

10. Dermatoloji Bahar Sempozyumu

10-13 Nisan 2019, Istanbul
Swissotel the Bosphorus



*“Baharda
İstanbul’da”*

Poster Bildiri Kitabı

P-01 ÇOCUK HASTADA BACAĞA İYİLEŞMEYEN AKINTILI ÜLSER: LEISHMANİASİS

Emine Erişmen¹, Nimet Yeşim Günay¹, Zeynep Topkarcı¹, Bilgen Erdoğan¹, Burçe Can Kuru¹, Damlanur Sakız²

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesiİ, Dermatoloji, İstanbul

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesiİ, Patoloji, İstanbul

GİRİŞ:

Leishmaniasis deri, mukoza ve bazen iç organları tutan bir protozoon infestasyonudur. Değişik leishmania suşlarına bağlı olarak farklı klinik tablolar ortaya çıkar. Parazit flebotomun(tataarcık) ısırması ile deriye girer. Başlangıç lezyonu ısırık yerinde gelişen, genellikle ağrısız, bol miktarda parazit içeren papülonodüller şeklindedir. Lezyonlar yavaşça genişleyip 3-4 ay içinde ortalarından ülser olurlar. Ülserin üzerinde sert, yapışkan krut bulunması oldukça tipiktir. Krutun yaranın derinlerine kadar ilerlemesi ve bu nedenle kolay kaldırılamaması 'çivi belirtisi' olarak adlandırılır. Akut formun lezyonları genellikle 1-2 yıl içinde yerinde skatris bırakarak iyileşir. İki yıldan daha uzun süren lezyonlar varsa kronik olarak sınıflandırılır. Klinik şüphe halinde tanıda Giemsa ile yayma, baskı smear yöntemi, ince iğne aspiratı yöntemi, kültür, insizyonel deri biyopsisi ve biyopsi materyali/deri aspiratlarından gönderilen örneklerle PCR yöntemi kullanılmaktadır.

OLGU:

Olgumuz 11 yaşında kız hasta, sağ bacakta 20 gün önce küçük papül şeklinde başlayan; 2 haftadır ağrılı, akıntılı ülser nedeni ile kliniğimize konsulte edildi. Hastanın başvuru öncesi 1 hafta amoksisilin kullanımına tedavi yanıtı yoktu. Lezyon kenarından alınan yara sürüntü kültüründe kandida üremesi üzerine tedavisi çocuk hastalıkları kliniği tarafından düzenlendi. Hastadan kliniğimizce alınan Giemsa yaymasında amastigotlar izlendi ve biyopside non-spesifik değişiklikler saptandı. Hasta tekrar sorgulandığında Muş'a seyahat sırasında, sinek ısırığı anamnezi alındı. Hastanın tedavisi haftada bir kez intralezyonel sodyumstiboglukonat şeklinde düzenlendi. Ülserinde dramatik küçülme izlenen hastanın tedavisi beşinci enjeksiyonda sadece skar dokusu kalması ile sonlandırıldı.

SONUÇ:

Çocuklarda yaz döneminde, açıkta kalan bölgelerde; iyileşmeyen ülserlerde Leishmaniasis akla gelmeli ve histopatolojinin tanısal olmadığı durumlarda, anamnez ve kliniğin önemi unutulmamalıdır.

P-02 PEDIATRİK LİNEER MORFEA OLGUSU

Ece Uğurer¹, Ezgi Özkur¹, Yasemin Erdem¹, Ilknur Kivanç Altunay¹, Cem Leblebici²

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ:

Morfea dermis ve subkutan yağ dokusunun sklerozuna neden olan inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Plak, generalize, büllöz, lineer ve derin olmak üzere beş formda görülebilir. Lineer morfea, dermis ve subkutan dokuyu tutan, bazen kas ve kemiğe yayılan lineer yerleşimli endurasyonla karakterizedir. Çocuklardaki morfea lezyonlarının %65'ini oluşturur. Derin dokuların etkilenmesi nedeniyle ekstremitelerde kısalığa, şiddetli atrofiye ve eklem kontraktürlerine yol açabilir. İleriki yaşlarda gelişebilecek kozmetik ve fonksiyonel deformiteler nedeniyle erken tanı ve tedavi önem kazanmaktadır.

OLGU:

Sekiz yaşında erkek hasta 2 ay önce ayak bileği çevresinde kızarıklık şeklinde başlayan ve giderek beyazlaşan sertlikler şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hasta bu sertliklerin giderek alt ekstremitelere, gövde, üst ekstremitelere, boyna doğru yayıldığını belirtti. Aile, lezyonların çıkışından önce herhangi bir travma veya enfeksiyon öyküsü tariflemeydi. Sistemik tutulum göstergesi olabilecek herhangi bir yakınması olmamıştı. Dermatolojik muayenesinde, çene sol yarısından aşağıya doğru boyun lateraline, sol göğüs lateralinden sol kol medialini izleyerek sol ön kol distaline, aynı zamanda karın sol alt kadrandan sol bacak medialini izleyerek sol ayak bileğine doğru lineer uzanan hipopigmente, parlak yüzeysel sklerotik plaklar mevcuttu. Bacaktan alınan 4 mm'lik panç biyopsinin histopatolojik incelemesinde derin dermiste daha belirgin olmak üzere kollajen liflerde belirgin kalın, şiş ve eozinofilik görünüm, perivasküler ve interstisyel alana yayılan hafif derecede lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu, ödem, yüzeysel subkutan yağ dokusunda septalarda hafif derece hafif derece kalınlaşma görüldü. Bu bulgular ile hastaya; lineer skleroderma tansı konuldu. Kan tetkiklerinde romatoid faktör pozitifliği, sedimentasyon yüksekliği mevcuttu. Serum otoantikör panelinