
Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery. 2010;29(3):158–163.

Anahtar Kelimeler : Mukozis Fungoides, Kutanöz T Hücreli Lenfoma, Çocuk, Fototerapi, İmmünohistokimyasal inceleme

EP-48: ANAL KARSİNOMU TAKLİT EDEN VERRÜKÖZ PERİANAL PLAK: ANOGENİTAL CROHN HASTALIĞI

Ahmet Salih Karaoğlu¹, Burçe Can Kuru¹

¹Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Crohn hastalığı, gastrointestinal sistemi tutan, kronik, alevlenme ve remisyon dönemleri ile seyreden, transmural inflamasyonla karakterize granüloamatöz bir inflamatuvar barsak hastalığıdır. Sindirim sisteminin herhangi bir segmentini etkileyebilmekle birlikte perianal tutulum klinik spektrumun önemli bir bölümünü oluşturur. Perianal hastalık; fistül, fissür, abse ve verrüköz plaklar şeklinde prezente olabilir. Anogenital deri tutulumu daha nadir görülmekle birlikte, özellikle kronik ve infiltratif verrüköz plaklar anal skuamöz hücreli karsinomu taklit ederek tanısal güçlük oluşturabilir.

OLGU SUNUMU

Biline tip 2 diyabet tanılı 57 yaş kadın hasta, yaklaşık 10 yıldır gastrointestinal yakınmalarına eşlik eden ve son yıllarda progresyon gösteren perianal verrüköz plaklar nedeniyle başvurdu. Hastanın perianal fistül nedeniyle genel cerrahi tarafından opere edildiği, operasyon sırasında alınan biyopsinin kronik inflamasyon olarak raporlandığı ancak spesifik tanı konulamadığı öğrenildi.

Dermatolojik muayenede özellikle sol perianal alanda belirgin, eritemli, infiltrate, düzensiz yüzeysel verrüköz plaklar ve fistül ağızları izlendi. Klinik görünüm nedeniyle kutanöz Crohn hastalığı, anal skuamöz hücreli karsinom ve verrüköz karsinom ayırıcı tanıda değerlendirildi.

Sol perianal bölgeden alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste hafif akantoz ve dağınık lenfosit ekzositozları izlendi. Epidermal displazi veya malign transformasyon bulgusu saptanmadı. Papiller ve üst dermiste iyi sınırlı olmayan non-kazeifiye granülom yapıları mevcuttu. Bu granülomlar epitelioid histiyositler ve multinükleer dev hücrelerden oluşmakta olup çevresinde lenfositik infiltrasyon eşlik etmekteydi. Dermiste ayrıca dağınık lenfosit ve histiyosit infiltrasyonu ile damar proliferasyonu dikkati çekmekteydi. Nekroz alanı izlenmedi. PAS ve GMS boyamalarında mikroorganizma saptanmadı ve enfeksiyöz granüloamatöz hastalık olasılığı dışlandı. Malignite lehine invaziv tümöral yapı izlenmedi.

Klinik, kolonoskopik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde olgu Crohn hastalığının anogenital deri tutulumu ile uyumlu olarak yorumlandı.

TARTIŞMA

Anogenital Crohn hastalığı, intestinal tutulumdan bağımsız veya eş zamanlı görülebilen nadir bir ekstraintestinal manifestasyondur. Klinik olarak ödemli, infiltratif veya verrüköz plaklar şeklinde prezente olabilir ve malignite ile karışabilir. Özellikle kronik fistül öyküsü ve uzun süreli inflamasyon varlığında neoplastik süreçler mutlaka dışlanmalıdır.

Histopatolojik olarak non-kazeifiye granülom varlığı tanıyı destekler; ancak enfeksiyöz etiyolojiler ve diğer granümatöz dermatozlar ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Bu olguda özel boyamalarda mikroorganizma saptanmaması ve nekrozun olmaması enfeksiyöz nedenleri dışlamada yardımcı olmuştur.

Diyabet gibi eşlik eden sistemik hastalıklar inflamatuvar süreci ve yara iyileşmesini etkileyerek klinik görünümü modifiye edebilir. Uzun süreli inflamasyon zemininde anal skuamöz hücreli karsinom gelişme riski bildirildiğinden, bu tip lezyonlarda biyopsi ile malignitenin dışlanması esastır.

SONUÇ

Uzun süreli verrüköz perianal lezyonlarda yalnızca malign süreçler değil, granümatöz inflamatuvar hastalıklar da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu olgu, klinikopatolojik korelasyonun ve zamanında biyopsinin tanısal süreçteki kritik rolünü vurgulamaktadır. Multidisipliner yaklaşım doğru tanı ve tedavi planlamasında hayati öneme sahiptir.

Kaynakça :

1. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. Lancet. 2017;389(10080):1741–1755.
2. Hellers G, Bergstrand O, Ewerth S, Holmström B. Occurrence and outcome after primary treatment of anal fistulae in Crohn's disease. Gut. 1980;21(6):525–527.
3. Andreani SM, Ratnasingham K, Dang HH, Gravante G, Giordano P. Anogenital Crohn's disease. Colorectal Dis. 2010;12(8):773–780.
4. Brown SR, et al. The diagnosis and management of anal cancer. Colorectal Dis. 2011;13 Suppl 1:3–10.
5. Aberumand B, Howard J, Habal F. Perianal Crohn's disease: a review of pathogenesis, diagnosis and treatment. World J Gastroenterol. 2017;23(3):491–501.
6. Marotta PJ, Reynolds RP. Granulomatous inflammation in Crohn's disease. Am J Gastroenterol. 1996;91(3):501–506.
7. Connell WR, Sheffield JP, Kamm MA, et al. Lower gastrointestinal malignancy in Crohn's disease. Gut. 1994;35(3):347–352.

Anahtar Kelimeler : Ayırıcı Tanı, Crohn Hastalığı, Deri Hastalıkları, Granülom, Karsinom, Patoloji

Resimler

Resim Açıklaması: Perianal bölgede eritemli zeminde infiltratif plak



EP-49: ADÖLESAN DÖNEMDE TANI ALAN KRONİK GRANÜLOMATÖZ HASTALIK: NCF4 GENİNDE YENİ BİR VARYANT

Ali Mert Gök¹, Burak Yıldız¹, Murat Doğan¹, Serdar Bozlak², Harbiye Dilek Canat¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Kronik Granülomatöz Hastalık (KGH); NADPH oksidaz kompleksindeki aktivite kaybıyla lökositlerin oksidatif mikrobisidal etkinliklerini yitirdiği, rekürren enfeksiyonlarla seyreden bir hastalıktır (1). 1/200000 sıklıkta olup CYBB gen mutasyonu ile X'e bağlı; CYBA, CYBC1, NCF1-2-4 gen mutasyonlarıyla OR kalıtılabilmektedir (2-3).

Klinik seyirde periorifisyal/perianal stafilokoksik enfeksiyonlar, pürülan apseler, lenfadenopati (LAP) ve pnömoni baskındır. Daha nadir kutanöz granülomlar, kutanöz lupus eritematozus ya da Sweet sendromu benzeri lezyonlar, aftöz stomatit, granülomatöz keilit ile skalpte folikülit veya seboreik dermatit benzeri tutulumlar görülür (4).

Geniş patojen spektrumlu KGH'de gram (+)/(-) bakteriler, mikobakteriler, mantarlar enfeksiyonlara yol açar. Aspergillus pnömonisi, invazif fungal enfeksiyonlar temel mortalite nedenidir (5). Ekstrakutanöz tutulumda LAP, hepatosplenomegali, pnömoni ve inflamatuvar bağırsak hastalığı benzeri klinikle granülomatöz kolit öne çıkar. Genitoüriner granülomlar, perihepatik apse, osteomyelit, sepsis, hemofagositik lenfohistiositoz nadirdir (6).

Tanıda nötrofil oksidatif patlama fonksiyonunu değerlendirmek amacıyla, tarama testi olan nitroblue tetrazolium (NBT) ile dihidrorodamin (DHR) akım sitometrik testi uygulanmaktadır. Kesin tanı ise genetik analizle doğrulanmaktadır (7).

OLGU:

On üç yaşında kız hasta; 2 yıldır süregelen skalpte skuamlı/egzematize plaklar, periorifisyal impetijinize görünüm, bilateral aksiller pürülan LAP ve nodüller, gövdede dissemine eritemli nekrotik kurutlu papüllerle başvurdu (Resim 1-3). Öyküsünden rekürren oral aft, karın ağrısı ve diyare nedeniyle Çölyak hastalığı yönünden tetkik edildiği saptandı. Ailede akraba evliliği, ablasında da benzer kutanöz bulgular öyküsü mevcuttu.

Laboratuvar incelemelerinde anemi ve akut faz reaktanı yüksekliği; sürüntü kültüründe S.aureus üremesi saptandı. Gövdedeki papüllerden alınan biyopsi örneğinin histopatolojisinde, derin yerleşimli apseleşen kronik inflamasyon dışında spesifik bir bulgu izlenmedi. Yüzeysel ultrasonografide, sağ lomber bölgede apseyle uyumlu görünüm, bilateral aksiller LAP saptandı.

Çocuk İmmünoloji ve Alerji hastalıkları bölümünce istenen NBT testinde KGH ile uyumlu bulgular mevcut olup hasta DHR testi için yönlendirilmiştir. Hastanın periferik kan örneğinin yeni nesil DNA dizi analizinde NCF4 geninde homozigot, literatürde tanımlanmamış yeni bir varyant saptanmıştır. Bu varyant, OR kalıtılan KGH ile ilişkilendirilmiş, aile bireylerinden de genetik analiz amaçlı periferik kan örnekleri alınmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

KGH, immün sistemin nadir bir genetik bozukluğudur. Genellikle ilk dekatta tanı alsa da tipik bulgular rağmen olgumuzda tanının 13 yaşında konulması dikkat çekicidir. Rekürren deri enfeksiyonları nedeniyle farklı kliniklere yapılan başvurular, immün yetmezlik şüphesi uyandırarak tanısal süreçte belirleyici olmuştur. NBT ve planlanan DHR testleri tanısal süreci desteklemiş; kesin tanı genetik analizle konmuştur. Literatürde

tanımlanmamış bir varyantın saptanması, olgunun literatüre sağladığı özgün katkı bakımından değerlidir.

Çocuk İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları bölümü takibindeki hastaya profilaktik trimetoprim-sülfametoksazol ve itrakonazol tedavileri başlanmıştır. Günümüzde hematopoetik kök hücre nakli, KGH için potansiyel bir küratif tedavi yöntemi olup, gen tedavilerinin gelecekte önemli bir tedavi seçeneği olabileceği düşünülmektedir (3).

Kaynakça :

1. Chiriac M, Salfa I, Di Matteo G, et al. Chronic granulomatous disease: clinical, molecular, and therapeutic aspects. *Pediatr Allergy Immunol.* 2016;27:242–253.
2. Roos D, van Leeuwen K, Hsu AP, et al. Hematologically important mutations: the autosomal forms of chronic granulomatous disease (third update). *Blood Cells Mol Dis.* 2021;92:102596.
3. Gennery AR. Progress in treating chronic granulomatous disease. *Br J Haematol.* 2021 Jan;192(2):251-264. doi: 10.1111/bjh.16939. Epub 2020 Jul 8. PMID: 32643199.
4. Winkelstein JA, Marino MC, Johnston Jr RB, et al. Chronic granulomatous disease. Report on a national registry of 368 patients. *Medicine (Baltimore).* 2000;79:155–169.
5. Friend JC, Hilligoss DM, Marquesen M, et al. Skin ulcers and disseminated abscesses are characteristic of *Serratia marcescens* infection in older patients with chronic granulomatous disease. *J Allergy Clin Immunol.* 2009;124:164–166
6. Segal BH, Leto TL, Gallin JJ, et al. Genetic, biochemical, and clinical features of the chronic granulomatous disease. *Medicine (Baltimore).* 2000;79:170–200.
7. Jirapongsananuruk O, Malech HL, Kuhns DB, et al. Diagnostic paradigm for evaluation of male patients with chronic granulomatous disease, based on the dihydrorhodamine 123 assay. *J Allergy Clin Immunol.* 2003;111:374–379

Anahtar Kelimeler : kronik granülomatöz hastalık, immün yetmezlik, enfeksiyon

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 2



Resim Açıklaması: Resim 3



EP-50: ABLATİF LAZER TEDAVİSİNE DİRENÇLİ FAVRE-RACOUCHOT SENDROMUNDA ELEKTROCERRAHİABLASYON İLE BAŞARILI TEDAVİ:OLGU SUNUMU

Göktuğ KÜLÜNK¹,Şirin YAŞAR¹,Sevim BAYSAK¹

¹SBÜ , HAYDARPAŞA NUMUNE HASTANESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİĞİ

Giriş:

Favre-Racouchot sendromu daha çok ileri yaşlarda ve erkeklerde, kronik güneş maruziyetine bağlı gelişen bir aktinik dermatozdur. ‘Komedon ve kist içeren nodüler kutanöz elastozis’ olarak da bilinir. Özellikle güneşe maruz kalan alın, burun dorsumu, malar, periorbital ve temporal bölgelerde geniş ağızlı, siyah-kahverengi, inflame olmayan komedonlar, zemindeki deride kalınlaşma ve derin kıvrımlar şeklinde solar hasara bağlı değişiklikler görülür. Etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle beraber kronik güneş maruziyeti, sigara kullanımı, radyasyon ve bazı fiziksel ajanlar ile ilişkilendirilmiştir. Bu olgumuz elektrocerrahi ablasyonun Favre-Racouchot sendromunda standart tedavilere yanıt alınamayan hastalarda güçlü bir alternatif olabileceğini göstermektedir.

Olgu Sunumu:

Elli yaşında erkek hasta, yaklaşık bir yıldır mevcut olan periorbital ve temporal bölgede hiperpigmentasyon , komedonal lezyonlar nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede geniş ağızlı, siyah-kahverengi, inflame olmayan çok sayıda açık komedon; zemindeki deride belirgin kalınlaşma , derin kıvrımlar ve sulkuslarda belirginleşme saptandı. Hastanın 20 paket/yıl sigara kullanım öyküsü ve yoğun güneş maruziyeti mevcuttu.Olgumuzun orta-ileri yaşta erkek hasta olması, yüzdeki komedonların tipik yerleşimi, uzun süreli sigara kullanımı öyküsünün olması ve yıllar içindeki güneş maruziyeti Favre-Racouchot sendromu kliniği ve risk faktörleri ile uyumlu görülmüştür.

Hastaya daha önce sistemik izotretinoin tedavisi planlanmış ancak karaciğer fonksiyon testlerindeki yükseklik nedeniyle tedavi başlanamamıştır. Ardından dış merkezde altı seans ablatif lazer tedavisi uygulanmış, ancak hasta klinik sonuçtan memnun kalmamıştır. Bunun üzerine hastaya 1 seans, 3. seviye lineer enerji dozunda elektrocerrahi ablasyon işlemi uygulanmıştır. İşlem sonrası 1 hafta kapalı pansuman ile takip edilen hastamızda 1 ay sonunda tama yakın iyileşme görüldü. Bu tedavi protokolü sonrası başvuru lezyonlarında belirgin azalma ve kozmetik açıdan anlamlı iyileşme gözlenmiştir.

Sonuç:

Bu olgu, Favre–Racouchot sendromunda sistemik retinoid kullanımının mümkün olmadığı ve lazer tedavisi gibi alternatif seçeneklere yanıt alınamayan durumlarda elektrocerrahi ablasyonun etkili bir alternatif olabileceğini göstermektedir. Bu yöntem

literatürde yer alan diğer tedavi seçeneklerine göre tedavi sürecinin daha kısa , işlem tekrarının daha az olması ve sosyal hayata erken dönüş sağlaması yönünden avantajlı görünmektedir. Son tahlilde Favre–Racouchot sendromunda risk faktörlerinin azaltılması , hastaya özgü tedavi planlaması başarılı sonuçlar açısından önem taşımaktadır.

Kaynakça :

Favre M, Racouchot J. Nodular cutaneous elastosis with cysts and comedones. Ann Dermatol Syphiligr (Paris). 1951;78:369–375.

Patterson JW. Solar elastosis and Favre-Racouchot disease. In: Patterson JW, editor. Weedon’s Skin Pathology. 4th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier; 2016. p. 372–374.

Anahtar Kelimeler : elektrocerrahi ablasyon , Favre-Racouchot sendromu , kronik güneş maruziyeti , komedon , solar elastozis

EP-51: SPONTAN İNVLÜSYON GÖSTEREN DEV KONJENİTAL HEMANJİYOM İLE DİSSEMİNE KUTANÖZ HEMANJİYOMATOZİS BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Murat Yavuz¹, Erhan Topal¹, Melekber Çavuş Özkan², Leyla Cinel³, Ayşe Deniz Yücelten¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş

Konjenital hemanjiyomlar, postnatal klinik seyirlerine göre hızlı involüsyon gösteren (RICH), involüsyon göstermeyen (NICH) ve kısmi involüsyon gösteren alt tipler halinde sınıflandırılan benign vasküler tümörlerdir. Genellikle soliterdirler ve baş bölgesi ya da ekstremitelerde yerleşim eğilimi gösterirler. Bu olguda sol uyluktaki dev kitleye eşlik eden multifokal hemanjiyomları bulunan hastanın uzun dönemdeki takibi sunulmaktadır.

Yöntem

Olgu sunumu

Bulgular

Bir aylık kız infant, doğumdan beri mevcut olan ve postnatal dönemde belirgin progresyon göstermeyen sol uyluk lokalizasyonlu dev vasküler kitle ve eşlik eden yaygın kutanöz vasküler lezyonlar nedeniyle başvurdu.

Fizik muayenede, sol uyluğun lateralinde yaklaşık 10×10 cm boyutlarında, lobüle yüzeyle, ekzofitik karakterde, sert kıvamlı vasküler kitle saptandı. Bunun yanı sıra yüz, gövde ve alt ekstremitelerde papüler ve nodüler morfolojide, bazıları kanamalı ve krutlu olmak üzere 50'den fazla kırmızı vasküler lezyon mevcuttu.

Hastanın genel durumu iyi ve hemodinamik parametreleri stabildi. Sol uyluktaki kitlenin ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları hemanjiyom ile uyumlu olarak değerlendirildi. Sakral, abdominal ve transfontanel ultrasonografik incelemelerde patolojik bulgu saptanmadı. Kraniyal MRG normaldi.

Klinik bulgular doğrultusunda hastaya dissemine konjenital hemanjiyomatozis tanısı konularak propranolol 2 mg/kg/gün dozunda tedavi başlandı. İzlem sürecinde tekrarlayan kanamalar nedeniyle seçilmiş yüz lezyonları 4 aylık iken cerrahi olarak eksize edildi ve sol uyluktaki dev kitleden insizyonel biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede fibröz septalarla ayrılmış lobüler kapiller proliferasyon izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede endotelial hücreler GLUT-1 negatif olarak saptandı.

5 aylık propranolol tedavisine rağmen anlamlı klinik yanıt elde edilememesi üzerine tedavi sonlandırıldı. İzlemde bir yaşından itibaren hem dev kitlenin hem de diğer hemanjiyomların spontan involüsyona uğradığı gözlemlendi; hasta 7 yaşına ulaştığında ise sol uyluktaki dev kitlenin tamamen gerileyerek üzerinde anjiyokeratomlar olan deri seviyesinde bir skar dokusu oluşturduğu gözlemlendi.

Tartışma

Olgumuzda klinik, histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular doğrultusunda konjenital hemanjiyom (CH) tanısı konulmuştur. GLUT-1 negatifliği, lezyonun infantil hemanjiyomdan ayırt edilmesinde önemli bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Literatürde sınırlı sayıda multifokal konjenital hemanjiyom olgusu bildirilmiş olmakla birlikte, sayısız küçük konjenital hemanjiyom ile seyreden yaygın kutanöz tutulum yeterince bildirilmemiştir. Bu yönüyle olgumuz, konjenital hemanjiyomun fenotipik spektrumunu hemanjiyomatozis benzeri bir tabloya doğru genişleten nadir bir sunum olarak değerlendirilebilir. Propranolol tedavisine yanıt alınmaması ve izlem sürecinde spontan regresyon gözlenmesi, RICH olarak değerlendirilecek konjenital hemanjiyomların doğal seyri ile uyumludur. Genetik analiz yapılmamış olmakla birlikte, özgün klinik dağılım paterni, medikal tedaviye yanıtızlık ve uzun dönem spontan involüsyon süreci dikkate alındığında, bu olgunun literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Kaynakça :

- 1-Updated classification of vascular anomalies. A living document from the International Society for the Study of Vascular Anomalies Classification Group. Goldenberg DC, Vikkula M, Penington A et al. J Vasc Anom 2025; 6: e113.
- 2-Congenital hemangiomas. Boull V, Maguiness SM. Semin Cutan Med Surg 2016; 35:124-7.
- 3-Symptomatic congenital hemangioma and congenital hemangiomatosis associated with a somatic activating mutation in GNA11. Funk T, Lim Y, Kulungowski AM et al. JAMA Dermatol 2016; 152: 1015-20.
- 4-Multifocal congenital hemangioma: expanding the pathogenesis of "neonatal hemangiomatosis". Blumenthal S, Stefano N, Cossio ML et al. Pediatr Dermatol 2019; 36: 720-22.

Anahtar Kelimeler : hemanjiyom, kapiller, infant, glukoz transporter tip 1, spontan remisyon, konjenital hemanjiyom, vasküler lezyonlar

Resimler

Resim Açıklaması: 2a: Yüz bölgesindeki hemanjiyomlar (2 ay) 2b: Eksizyonlara bağlı skar ve hemanjiyomların regresyonu görülmektedir. (7 yaş)



Resim Açıklaması: Sol uyluktaki hemanjiyomun yıllar içinde regrese olduğu görülmektedir. 1a: 2 aylık fotoğrafı 1b: 2 yaş fotoğrafı 1c: 7 yaş fotoğrafı



EP-52: LIVEDOID VASKÜLİT TEDAVİSİNDE ADALİMUMAB: DİRENÇLİ BİR OLGUDA UZUN DÖNEM KLİNİK YANIT

Sema Altan Tezcan¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, Seçil Kılar Kösemen², Gülistan Gümrükçü², İlkin Zindancı¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

GİRİŞ: Livedoid vaskülit (LV); dermal küçük damarların non-inflamatuvar trombozu ile karakterize, kronik ve tekrarlayıcı seyir gösteren nadir bir vaskülopatidir. Klinik olarak alt ekstremitelerde purpurik lezyonlar, ağrılı ülserasyonlar ve atrofie blanche gelişimi ile seyreder. Patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte trombotik mekanizmalar, endotelial hasar ve proinflamatuvar sitokinlerin, özellikle tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α)'nın rol oynadığı düşünülmektedir. Antikoagülan ve antiagregan tedaviler temel yaklaşımı oluşturmakla birlikte, dirençli olgularda immünmodülatör ve biyolojik ajanlar gündeme gelmektedir. Bu sunumda, konvansiyonel tedavilere yanıtı olmayan bir LV olgusunda bir anti-TNF ajan adalimumab ile elde edilen belirgin ve sürdürülebilir klinik yanıt paylaşılmaktadır.

OLGU: Yetmiş yaşında erkek hasta, bilinen livedoid vaskülit tanısı ile takip edilmekteydi. Pentoksifilin, enoksaparin, asetilsalisilik asit ve 5 mg prednizolon tedavisine ek olarak

analjezik ajanlar kullanmasına rağmen son iki ay içerisinde ağırlı lezyonlarında progresyon gelişti. Dermatolojik muayenesinde; bilateral bacak distallerinde eritemli zemin üzerinde, yer yer ülserasyon içeren ağırlı plak lezyonlar saptandı. Histopatolojik incelemede yüzeysel dermiste vasküler duvarlarda kalınlaşma, hiyalin değişiklikler, lümende eritrosit ve fibrin birikimleri izlenerek livedoid vaskülit ile uyumlu bulundu. Mevcut sistemik ve topikal tedavilere yanıt alınamaması üzerine adalimumab tedavisi planlandı. TNF- α inhibisyonu ile endotelial aktivasyonun ve inflamatuvar sitokin yanıtının baskılanması hedeflendi. Tedavi öncesi latent enfeksiyon taramaları yapıldı; eşlik eden inaktif hepatit B varlığında viral yük negatifti. Adalimumab 80 mg yükleme dozunu takiben, bir hafta sonra başlanarak iki haftada bir 40 mg subkütan uygulandı. Tedavinin ikinci ayında lezyonlarda belirgin gerileme, ülserlerde krutlanma ve ağrıda anlamlı azalma gözlemlendi; yeni lezyon gelişimi olmadı. Bir yıllık izlem süresince klinik yanıt korundu. İzlem sırasında latent tüberküloz açısından profilaksi uygulanmış olup viral reaktivasyon gözlenmedi. Hasta halen tedavi altında remisyonundadır.

SONUÇ: Bu olgu, trombotik mekanizmaların yanı sıra inflamatuvar yolların da rol oynadığı düşünülen livedoid vaskülitte; TNF- α inhibisyonunun dirençli olgularda hızlı, belirgin ve sürdürülebilir klinik remisyon sağlayabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, biyolojik ajan kullanımı sırasında latent enfeksiyonlar açısından düzenli tarama ve multidisipliner izlem, tedavinin güvenliği açısından kritik öneme sahiptir.

Kaynakça :

1. Hairston BR, Davis MD, Pittelkow MR, Ahmed I. Livedoid vasculopathy: further evidence for procoagulant pathogenesis. Arch Dermatol. 2006 Nov;142(11):1413-8. doi:10.1001/archderm.142.11.1413. PMID: 17116831.
2. Micieli R, Alavi A. Treatment for livedoid vasculopathy: a systematic review. JAMA Dermatol. 2018;154(2):193–202. Kerk N, Goerge T. Livedoid vasculopathy – a thrombotic disease. Vasa. 2013;42(5):317–322. doi:10.1001/jamadermatol.2017.4374
3. Dong, L., Li, Q., Yu, Y., Liang, J. and Zhang, X. (2022), Efficacy of adalimumab in the treatment of refractory livedoid vasculopathy: Case report and literature review. Dermatologic Therapy, 35: e15666. doi:10.1111/dth.15666

Anahtar Kelimeler : Vaskülit, Livedoid Vaskülopati, TNF İnhibitörü, Adalimumab

EP-53: ERİŞKİN YAŞTA BAŞLAYAN STIFF SKIN SENDROMU: NADİR BİR OLGU SUNUMU VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Faruk Furkan Aydın¹, Dilanur Sultan Seçilmiş¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, Pembe Gül Güneş², İlkin Zindancı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ,Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Stiff Skin Sendromu (SSS), deri ve subkutan dokuda progresif sertleşme ile karakterize, nadir görülen non-inflamatuvar bir bağ dokusu hastalığıdır. Bu sendrom genelde konjenital olarak veya çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadır; nadiren ailesel olgular da bildirilmiştir. Patognomonik laboratuvar veya histopatolojik bulguların bulunmaması nedeniyle tanı çoğunlukla klinik değerlendirme ile konulmaktadır. Klinik olarak özellikle fasya açısından zengin bölgelerde (omuz-pelvis kuşağı) odun sertliğinde deri endürasyonu ve eklem hareket açıklığında azalma görülebilmekle birlikte bazı olgularda hiperpigmentasyon, hipertrikoz ve subkutan nodüller de eşlik edebilmektedir. Sistemik tutulum genellikle gözlenmez ve bu ayırıcı tanıda önemli bir kriterdir. Tedavisinde erken ve sürekli fizik tedavi temel yaklaşımdır. Güncel farmakolojik tedavi seçenekleri ise sınırlı olup, çoğu yaklaşım fibrozisin regresyonundan ziyade hastalık progresyonunun durdurulmasına yöneliktir. Literatürde erişkin yaşta başlayan SSS olguları çok nadir bildirilmiştir. Bu bildiride, erişkin yaşta başlayan ve immünolojik farklılıklar gösteren bir olgu sunulmaktadır.

Olgu : Otuz bir yaşında erkek hasta karın ve bacakta sertleşme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öz geçmişi, soy geçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenede periumbilikal bölgede, bilateral uyluk medial ve posterior yüzlerinde epidermal atrofi olmaksızın deri kontüründe düzensizlik ve palpasyonda belirgin odunsu cilt sertliği saptandı. Laboratuvar incelemelerinde antinükleer antikor (ANA) pozitifliği ve eritrosit sedimentasyon hızında (ESH) yükseklik mevcuttu. Alt ekstremité manyetik rezonans görüntülemesinde (MR) her iki uylukta subkutan dokuda inflamasyon ile uyumlu sinyal artışı izlenirken, kemik ve kas yapılarında patolojik bulguya rastlanmadı. Sol uyluktan alınan insizyonel biyopside epidermis düzenli izlendi; retiküler dermiste minimal mükün birikimi, subkutan yağ dokuda adiposit tuzaklanması ve adiposit çevresini saran kaba, horizontal kollajen lifler görüldü. Klinik ve histopatolojik bulgular ışığında hastamıza SSS tanısı konuldu. Hastalığın olası progresyon riski nedeniyle kliniğimizde takibe alındı, tedavi olarak sistemik kortikosteroid tedavisi başlandı ve adjuvan olarak metotreksat eklendi. İstenilen klinik yanıtın alınamaması üzerine tedaviye UVA-1 fototerapisi ilave edildi. Bu tedavilerle de kısmi yanıt alınmasından dolayı mikofenolat mofetil ve

sekukinumab gibi immünsüpresif ajanlar da kullanıldı. Hasta, tanıdan itibaren izlem süreci boyunca düzenli fizik tedavi ve rehabilitasyon programına devam etti. Güncel tedavisi oral prednizolon, losartan ve intravenöz immünoglobulin (IVIG) şeklinde sürdürülmekte olup bu yaklaşımla hastalık progresyonunda stabilizasyon sağlandı.

Sonuç: SSS için evrensel olarak kabul edilmiş tanı kriterlerinin bulunmaması nedeniyle tanı çoğunlukla klinik ve histopatolojik korelasyon ile ayırıcı tanıların dışlanmasına dayanmaktadır. Bu durum, klasik tanımlarla örtüşmeyen olgularda tanısal güçlük yaratabilmektedir. Olgumuzda erişkin başlangıç, ANA pozitifliği ve immünsüpresif tedavilere kısmi yanıt varlığı, klasik pediatrik ve immünolojik olarak negatif fenotipten farklılık göstermektedir. Bununla birlikte bu bulgular, hastalığın değişken klinik spektrumunun bir yansıması olarak değerlendirilmelidir. Erken tanı ve uygun tedavi-rehabilitasyon yaklaşımları fonksiyonel kapasitenin korunmasında önem taşımaktadır.

Kaynakça :

- 1.Zhang C, Gao S, Sun Z, Wang T, Song H. The clinical phenotypes and therapeutic strategies for stiff skin syndrome: a case series with literature review. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2025;20:318.
2. Guiducci S, Distler JH, Milia AF, Miniati I, Rogai V, Manetti M, et al. Stiff skin syndrome: Evidence for an inflammation-independent fibrosis? Rheumatology (Oxford). 2009;48:849–52.
3. Modesti CA, Alves JP, Leopoldo LR, Bonamigo RR, Heck R. Segmental sert cilt sendromu: nadir bir hastalık raporu. Int J Dermatol. 2023; 62(4):e248–9.
- 4.Liu T, McCalmont TH, Frieden IJ, Williams ML, Connolly MK, Gilliam AE. Sert cilt sendromu: vaka serileri, sert cilt fenotipinin ayırıcı tanısı ve literatür incelemesi. Arch Dermatol. 2008; 144(10):1351–9.

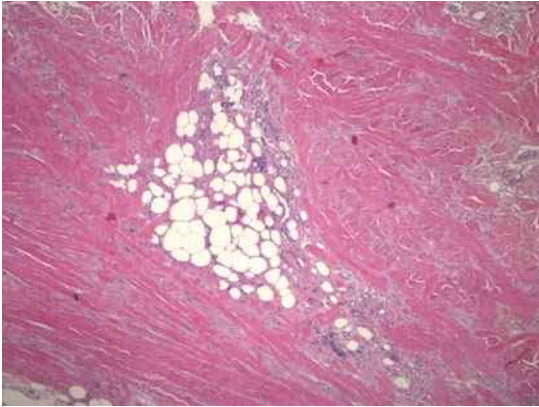
Anahtar Kelimeler : Stiff Skin Sendromu, Erişkin başlangıç, Antinükleer antikor, Fibrozis

Resimler

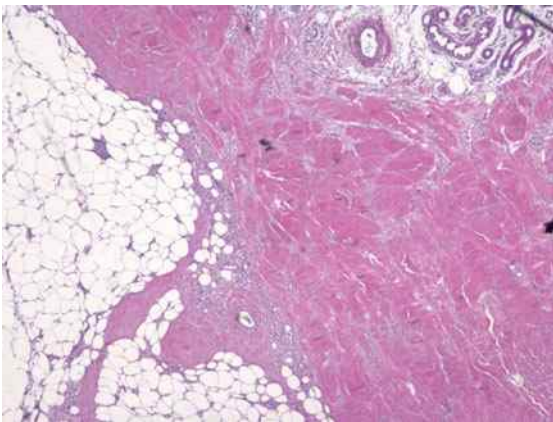
Resim Açıklaması: Uyluk medial yüzlerde deri kontüründe düzensizlik ve palpasyonda cilt sertliği



Resim Açıklaması: Adiposit tuzaklanması



Resim Açıklaması: Subkutan yağ dokuya ulaşan fibröz bantlar



Resim Açıklaması: Periumblikal bölgede görülen deri kontüründe düzensizlik



EP-54: İNFLAMATUVAR LİNEER VERRÜKÖZ EPİDERMAL NEVÜS ZEMİNİNDE BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM: NADİR VE İNSİDENTAL BİR OLGU

Emre Avcı¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, Nermin Koç², İlkin Zindancı¹

¹İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş: İnflamatuvar lineer verrüköz epidermal nevüs (ILVEN), Blaschko çizgileri boyunca uzanan, eritemli ve hiperkeratotik lineer plaklarla karakterize bir epidermal nevüs iken bazal hücreli karsinom (BCC) ise epiderminin bazal tabakasındaki keratinositlerden köken alan bir kutanöz malignitedir. Literatürde epidermal nevüs zemininde BCC gelişimi nadir bildirilmiş bir durumdur ve aralarındaki patogenetik ilişki henüz net olarak ortaya konulamamıştır.

Olgu: On yedi yaşında kadın hasta, doğumdan itibaren mevcut olan; sağ aksiller bölge, sağ lateral trunkus, alt abdomen, sağ inguinal bölge ve sağ alt ekstremitayı predominant olarak tutan, Blaschko çizgileri boyunca uzanan, unilateral dağılım gösteren, eritemli zeminde hafif verrüköz ve hiperkeratotik plaklar ile başvurdu. Klinik olarak ILVEN ön tanısı ile iki ayrı alandan deri biyopsisi alındı. Histopatolojide bazal hücreli karsinom ile uyumlu bir alan saptandı. Eksizyonel biyopsi sonrası BCC doğrulandı. Hasta, olası epidermal nevüs sendromları açısından genetik inceleme ve sistemik değerlendirme için düzenli dermatolojik takibe alındı.

Sonuç: Epidermal nevüs zemininde bazal hücreli karsinom gelişimi nadir bir durumdur ve literatürde bildirilen olguların çoğunda klinik olarak belirgin morfolojik değişiklikler

tanımlanmıştır. Buna karşın, bizim olgumuzda klinik ve dermoskopik olarak ILVEN lezyonundan ayırt edilemeyen bir alanda bazal hücreli karsinom odağının insidental olarak saptanmış olması dikkat çekicidir. Olgumuz ayrıca epidermal nevüs zemininde gelişebilecek malignitelerin erken tanısı açısından dikkatli klinik ve histopatolojik değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır.

Kaynakça :

1. Atzmony L, Ugwu N, Hamilton C, et al. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus (ILVEN) encompasses a spectrum of inflammatory mosaic disorders. *Pediatr Dermatol.* 2022;39(6):903-907. doi:10.1111/pde.15094
2. Zhang W, Ma J, Shan S, Su H. Unilateral widespread inflammatory linear verrucous epidermal nevus with ipsilateral limb contracture along the lines of Blaschko: A case report. *J Int Med Res.* 2025;53(2):3000605251318201. doi:10.1177/03000605251318201
3. Viana A, Aguinaga F, Marinho F, Rodrigues R, Cuzzi T, Ramos-E-Silva M. Basal cell carcinoma arising on a verrucous epidermal nevus: a case report. *Case Rep Dermatol.* 2015;7(1):20-24. Published 2015 Feb 20. doi:10.1159/000380846
4. Nakayama E, Azuma R, Kiyosawa T. Basal Cell Carcinoma Arising from an Epidermal Nevus: A Case Report and Review of the Literature. *J Plast Reconstr Surg.* 2022;1(2):71-74. Published 2022 Mar 2. doi:10.53045/jprs.2021-0021
5. Mordovtseva VV. Multifocal basal cell carcinoma arising within a linear epidermal nevus. *Indian Dermatol Online J.* 2015;6(1):37-38. doi:10.4103/2229-5178.148936

Anahtar Kelimeler : inflamatuvar lineer verrüköz epidermal nevüs, bazal hücreli karsinom

EP-55: KRONİK İNFLAMASYON ZEMİNİNDE GELİŞEN NADİR BİR OLGU: EKRİN SİRİNGOFİBROADENOM

Mehmet Akif Akbeniz¹, Harbiye Dilek Canat¹, Mehmet Sar¹, Ezgi Aktaş^{1, 2}

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

²T.C. İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç

Ekrin siringofibroadenom (ESFA), ektrin ter bezlerinin duktal diferansiyasyonunu gösteren oldukça nadir, genellikle benign bir deri tümörüdür. Patogenezinde neoplastik veya reaktif süreçler suçlanmaktadır. Klinik olarak soliter, multipl, lineer veya ektodermal displaziyle ilişkili tipleri bulunsada, kronik ülser, travma veya inflamasyon zemininde

gelişen "reaktif tip" en sık görülen formdur. Klinik olarak malignitelerle karışabilen, tanı alması gecikmiş ESFA olgusu, tanıya yönelik aşamalarıyla sunulmaktadır.

Vaka

81 yaşında erkek hasta, sağ ayağında dört yıldır devam eden ağrılı, kötü kokulu ve akıntılı yaralarla başvurdu. Anamnezinde aynı bölgede 20 yıldır kaşıntı olduğu ve çeşitli topikal tedaviler kullandığı ancak kesin tanı konulamadığı öğrenildi. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabet mevcuttu. Dermatolojik muayenede sağ ayak üç, dört ve beşinci falanksalar üzerinden ayak laterali boyunca topuğa kadar uzanan alanda boyutları üç-beş cm arasında değişen çaplarda, sarı-kahverengi renkli, yer yer eritemli ve yüzeyi sulantılı, yer yer verrukoz alanlar içeren, vejetatif, ekzofitik noduler ve tümoral lezyonlar izlendi (Resim 1). Verrüköz karsinom, tüberkülozis verrukoza kutis, blastomikoz ve kutane lenfoma ön tanılarıyla punch biyopsi alındı. Mikrobiyolojik değerlendirme için doku kültürü, mantar kültürü ve mikobakteri kültürü istendi. Kültürlerde spesifik bir üreme saptanmadı. Histopatolojik incelemede psödoepitelyomatöz hiperplazi ve mikst inflamatuvar infiltrasyon izlendi ve malignite dışlandı. Bunun üzerine yeniden alınan derin insizyonel biyopsi örneğinde; epidermis bazal tabakasından dermise doğru kordonlar şeklinde uzanan anastomoze epitelyal proliferasyon ve duktal yapılar içeren fibrovasküler stroma tespit edildi (Resim 2-3). İmmünohistokimyasal incelemede bu duktuslarda CEA ve EMA pozitifliği saptandı (Resim-4). Bu bulgularla hastaya Ekrin Siringofibroadenom tanısı konularak total eksizyon planlandı.

Tartışma ve Sonuç

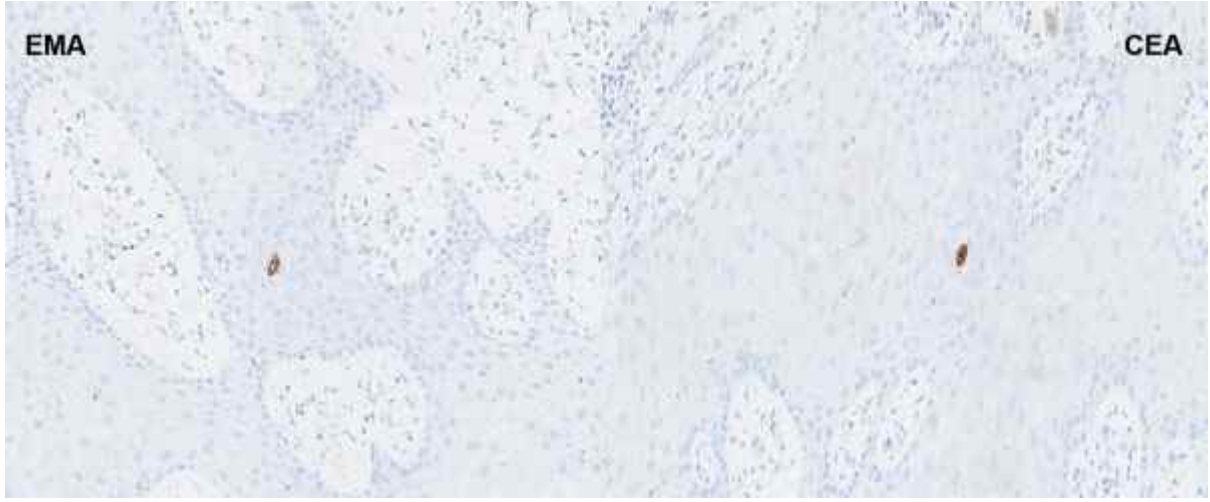
Ekrin siringofibroadenom (ESFA), ter bezlerinden köken alan ve nadir rastlanan benign adneksiyel bir tümördür. Olgumuz, 20 yıllık kronik inflamatuvar süreç ve diyabetik zemin üzerinde şekillenmesi nedeniyle tipik bir reaktif tip örneğidir. Klinik morfolojisinin verrüköz karsinom, kutanöz tüberküloz ve blastomikoz gibi hastalıklara benzemesi tanıda gecikmelere yol açabilmektedir. Özellikle verrüköz karsinom gibi agresif malignitelerle karışabilmesi, gereksiz radikal cerrahilerden kaçınmak adına derin biyopsinin ve spesifik immünohistokimyasal (CEA, EMA) boyamaların önemini artırmaktadır. ESFA yönetiminde standart bir protokol olmamakla birlikte; cerrahi eksizyon, kriyoterapi, CO₂ lazer veya yaygın vakalarda sistemik asitretin tercih edilebilir. Reaktif tiplerde altta yatan inflamasyonun kontrolü esastır.

Sonuç olarak; yaşlı hastalarda kronik inflamatuvar dermatozlar zemininde gelişen dirençli verrüköz değişikliklerde ESFA mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır. Nadir de olsa uzun süreli lezyonlarda malign dönüşüm riski bildirildiğinden, hastaların post-operatif dönemde düzenli takibi kritik öneme sahiptir.

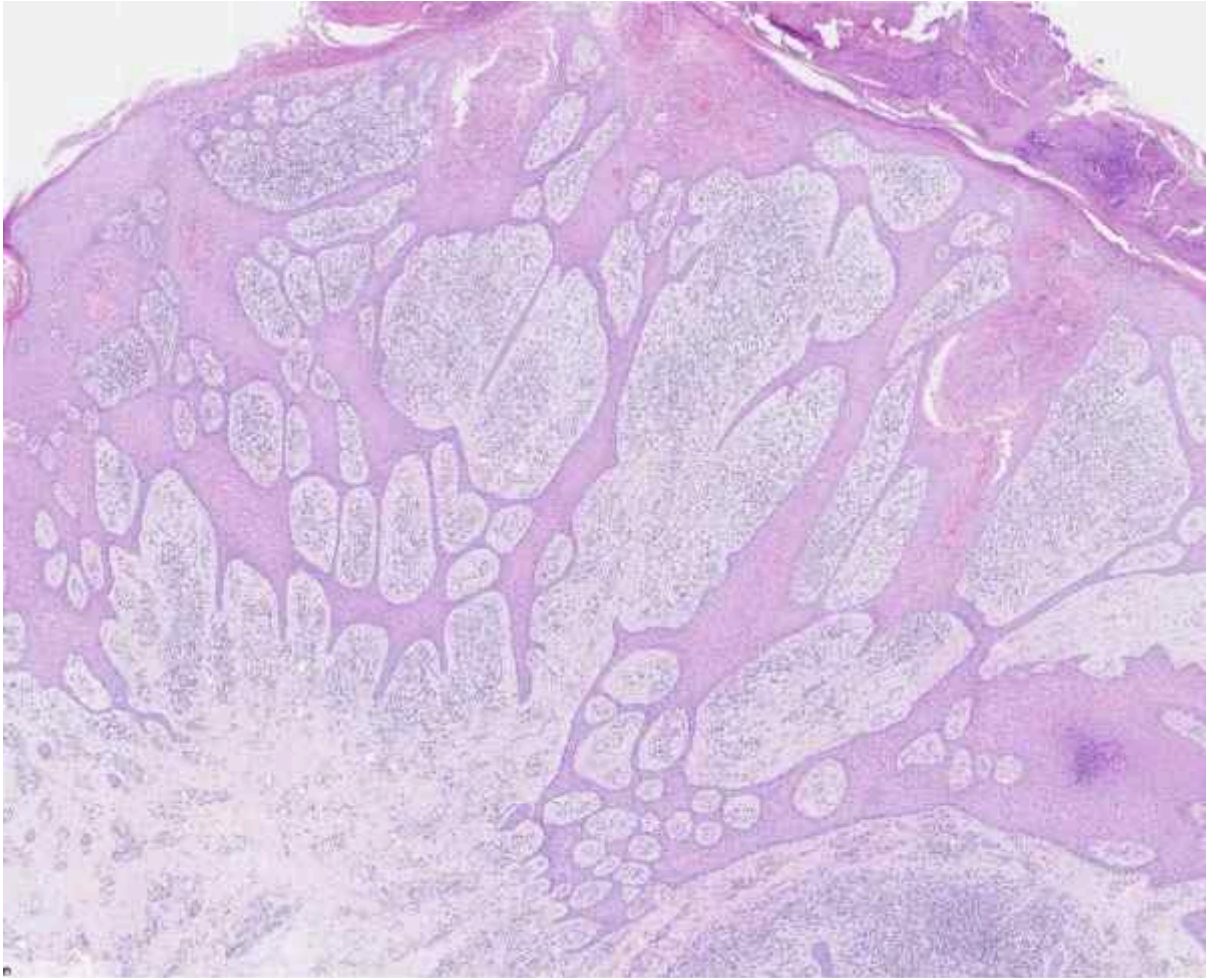
Anahtar Kelimeler : Ekrin siringofibroadenom, ekrin duktus, verrüköz tümör, CEA, EMA.

Resimler

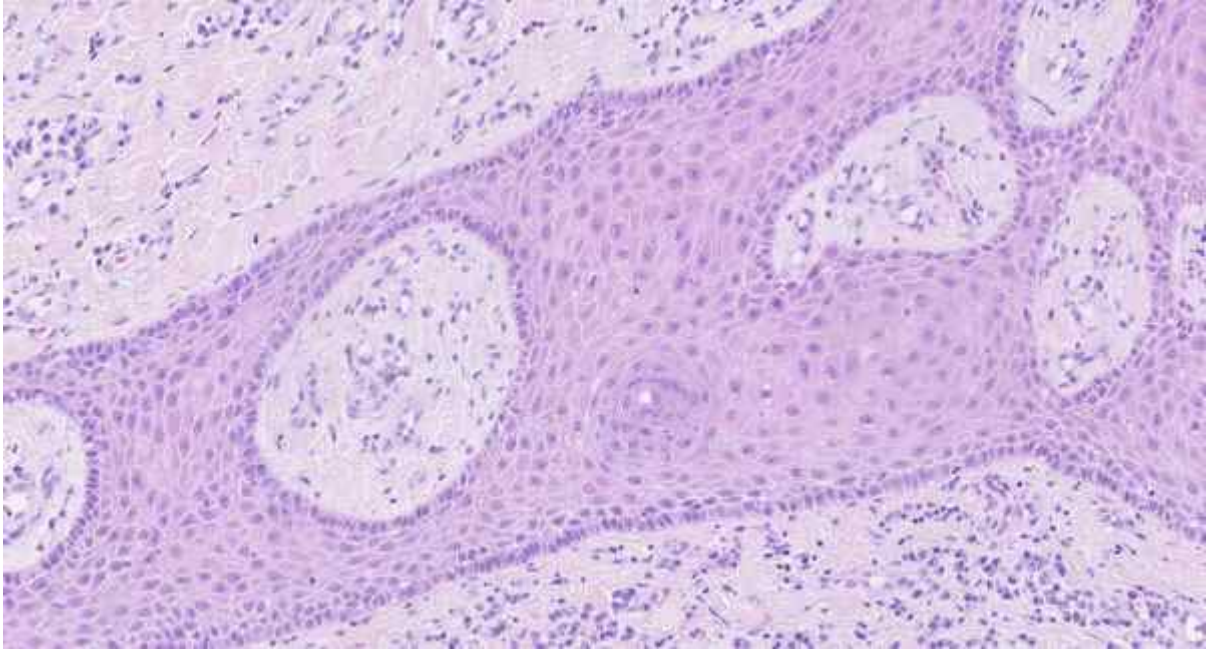
Resim Açıklaması: Resim-4



Resim Açıklaması: Resim-2



Resim Açıklaması: Resim-3



Resim Açıklaması: Resim-1



EP-56: TEDAVİYE DİRENÇLİ PEMFİGUS FOLİACEUS'UN PEMFİGUS VEGETANS DÖNÜŞÜMÜ VE MULTİSİSTEM OTOİMMÜNİTE BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Emre Avcı¹, Gökтуğ Külünk¹, Şirin Yaşar¹, Sevim Baysak¹, İlkin Zindancı¹, Gülistan Gümrükçü²

¹İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş:

Pemfigus, epidermal keratinositler arasındaki adezyonun bozulması sonucu intraepidermal bül oluşumu ile karakterize otoimmün büllöz hastalıklar grubudur. Pemfigus foliaceus, başlıca Dsg1'e karşı gelişen otoantikorlarla karakterize olup mukozal tutulum olmaksızın yüzeysel bül, erozyon ve skuamlı plaklarla seyrederken, pemfigus vegetans genellikle Dsg3'e karşı gelişen otoantikorlarla ilişkilidir ve verrüköz, hiperkeratotik ve vejetatif plaklarla karakterizedir. Pemfigus vegetans, pemfigusun en nadir klinik varyantlarından biridir. Bu bildiride, başlangıçta pemfigus foliaceus tanısı ile izlenen, izlem sürecinde pemfigus vegetans fenotipine transformasyon gösteren, rituksimab ve intravenöz immünglobulin (IVIG) tedavilerine rağmen dirençli seyreden ve multisistemik otoimmün hastalık birlikteliği olan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:

Altmış iki yaşında erkek hasta, saçlı deriden başlayarak gövde ve ekstremitelere yayılan kaşıntılı vezikülobüllöz deri lezyonları nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede yüzeysel bül ve erozyonlar ile eritemli skuamlı plaklar izlenirken mukozal tutulum saptanmadı. Histopatolojik incelemede subkorneal akantolizis, direkt immünfloresan incelemede epidermiste intersellüler IgG ve C3 birikimi saptandı ve pemfigus foliaceus tanısı konuldu. Sistemik metilprednizolon ve mikofenolat sodyum tedavisi başlandı. Takip sürecinde rituksimab ve IVIG tedavileri uygulanmasına rağmen hastalık relaplarla seyretti. İzlem sürecinde lezyonlar verrüköz, hiperkeratotik ve vejetatif plaklara evrildi. Tekrarlanan histopatolojik incelemede epidermiste hiperkeratoz, invajinasyonlar gösteren epitelyal hiperplazi ve akantolitik hücreler saptandı; direkt immünfloresan incelemede epidermiste intersellüler IgG birikimi izlendi. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda hastada pemfigus foliaceus'tan pemfigus vegetans fenotipine transformasyon geliştiği düşünüldü. İzlem sürecinde ortaya çıkan sistemik klinik ve

laboratuvar bulguları nedeniyle hastada eşlik edebilecek sistemik otoimmün hastalıklar açısından ileri incelemeler gerçekleştirildi. Hastaya iç hastalıkları tarafından Sjögren sendromu ve otoimmün hepatit/kolanjit tanıları konuldu. Transformasyon ve yeni tanılar sonrası hastanın mevcut düşük doz sistemik kortikosteroid ve mikofenolat sodyum tedavisine asitretin ve hidroksiklorokin eklendi. Hasta halen idame rituksimab ve IVIG tedavileri altında olup dermatoloji ve iç hastalıkları klinikleri tarafından multidisipliner yaklaşımla izlenmektedir.

Sonuç:

Pemfigus subtipleri arasında transformasyon nadir olmakla birlikte otoantikor profilindeki değişim ile ilişkilidir. Epitop yayılımı fenomeni sonucu klinik fenotip değişim ortaya çıkabilmektedir. Pemfigus foliaceus'tan pemfigus vegetans fenotipine transformasyon son derece nadirdir. Sunduğumuz olguda başlangıçta pemfigus foliaceus ile uyumlu bulgular mevcutken, izlem sürecinde verrüköz ve vejetatif plaklar gelişmiş ve pemfigus vegetans tanısı doğrulanmıştır. Sistemik kortikosteroid, mikofenolat sodyum, rituksimab ve IVIG tedavilerine rağmen hastalık relapslarla seyretmiştir. Sjögren sendromu ve otoimmün hepatit/kolanjit varlığı altta yatan sistemik immün disregülasyonu düşündürmektedir. Bu olgu, pemfigus foliaceus'tan pemfigus vegetans fenotipine transformasyon göstermesi, tedaviye dirençli seyri ve multisistemik otoimmün hastalık birlikteliği açısından nadir bir olgudur.

Kaynakça :

- Stanley JR. Pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus. Lancet. 1999;354(9179):667-672. doi:10.1016/S0140-6736(98)11001-6
- Amagai M, Stanley JR. Desmoglein as a target in autoimmunity and infection. J Am Acad Dermatol. 2012;66(4):545-556. doi:10.1016/j.jaad.2011.05.001
- Payne AS, Stanley JR. Pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus. Lancet. 2007;369(9575):1965-1976. doi:10.1016/S0140-6736(07)60912-8
- Jamora MJ, Jiao D, Bystryk JC. Antibodies to desmoglein 1 and desmoglein 3 and the clinical phenotype of pemphigus vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2003;48(6):976-977. doi:10.1067/mjd.2003.237
- Messersmith L, Krauland K. Pemphigus vegetans. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2021.
- Komai A, Amagai M, Ishii K, et al. The clinical transition between pemphigus foliaceus and pemphigus vulgaris correlates with changes in autoantibody profile assessed by ELISA. Br J Dermatol. 2001;144(6):1177-1182. doi:10.1046/j.1365-2133.2001.04216.x
- Harman KE, Gratian MJ, Bhogal BS, Challacombe SJ, Black MM. The transition of

pemphigus vulgaris into pemphigus foliaceus reflects changing desmoglein autoantibody levels. Br J Dermatol. 2002;146(4):684-687. doi:10.1046/j.1365-2133.2002.04664.x

Park SG, Chang JY, Cho YH, Kim SC, Lee MG. Transition from pemphigus foliaceus to pemphigus vulgaris: case report with literature review. Yonsei Med J. 2006;47(2):278-281. doi:10.3349/ymj.2006.47.2.278

Anahtar Kelimeler : pemfigus foliaceus, pemfigus vegetans, epitop yayılımı

EP-57: DARİER–ROUSSY SENDROMU ZEMİNİNDE İNFEKTİF PANNİKÜLİT VE OLASI EŞLİK EDEN MALİGNİTE: ÇOK KATMANLI BİR OLGU

Göktuğ Külünk¹, Meltem AKGÜN¹, Şirin YAŞAR¹, Sevim BAYSAK¹, İlkin ZİNDANCI¹, Nermin KOÇ², Enes Furkan KÜÇÜK²

¹SBÜ , HAYDARPAŞA NUMUNE HASTANESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİĞİ

²SBÜ , HAYDARPAŞA NUMUNE HASTANESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş

Darier–Roussy sendromu, akciğer dışı sarkoidozun nadir görülen subkutan formudur ve non-kazeifiye granülomlarla seyreden lobüler pannikülit ile karakterizedir. İnfektif pannikülit ise genellikle immünsüpresyon veya malignite zemininde gelişen, akut inflamatuvar yanıtla seyreden nadir bir tablodur. Bu iki durumun birlikte görülmesi tanısal güçlük oluşturabilir.

Olgu Sunumu

Kırk üç yaşında kadın hasta, üç aydır her iki alt ve üst ekstremitelerde deri renginde veya hiperpigmente , ağrılı, akıntılı, yer yer sarı-siyah krutlu ülseratif nodüller ile başvurdu. Öz geçmişinde üveit ve lezyonların çıkışıyla eş zamanlı olarak kırsal bölgeye seyahat öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenede malar eritem, malar bölgede papülonodüler lezyonlar ve bilateral ekstremitelerde eritemli, ağrılı subkutan nodüller ve diyaskopide elma jölesi görünümü izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde lenfopeni, anemi, ACE yüksekliği, hiperkalsemi, hiperkalsiüri ve akut faz reaktanlarında artış saptandı; ANA, ANCA , IGRA ve diğer serolojik testler negatif, PPD anerjik bulundu. Ultrasonografi ve MRG bulgularında hepatosplenomegali saptandı ve multiple subkutan nodüler görüntü pannikülit ile uyumluydu.

Derin insizyonel biyopsilerde lobüler paternde pannikülit, epiteloid histiyositler, multinükleer dev hücreler ve granülom yapıları yanında yaygın nekroz, mikroabse

odakları ve bakteri kolonizasyonu görüldü. Panniküitlere histopatolojik yaklaşım algoritmasında Darier-roussy ve infektif pannikülit ön tanıları ile uyumlu bulundu. Oftalmolojik değerlendirmede sarkoidoza sekonder inaktif granülomatöz panüveit saptandı. Akciğer tutulumu yoktu.

Kan ve alt ekstremitelerde fluktuasyon gösteren nodülden yapılan abse kültürlerinde MSSA üremesi üzerine geniş spektrumlu antibiyotik ve antifungal tedaviler uygulanmasına rağmen klinik yanıt sınırlı kaldı. Sistemik kortikosteroid (60 mg/gün IV metilprednizolon) başlanması sonrası belirgin klinik ve laboratuvar iyileşme gözlemlendi. MR görüntülemesinde insidental olarak saptanan uterin kitleye yönelik yapılan malignite taramasında CA-125 yüksekliği görülmesi üzerine yapılan ayrıntılı ultrasonografi ve pelvik MR görüntülemesinde uterin ve over kitleleri saptandı; cerrahi planlandı.

Sonuç

Bu olgu, Darier–Roussy formunda akciğer dışı sarkoidoz ile infektif pannikülitin birlikte görülebileceğini ve enfeksiyon tedavisine dirençli olgularda altta yatan granülomatöz/inflamatuvar sürecin mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca infektif pannikülit olgularında hastada immünsüpresyona sebep olabilecek olası ek hastalıklar ve ek hastalıklara bağlı uygulanan tedaviler göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynakça :

Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. Dermatology. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2025. Sarcoidosis: p. 1549–1564; Panniculitis: p. 1671–1694.

Griffiths CEM, Barker J, Bleiker TO, Chalmers RJG, Creamer D, editors. Rook's Textbook of Dermatology. 10th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2023. Sarcoidosis; Panniculitis chapters.

Ungprasert P, Crowson CS, Matteson EL. Clinical characteristics of sarcoidosis: an epidemiologic study. Mayo Clin Proc. 2019;94(9):1837–1845.

Requena L, Sánchez Yus E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis. J Am Acad Dermatol. 2001;45(3):325–361.

Anahtar Kelimeler : Darier–Roussy sendromu, subkutan sarkoidoz, lobüler pannikülit, infektif pannikülit, non-kazeifiye granülom, panüveit, hiperkalsemi, ACE yüksekliği, malignite ilişkisi , Bakteri kolonizasyonu

EP-58: DİRENÇLİ HAİLEY HAİLEY HASTALIĞINDA DUPİLUMAB TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Elif Şahin¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, Gülistan Gümrükçü²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Hailey hailey hastalığı (benign familyal pemfigus), ATP2C1 gen mutasyonuna bağlı gelişen otozomal dominant kalıtılan bir genodermatozdur. Lezyonlar başlıca travmanın fazla olduğu intertrijinal bölgelerde oluşur. Genellikle, eritemli zeminde masere, erode, üzeri krutlu plaklar, veziküller, ağrılı fissürler ve vejetatif plaklarla kendini gösterir. Literatürde konvansiyonel tedavilere dirençli hastalıkta dupilumab kullanımının etkili olduğuna dair olgu raporları bulunmaktadır. Biz bu olgumuzda konvansiyonel tedavilere dirençli hailey hailey olgusu sunmaktayız.

OLGU: Altmış yedi yaşında kadın hasta kliniğimize 15 senedir olan bilateral koltuk altı, kasıklar ve meme altlarında kızamık kaşıntılı yaralar şikayetiyle başvurdu. On beş senedir dış merkezde hailey hailey hastalığı tanısı ile takip edilmekte, hastanın babası ve kardeşinde de hastalık öyküsü bulunmaktaydı. Lezyonlarında alevlenme olması sebebiyle bir senedir oral prednizolon ve topikal kortikosteroid tedavisi almaktaydı. Hastanın aldığı tedavilere rağmen aktif lezyonları devam edip şikayetleri artış gösterdiğinden, punch biyopsi ve DİF (difüz immünfloresan) inceleme yapıldı. Histopatolojide, epidermiste hiperkeratoz, parakeratoz ve keratin tabakası içinde bol polimorfonükleer hücre, keratinositlerde intraepidermal ve suprabazal akantoz ve tipik “yıkılmış tuğla duvar görünümü” izlendi. DİF’de boyanma saptanmadı. Mevcut histopatolojik bulgular hailey hailey hastalığı ile uyumlu olarak raporlandı. Daha önce uzun süreli sistemik tetrasiklin, prednizolon; topikal steroid, antibiyotik ve antifungal tedaviden fayda görmeyen hastamıza, oral prednizolon tedavisi kademeli olarak kesilerek 25 mg/gün asitretin tedavisi başlandı. Yeterli klinik yanıt görülmediğinden asitretin kesilip hastaya metotreksat 10 mg/hf tedavisi başlandı. Metotreksat başlandıktan sonra takiplerinde gastrointestinal yan etkiler görülmesi ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme olması sebebiyle metotreksat tedavisi kesildi. Hastamıza dupilumab tedavisi planlandı. Altı yüz mg yükleme dozu sonrasında 2 haftada bir 300 mg subkutan uygulama olacak şekilde tedavi uygulandı. Hasta 3 aydır dupilumab tedavisi altında kliniğimizde takip edilmekte, lezyonları ve şikayetleri gerileme eğilimindedir.

SONUÇ: Hailey–Hailey hastalığının patogeneğinde temel mekanizma keratinosit adezyon defekti olmakla birlikte, kronik inflamasyon ve pruritusun hastalığın alevlenmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Dupilumabın IL-4 ve IL-13 aracılı tip 2 inflamasyonu baskılaması, kaşıntıyı azaltması ve epidermal bariyer fonksiyonunu iyileştirmesi yoluyla klinik iyileşmeye katkı sağlayabileceği öne sürülmektedir. Literatürde dirençli Hailey–Hailey hastalarında dupilumab kullanımı ile ilgili sınırlı sayıda olgu bildirimi bulunmaktadır. Bu olgularda genellikle 600 mg yükleme dozunu takiben iki haftada bir 300 mg idame tedavi uygulanmış ve çoğu hastada belirgin klinik iyileşme bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da literatürde bildirilen olgulara benzer şekilde, uzun süredir konvansiyonel tedavilere dirençli seyreden hastalıkta dupilumab tedavisi sonrası ilk üç aylık takipte lezyonlarda ve semptomlarda belirgin gerileme izlenmiştir. Bu bulgular dupilumabın konvansiyonel tedavilere dirençli veya bu tedavileri tolere edemeyen Hailey–Hailey hastalarında etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir. Dupilumab, konvansiyonel tedavilere dirençli hastalarda umut verici bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler : Hailey hailey, Akantoliz, Dupilumab

EP-59: NADİR BİR OLGU BİRLİKTELİĞİ: NEKROBİYOTİK KSANTOGRANULOM VE EŞLİK EDEN ÖNEMİ BELİRSİZ MONOKLONAL GAMMOPATİ

Yiğit Emre Yilmazer¹, Cansu Özdemir Yilmazer¹, Harbiye Dilek Canat¹, İbrahim Halil Yavuz¹

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

GİRİŞ

Nekrobiyotik ksantogranülom (NKG), kırmızı-kahverengi, morumsu veya sarımsı papüller ve nodüllerinin gelişmesiyle karakterize olan zamanla infiltrate plaklara dönüşebilen bir non-langerhans hücreli histiyositoz türüdür(1). NKG'nin en sık görüldüğü yer göz çevresidir. Hastalarda göz, solunum, kalp veya diğer sistemik tutulumlar görülebilmektedir. NKG'li hastaların çoğunda monoklonal gammopati (MG) de eşlik edebilmekte, bunun yanında diğer hematolojik maligniteler de görülebilmektedir(2). 42 yaşında kadın hasta, NKG'nin nadir olması ve eşlik eden MG'nin kutanöz bulgular sonrası tanı alması nedeniyle, dermatolojinin sistemik hastalıkların tespitindeki önemine dikkat çekmek amacıyla sunulmaktadır.

OLGU

42 yaşında kadın hasta yaklaşık bir yıldır, bacaklarda yer alan, ağrılı şişlikler sebebiyle kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde bilateral alt ekstremitede eritemli, üzeri hafif skuamli infiltrate görünümde palpasyonla sert kıvamda plak-nodüller gözlemlendi (Resim 1). Hastanın alt ekstremitedeki eritemli nodülünden derin insizyonel biyopsi alındı.

İşlem sonrası biyopsi alınan bölgede deri bütünlüğünün sağlanamadığı ve ülserleşme olduğu görüldü (Resim 2). Histopatolojik incelemede, tüm dermiste ve subkutan yağ dokuda sınırları çok belirgin olmayan epitelooid histiyosit ve çok çekirdekli dev hücrelerden oluşan granülom yapılarının varlığı, kollajen liflerde yer yer nekrobiyozis ve plazma hücrelerinden zengin perivasküler infiltrasyon saptanması üzerine nekrobiyotik ksantogranulom ile uyumlu olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemelerinde sitopeni saptanan hasta hematoloji bölümüne yönlendirildi. İleri araştırma amacıyla hastadan yapılan kemik iliği biyopsi sonucunda hastaya önemi belirsiz MG tanısı koyularak, düzenli takip önerildi. Hasta, altta yatan hastalığın seyrine ve dermatolojik lezyonlarına yönelik semptomatik tedavi ile takip edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Non-langerhans hücreli histiyositozlar içerisinde yer alan nekrobiyotik ksantogranulom (NKG), çoğunlukla monoklonal gammopati (MG) ile ilişkilidir ve bu oran yaklaşık %80 civarındadır(3). MG'ler dışında poliklonal gammopatiler, B hücreli lenfoma, kronik lenfositik lösemi, Waldenström makroglobulinemisi de eşlik edebilmektedir. Hematolojik bozukluklar, NKG'nin kutanöz belirtilerinden önce veya sonra ortaya çıkabilmektedir ve genellikle iki tanı arasında birkaç yıl bulunmaktadır(4). Olgumuzda kutanöz lezyonların tanı alması sonucu yapılan tetkiklerle altta yatan hematolojik hastalık tespit edilmiştir. NKG'nin tedavisi zordur ve tedavi seçeneklerine ilişkin veriler sınırlıdır, bu da en iyi tedavi yaklaşımını belirsiz hale getirmektedir. Altta yatan malignite tedavisi önem arz etmektedir(5). Bu noktada klorambusil, melfalan gibi alkileyici ajanlar yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunun dışında sistemik kortikosteroid, intravenöz immunglobulin gibi tedaviler de seçenekler arasında yer almaktadır.

Sonuç olarak NKG tanısı alan hastalar, eşlik edebilecek hematolojik maligniteler açısından taranmalıdır ve multidisipliner yaklaşımla tedavi ve takip süreci yönetilmelidir.

Kaynakça :

1. Kossard S, Winkelmann RK. Necrobiotic xanthogranuloma with paraproteinemia. J Am Acad Dermatol 1980; 3:257.
2. Mehregan DA, Winkelmann RK. Necrobiotic xanthogranuloma. Arch Dermatol 1992; 128:94.
3. Spicknall KE, Mehregan DA. Necrobiotic xanthogranuloma. Int J Dermatol 2009; 48:1.
4. Wood AJ, Wagner MV, Abbott JJ, Gibson LE. Necrobiotic xanthogranuloma: a review of 17 cases with emphasis on clinical and pathologic correlation. Arch Dermatol 2009; 145:279.
5. Steinhelfer L, Kühnel T, Jäggle H, et al. Systemic therapy of necrobiotic xanthogranuloma: a systematic review. Orphanet J Rare Dis 2022; 17:132.

Anahtar Kelimeler : nekrobiyotik ksantogranulom, MGUS, gammopati

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 2



EP-60: VERRÜKÖZ LEZYON İLE BAŞLAYAN GENİTAL PİYODERMA GANGRENOZUM: TANI GECİKMESİ VE REKONSTRÜKSİYON GEREKTİREN NADİR BİR OLGU

Yekbun Yaşa¹, Zafer Türkoğlu¹, İbrahim Halil Yavuz¹

¹ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi; Deri Ve Zührevi Hastalıkları

Amaç:

Genital bölgede verrüköz lezyon ile başlayarak uzun süre farklı tanımlarla izlenen ve tanı gecikmesi nedeniyle destrüktif seyir gösteren piyoderma gangrenozum (PG) olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu ve Bulgular:

Elli bir yaşında erkek hasta, 2020 yılında peniste siğil benzeri lezyon nedeniyle başvurdu. Başlangıçta dermatit düşünülerek topikal kortikosteroid tedavisi verildi ancak klinik yanıt alınamadı. İzleyen dönemde viral enfeksiyon ön tanısıyla antiviral tedaviler uygulandı ve lezyona koterizasyon yapıldı. Buna rağmen lezyon progresyon göstererek ülseratif karakter kazandı. İyileşmeyen ülser nedeniyle inguinal bölgeden deri grefti uygulanmış ancak greft tutmamış ve greft alanında keloid gelişmiştir. Lezyonların ilerlemesi üzerine hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırılarak değerlendirildi. Klinik bulgular, histopatolojik inceleme ve enfeksiyon, malignite ve vaskülit gibi diğer olası nedenlerin dışlanması sonucunda 2023 yılında piyoderma gangrenozum tanısı konuldu. Başlanan siklosporin tedavisi akut pankreatit gelişmesi nedeniyle kesildi ve biyolojik tedaviye geçildi. İnfliksımab tedavisi ile lezyonlarda belirgin klinik iyileşme sağlandı. Tedavi öncesi yapılan taramalarda saptanan Quantiferon pozitifliği nedeniyle izoniazid profilaksisi uygulandı. İzlem sürecinde ülseratif lezyonların epitelize olduğu ve aktif hastalık bulgusu kalmadığı gözlemlendi. Uzun süreli hastalık seyri ve genital yerleşimli destrüktif lezyonlar sonucunda hastada belirgin doku kaybı gelişmiş ve buna bağlı erektil disfonksiyon ortaya çıkmıştır. Hasta rekonstrüktif cerrahi açısından dış merkezde değerlendirilmiş ve başarılı bir genital rekonstrüksiyon uygulanmıştır. Cerrahi sonrası fonksiyonel ve kozmetik açıdan belirgin düzelme sağlanmıştır.

Tartışma ve Sonuç:

Piyoderma gangrenozum klinik ve histopatolojik olarak spesifik bulgular göstermemesi nedeniyle çoğunlukla bir ekartasyon tanısıdır ve özellikle atipik lokalizasyonlarda tanı gecikebilmektedir. Sunulan olguda lezyonun verrüköz görünümde başlaması ve genital yerleşimli olması başlangıçta dermatit ve viral enfeksiyon gibi daha sık görülen hastalıkları düşündürmüş, bu durum tanı sürecini geciktirmiştir. Ayrıca uygulanan koterizasyon ve greftleme girişimleri sonrasında lezyonların progresyon göstermesi PG'de tanımlanan paterji fenomeni ile uyumludur. Tanı gecikmesi hastada belirgin doku kaybına ve fonksiyonel kayba yol açmış, rekonstrüktif cerrahi gereksinimi doğurmuştur.

Buna karşın biyolojik tedavi olarak infliksimab uygulanması sonrasında hızlı ve belirgin klinik iyileşme sağlanması, anti-TNF ajanların dirençli veya ağır seyirli PG olgularında etkin bir tedavi seğeneği olduğunu desteklemektedir. Bu olgu, verrüköz veya atipik görünümlü kronik genital ülserlerde piyoderma gangrenozumun ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulması gerektiğini ve erken tanı ile uygun immünsüpresif tedavinin geri dönüşü olmayan doku kaybını önleyebileceğini göstermektedir.

Kaynakça :

Cheema AN, Tariq H, Touqir JB, et al.

Idiopathic genital pyoderma gangrenosum successfully treated with infliximab biosimilar.

J Pak Assoc Dermatol. 2024

Chicha H, Taharboucht S, Tiboune N, et al.

Genital pyoderma gangrenosum revealing Behçet's disease: a case report.

Egypt J Intern Med. 2021

Telaku S, Velu A, Polloshka A, et al.

Effectively using infliximab to treat pyoderma gangrenosum: case report.

Biomed Pharmacol J. 2024

Xu X, Lv X, Huang Z, et al.

Long-term remission achieved in pyoderma gangrenosum treated with surgery and infliximab.

Rev Esp Enferm Dig. 2024

Zaman M, Martinez R, Mayur O, et al.

Use of biologic therapies in the management of pyoderma gangrenosum: a systematic review.

Arch Dermatol Res. 2024.

Anahtar Kelimeler : Genital Diseases, Infliximab, Pyoderma Gangrenosum, Skin Ulcer

Resimler

Resim Açıklaması: Lezyon başlangıcı



Resim Açıklaması: İnfliximab öncesi progrese olan pyoderma gangrenosum



Resim Açıklaması: Pyoderma gangrenosuma progresyon



Resim Açıklaması: Başarılı rekonstruksiyon sonrası dönem



EP-61: DİRENÇLİ BÜLLÖZ PEMFİGOİD VE EŞLİK EDEN ALOPESİ UNİVERSALİS OLGUSUNDA MİKOFENOLAT MOFETİL VE TOFASİTİNİB KOMBİNASYONU

Melike Şule Kaya¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹

¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Giriş:

Büllöz pemfigoid , otoimmün subepidermal büllöz bir dermatoz olup nadiren saçlı deri tutulumu ve yaygın alopesi ile seyredebilir. Alopesi universalis ise tüm saçlı alanların tutulduğu otoimmün bir kıl kaybı formudur ve büllöz pemfigoid ile birlikteliği oldukça nadir bildirilmekle birlikte otoimmün hastalıklar bir arada olabilmektedir. Bu olguda uzun süreli dirençli büllöz pemfigoid ve eşlik eden yaygın alopesi nedeniyle takip edilen genç yaş bir hasta sunulmaktadır.

Yöntem / Olgu Sunumu:

Yirmi üç yaşında kadın hasta, 8 yıl önce lomber bölgede başlayıp zamanla tüm vücuda yayılan eritemli, kaşıntılı plaklar, erode lezyonlar ve progresif saç ile kaş kaybı şikayetleri nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde büllöz pemfigoid tanısı ile metotreksat, dapson, kolşisin ve prednizolon tedavileri aldığı, ancak deri lezyonlarının tekrarladığı öğrenildi. Tanının doğrulanması amacıyla tarafımızca yapılan punch biyopsi sonucu büllöz pemfigoid ile uyumlu bulundu. Bunun üzerine hastaya oral mikofenolat mofetil (1000 mg/gün) ve prednizolon tedavisi başlandı. Büllöz lezyonlara alopesi universalisin eşlik etmesi nedeniyle tofasitinib için endikasyon dışı kullanım başvurusu yapıldı. Gerekli süreçlerinin tamamlanmasının ardından tofasitinib 10 mg/gün tedaviye eklendi. Takip sürecinde hastada son iki yıldır yeni büllöz lezyon gelişimi izlenmedi. Kaşlarda ve saçlı derinin frontal bölgesinde yeniden kıl çıkışı gözlemlendi. Hasta halen mikofenolat mofetil ve tofasitinib tedavilerini almakta olup kliniğimizde takip edilmektedir.

Sonuç / Tartışma :

Büllöz pemfigoid genellikle ileri yaş hastalığı olarak bilinmesine rağmen genç yaşta görülen olgular klinik açıdan daha atipik seyredebilir ve farklı otoimmün hastalıklarla birliktelik gösterebilir. Bu olguda yaygın alopesi gelişimi büllöz pemfigoid için tipik bir bulgu olmayıp, altta yatan ek otoimmün mekanizmaların varlığını düşündürmektedir. Olgumuz, büllöz pemfigoid ve alopesi universalis birlikteliğinde immünomodülatör olarak tedaviye eklenen JAK inhibitörlerinin potansiyel etkinliğine dikkat çekmesi açısından bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler : B  ll  z pemfigoid, Alopesi universalis, Otoimm  n hastalıklar, JAK inhibit  rleri, Tofasitinib, mikofenolat mofetil

Resimler

Resim Açıklaması: Sağ lateral



Resim Açıklaması: Posterior



Resim Açıklaması: Anterior



Resim Açıklaması: Sol lateral



EP-62: LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZ: DÖRT OLGUDA KLİNİK ÇEŞİTLİLİK

Merve Şahin¹, Ayşe Deniz Yücelten¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç : Langerhans Hücreli Histiyositoz(LHH), medyan tanı yaşı yaklaşık 30 ay olan ve her yaşta görülebilen inflamatuvar özellikler gösteren bir miyeloid neoplazidir. Çocukluk çağında yıllık insidansı milyonda yaklaşık 5 olgudur. Bu çalışmada Temmuz 2024–Aralık 2025 tarihleri arasında kliniğimize başvuran dört pediatrik LHH olgusu sunulurken, özellikle hastalığın heterojen deri bulgularına dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu1: Yaklaşık 1 aydır mevcut olan ağız içi lezyon nedeniyle kliniğimize başvuran 3 yaş kız hasta tek taraflı kulakta akıntı ,temporal kemik şişliği nedeniyle KBB kliniğinde yakın zamanda değerlendirilmişti. Saçlı deride hemorajik krutlu sarı skuamlı plakları, inguinal kıvrımlar çevresinde eritemi mevcuttu.Mukozal,kemik ,deri biyopsi sonucu LHH uyumu idi.

Olgu2: İki yaş erkek hasta,tekrarlayan egzama şikayeti ile kliniğimize başvurdu.Öncesinde çoklu dermatoloji başvurusu mevcuttu ve topikal antifungal,

bariyer krem ve steroidlerden yeterli yanıt alamamıştı. Görüntülemelerde spontan kemik defektleri saptandı. Saçlı deride sarı skuamlar, frontal kemikte çıkıntı ve inguinal kıvrımlarda peteşiyal lezyonları mevcuttu. Kanama parametreleri normaldi..Kemik kitle eksizyonu ve deri biyopsisi sonucu LHH uyumluydu.

Olgu3: Doğumdan beri mevcut olan vertebra kitlesi nedeniyle opere edilen hastada saçlı deri ve dış kulak yolunda egzama öyküsü de mevcuttu. Saçlı deride dağınık sarı skuamlar, inguinal kıvrımlarda eritemli purpurik lezyonlar izlendi. Sırt bölgesinde skar çevresinde eritemli skuamlı papüller mevcuttu. Dış kulak yolunda travma ya da enfeksiyon olmadan gelişmiş kanlı akıntı ve hemorajik krutlar mevcuttu. Kemik eksizyonu sonucu LHH ile uyumlu bulundu. Deri bulguları primer hastalık ilişkili düşünüldü.

Olgu 4: Dört aylık kız hasta, Kliniğimize doğumdan beri mevcut olan vücutta eritemli, hemorajik vezikülopapüller, saçlı deride yoğun skuamlanma nedeniyle başvurdu. Viral seroloji olağandı. Deri biyopsisi LHH uyumluydu. Hastada sistemik tutulum saptanmadı. Takiplerinde gingival hiperplazik alanlar ve palatumda sert plak lezyon gelişti.

Tartışma ve Sonuç: Pediatrik LHH’de deri bulguları çoğunlukla ilk klinik belirtidir ve seboreik dermatit ile karışabilir. Ancak lezyonlar yalnızca seboreiform skuamlarla sınırlı değildir; peteşilerden intertrigo benzeri eritemlere ve hemorajik papül-nodüllere kadar geniş bir spektrumda görülebilir. Heterojen prezentasyon tanıda gecikmeye yol açabilmektedir.

Oral mukozal tutulum LHH’de nadir olmakla birlikte serimizde iki olguda eş zamanlı gözlenmiştir. Gingival hiperplazi ve ülseratif/plak benzeri lezyonlar özellikle kemik tutulumu ile birlikte görüldüğünde dikkatle değerlendirilmelidir. İzole kutanöz tutulum genellikle iyi prognozludur; buna karşın erken yaşta başlangıç, kemik, risk organ tutulumu agresif seyirle ilişkilidir. Seboreik dermatit veya dirençli egzama görünümüne peteşi, purpura, hemorajik papül ya da intertriginöz döküntü eşlik ediyorsa LHH mutlaka akılda tutulmalıdır. Erken dermatolojik farkındalık, sistemik yayılımın zamanında saptanması ve prognozun iyileştirilmesi açısından belirleyicidir.

Kaynakça :

Kaynaklar

1. Badalian Very G, et al. Recurrent BRAF mutations in Langerhans cell histiocytosis. Blood. 2010;116:1919 23.
2. Allen CE, Merad M, McClain KL. Langerhans cell histiocytosis. N Engl J Med. 2018;379:856 68.
3. Haupt R, et al. Langerhans cell histiocytosis (LCH): ESMO Clinical Practice

Guidelines. Ann Oncol. 2013;24 Suppl 6:vi125 vi128.

4. Grois N, et al. Central nervous system disease in Langerhans cell histiocytosis. J Clin Oncol. 2006;24:15 21.

5. Morren MA, et al. Self healing and congenital Langerhans cell histiocytosis. Br J Dermatol. 2005;153:307 16.

6. Recent review, 2023, Pediatr Blood Cancer.

7. Recent case series, 2024, J Am Acad Dermatol.

8. Velazquez J, McClain KL, Lupo PJ, Allen CE, Scheurer ME, Peckham Gregory EC.

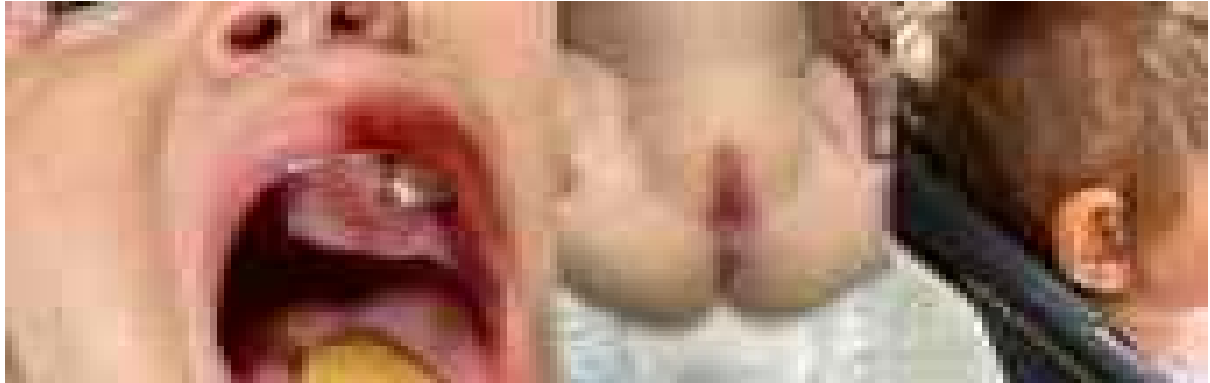
Abstract 2297: Racial and ethnic disparities in incidence of Langerhans cell histiocytosis differ across age groups. Cancer Res. 2025 Apr

15;85(8_Supplement_1):2297. doi:10.1158/1538 7445.AM2025 2297.

Anahtar Kelimeler : langerhans hücreli histiyositoz, seboreik dermatit, peteşi

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1a:Damaktaki sert anjiyomatöz lezyon, 1b: İnguinal kıvrımlardaki eritem 1c:Skalp te sarı skuamlu zemini hemorajik plak lezyonlar



Resim Açıklaması: Resim 2a: İnguinal kıvrımda yoğun eritem abdomende horizontal uzanımlı peteşiler 2b:Frontal kemik çıkıntısı ve skalpte peteşiler , 2c:Saçlı deride sarı skuamlar ve dağınık purpurik lezyonlar , 2d:Kaşta peteşiler



Resim Açıklaması: Resim 3a: Saçlı deride eritemli zeminde yoğun yapışık skuamlar, 3b : Dış kulak yolunda hemorajik krutlar, 3c: Sırt bölgesinde eritemli skuamlı papüller , 3d:İnguinal kıvrımlarda eritem ve alt abdomende purpurik döküntü , 3e:Kulak arkasında eritemli zeminde beyaz skuamlar



Resim Açıklaması: Resim 4a: Takiplerde gelişen oral mukozada beyaz plak ve gingival hiperplazi, 4b, 4c: Vücutta gelişen farklı klinik karakterde eritemli hemorajik papüloveziküller



EP-63: HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA TANILI BİR OLGUDA SARKOİDOZ PANNİKÜLİTİ VE EŞLİK EDEN ELASTOLİTİK DEV HÜCRELİ GRANÜLOM

Meltem Akgün¹, Furkan Aktemur¹, Şirin Yaşar¹, Sevim Baysak¹, Gülistan Gümrükçü²

¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

²SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Giriş

Sarkoidoz pannikülit, subkutan yağ dokusunda non-kazeifiye granülom oluşumu ile karakterize, sarkoidozun nadir görülen kutanöz formlarından biridir ve sistemik tutulum sıklıkla eşlik etmektedir. Anüler elastolitik dev hücreli granülom ise dermiste elastik lif yıkımı ve multinükleer dev hücre reaksiyonu ile seyreden granümatöz bir dermatozdur. Bu iki granümatöz hastalığın hidradenitis suppurativa (HS) zemininde birlikte görülmesi oldukça nadirdir.

Olgu

HS tanısı ile takip edilen hastada, yaklaşık beş yıl önce bilateral uyluklarda ortaya çıkan, palpasyonla ağırlı eritemli subkutan nodüler lezyonların aralıklı olarak tekrar ettiği ve postinflamatuvar hiperpigmentasyon bırakarak iyileştiği öğrenildi. İzlem sürecinde kolları benzer nodüllerin ve ensede eritemli, birleşme eğiliminde anüler plakların (Resim 1) gelişmesi üzerine hasta ileri incelemeye alındı. Fizik muayenede kol ve bacaklarda hassas subkutan nodüller ile ensede anüler plaklar saptanırken oral mukoza ve tırnak tutulumu izlenmedi. Kol, bacak ve enseden alınan biyopsilerinde; kol ve bacak örneklerinde dermis ve subkutan yağ dokusuna uzanan lenfosit ve histiyosit ağırlıklı infiltrasyon izlenerek lobüler pannikülit ile uyumlu bulundu. Serum ACE düzeyinin iki ayrı ölçümde yüksek saptanması ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek olgu subkutan sarkoidoz (sarkoidoz pannikülit) lehine yorumlandı. Enseden alınan biyopsisinde ise dev hücrelerden zengin granümatöz infiltrasyon ve elastik liflerde belirgin kayıp izlenmesi üzerine anüler elastolitik dev hücreli granülom tanısı konuldu. Sistemik tutulum açısından yapılan laboratuvar incelemeleri, ilgili konsültasyonlar ve görüntüleme yöntemlerinde ek organ tutulumu saptanmadı. Hidroksiklorokin ve aralıklı sistemik kortikosteroid tedavilerine rağmen lezyonlarda belirgin gerileme izlenmemesi ve eşlik eden HS tablosunun sistemik antibiyoterapiye yanıtız seyretmesi üzerine, her iki hastalık açısından ortak tedavi seçeneği olan adalimumab tedavisi başlandı. Sekiz aylık adalimumab tedavisi sonrasında nodüler lezyonlar ve anüler plaklarda belirgin gerileme gözlemlendi, yeni lezyon gelişmedi.

Sonuç

HS zemininde gelişen sarkoidoz pannikülit ve eşlik eden anüler elastolitik dev hücreli granülom birlikteliğı, granümatöz inflamatuvar süreçler arasındaki olası ortak immünopatogenetik mekanizmalara işaret etmekte olup, tanı ve tedavi yönetiminde multidisipliner yaklaşım gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler : Hidradenitis Suppurativa, Sarcoidosis, Panniculitis, Granuloma, Giant Cell

Resimler

Resim Açıklaması: Ensede eritemli, birleşme eğiliminde anüler plaklar - tedavi öncesi (Resim 1)



EP-64: NADİR GÖRÜLEN BİR BESİN ALERJİSİ: ALFA-GAL SENDROMU

Sümeyye SAĞLAM¹, Ümmühan ŞEKER¹, Ezgi AKIN¹, Hayriye SARICAOĞLU¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi

GİRİŞ: Alfa-gal sendromu, memeli etlerine karşı gelişen, diğer besin alerjilerinden farklı klinik ve immünolojik özelliklere sahip, özgün bir alerjik hastalıktır. Duyarlanma çoğunlukla kene ısırığı sonrasında ortaya çıkar ve galaktoz- α -1,3-galaktoz (alfa-gal) epitopuna karşı spesifik IgE yanıtı gelişir. Alfa-gal epitopu, memelilere ait glikoprotein ve glikolipidlerde bulunan karbonhidrat yapılı bir oligosakkarittir.

Duyarlanmış bireylerde memeli eti veya alfa-gal içeren memeli kaynaklı ürünlerin tüketimini takiben ürtiker, anjiyoödem ve gastrointestinal semptomların yanı sıra anafilaksi de gelişebilmektedir. Alpha-galsendromu IgE aracılı bir reaksiyon olmasına rağmen semptomların alerjenle karşılaşmayı takiben genellikle saatler sonra ortaya çıkması ve protein yerine karbonhidrat yapısındaki bir antijene karşı gelişmesi nedeniyle klasik besin alerjilerinden ayrılmaktadır.

Bu nedenle alfa-gal sendromu hem tanısal açıdan güçlükler oluşturmakta hem de besin alerjilerinin immünopatogenezeine ilişkin alışılmış paradigmalardan farklı bir model sunmaktadır.

VAKA: Otuz dokuz yaşında kadın hasta, yaklaşık 30 yıldır kırmızı et ve süt ürünleri tüketiminden 2–4 saat sonra gelişen kaşıntı, ürtiker, anjiyoödem ve gastrointestinal semptomlar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hasta kırsal bir bölgede ikamet etmekte olup, geçmişte türü bilinmeyen keneler tarafından çok sayıda ısırık öyküsü mevcuttu. Ayrıca yaklaşık 3–4 yıl önce nöropatik ağrı nedeniyle reçete edilen pregabalin (Lyrica® kapsül, Viartis) kullanımını takiben benzer semptomlar yaşadığını belirtti.

Öykü ve klinik belirtiler doğrultusunda alfa-gal sendromu ön tanısı ile yapılan laboratuvar incelemelerinde prick to prick testinde çiğ ve pişmiş dana eti ile pozitiflik saptandı ve alfa-gal spesifik IgE düzeyi 52.3 IU/mL (referans <0.1 IU/mL) olarak ölçüldü (Figür 1). Bu bulgular doğrultusunda hastaya alfa-gal sendromu tanısı konuldu.

Hastaya memeli etlerinden ve potansiyel alfa-gal içeren potansiyel alerjen kaynaklarından (jelatin, heparin, setuksimab vb.) kaçınması önerildi ve olası anafilaktik reaksiyonlar açısından adrenal oto-enjektörü ve 2. kuşak H1 antihistaminik reçete edildi. Kırmızı ete yönelik desensitizasyon seçeneği önerildi, ancak hasta bu tedaviyi kabul etmedi.

Memeli eti ve ilişkili ürünlerden kaçınmaya yönelik eliminasyon diyetine uyum sonrası, hastanın takiplerinde ürtikeryal ataklarının ve gastrointestinal semptomlarının belirgin şekilde gerilediği ve klinik kontrol sağlandığı saptandı.

TARTIŞMA: Alfa-gal sendromu, kene ısırığı sonrası gelişen ve memeli etlerine karşı oluşan, IgE aracılı ancak geç başlangıç göstermesiyle klasik besin alerjilerinden ayrılan özgün bir tablodur. Literatürde de vurgulandığı üzere semptomların genellikle 2–6 saat sonra ortaya çıkması, hastalığın kronik ürtiker veya idiyopatik anafilaksi ile karışmasına ve tanı gecikmesine yol açabilmektedir. Olgumuzdaki yaklaşık 30 yıllık klinik öykü, bu bulguyu desteklemektedir.

Olgumuzda görülen ürtiker ve gastrointestinal semptomlar literatürde bildirilen en sık klinik bulgularla uyumludur. Süt ürünleri ile semptom gelişimi her hastada görülmemekle birlikte, yüksek duyarlılığı olan olgularda tanımlanmıştır.

Klinik şüphe, alpha-gal spesifik IgE testi ile doğrulama ve eliminasyon diyeti sayesinde semptom kontrolü sağlanabilmekte ve olası ağır alerjik reaksiyonların önüne geçilebilmektedir. Bu olgu, gecikmiş tip reaksiyonların dikkatli sorgulanmasının tanı koymadaki önemini vurgulamaktadır.

Kaynakça :

- 1- Reddy, S., Yi, L., Shields, B., Platts-Mills, T., Wilson, J., & Flowers, R. H. (2023). Alpha-gal syndrome: A review for the dermatologist. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 89(4), 750–757.
- 2-Platts-Mills, T. A. E., Li, R. C., Keshavarz, B., Smith, A. R., & Wilson, J. M. (2020). Diagnosis and Management of Patients with the α -Gal Syndrome. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, 8(1), 15–23.e1.
- 3-Hamsten, C., Starkhammar, M., Tran, T. A., Johansson, M., Bengtsson, U., Ahlén, G., Sällberg, M., Grönlund, H., & van Hage, M. (2013). Identification of galactose- α -1,3-galactose in the gastrointestinal tract of the tick *Ixodes ricinus*; possible relationship with red meat allergy. *Allergy*, 68(4), 549–552.

Anahtar Kelimeler : alfa-gal sendromu, kırmızı et allerjisi, anafilaksi

Resimler

Resim Açıklaması: Figure 1



AKUT KOLESİSTİTİ TAKLİT EDEN DRESS SENDROMU OLGUSU

Aylin PAK¹, Ümmühan ŞEKER^{1,2}, Merve YILMAZ¹, Ferdi ÖZTÜRK¹, Hayriye SARICAOĞLU¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları, Bursa

DRESS (Eozinofili ve Sistemik Semptomların Eşlik Ettiği İlaç Reaksiyonu) sendromu, ilaç maruziyetinden genellikle 2–8 hafta sonra ortaya çıkan, ateş, döküntü ve çoklu organ tutulumu ile seyreden, potansiyel olarak ölümcül, T-hücre aracılı bir hipersensitivite reaksiyonudur. Antikonvülzanlar klasik tetikleyiciler olmakla birlikte, naltrekson, duloksetin ve ketiyapin gibi psikotrop ilaçlarla da ilişkilendirilmiştir. En sık etkilenen organ karaciğer olup (%75–95), safra kesesi duvarında gelişen reaktif ödem nedeniyle akut kolesistiti taklit eden “psödo-kolesistit” tablosu gelişebilir ve bu durum tanısal zorluklara yol açarak gereksiz cerrahi girişim riskini artırır.

Otuz altı yaşında erkek hasta, madde bağımlılığı tedavisi kapsamında 28 gündür naltrekson, ketiyapin ve duloksetin kullanırken, parasetamol ve kafein içeren bir preparat alımını takiben yüzde eritem ve ödemle başlayıp tüm vücuda yayılan makülopapüler, yer

yer purpurik döküntü geliştirmiştir. Ateş, karın ağrısı ve miyalji ile başvuran hastada ikter ve kolestatik enzim yüksekliği saptanmış, abdominal USG’de akut kolesistit ile uyumlu bulgular görölerek cerrahiye yatırılmıştır. Laboratuvar incelemelerinde belirgin lökositoz ve eozinofili (3500/ μ L, %14,6) mevcuttu.

Dermatolojik değerlendirmede yaygın eritemli erüpsiyon, yüzde ödem ve belirgin ikter saptandı. RegiSCAR skoru 4 (olası DRESS) olarak hesaplandı. Deri biyopsisinde epidermiste spongioz ve dermiste eozinofillerden zengin inflamasyon izlendi. Başlanan 1 mg/kg/gün sistemik steroid tedavisi sonrası yapılan MRCP’de safra yollarının normal olması üzerine akalkülöz kolesistit tablosunun DRESS’e sekonder geliştiği doğrulandı. Tedavinin 7. gününde klinik ve laboratuvar bulgular hızla geriledi. Ancak steroid dozunun hatalı şekilde erken düşürölmesi sonrası erüpsiyonun alevlendiği gözlenmiş, doz yeniden düzenlenerek kontrol sağlanmıştır.

DRESS sendromunda prognozu belirleyen en önemli faktör viseral tutulumdur. Karaciğer tutulumu olan olguların yaklaşık üçte birinde kolestatik hasar görölür. Psikotrop ilaçların safra kesesi duvarında reaktif ödeme yol aarak akalkülöz kolesistiti taklit edebileceği gösterilmiştir. Bu nedenle atipik organ tutulumları tanıyı güçleştirebilir. Multidisipliner yaklaşım ve dermatoloji konsültasyonu, gereksiz cerrahi girişimlerin önlenmesinde kritik öneme sahiptir.

Tedavide sorumlu ilacın hızlı kesilmesi temel basamaktır. Sistemik kortikosteroidlerin en az 6–12 hafta (bazı olgularda daha uzun) sürede kademeli azaltılması, alevlenme riskini azaltmak için gereklidir. Ayrıca hastalar, geç dönemde gelişebilecek komplikasyonlar aısından uzun süreli izlenmelidir.

Kaynakça :

- Kroshinsky, D., et al. (2024). Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms. *New England Journal of Medicine*, 391(23), 2242–2254.
- Houssini, G. S., et al. (2024). DRESS syndrome and liver involvement: A study of 72 patients. *Our Dermatology Online*, 15(2), 122–127.
- Mehmood, B., et al. (2024). DRESS syndrome: A case report and literature review. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 34(4), 1062–1069.
- Stirton, H., et al. (2022). Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DReSS): Readdressing the DReSS. *Biomedicines*, 10(5), 999.

Bahçeci, S., & Can, D. (2020). Dress syndrome review. *Asthma Allergy Immunology*, 18, 1–9.

Kardaun, S. H., et al. (2013). Results from the prospective RegiSCAR study. *British Journal of Dermatology*, 169, 1071–1080.

Anahtar Kelimeler : Drug Hypersensitivity Syndrome, Eosinophilia, Liver Injury, Drug-Induced,

Resimler

Resim Açıklaması: figür 1



Resim Açıklaması: figür 2



Resim Açıklaması: figür 3





Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet



14. DERMATOLOJİ BAHAR SEMPOZYUMU

25 Nisan 2021

EMGÜCELİAĞIYI SÖĞÜTÜMÜ

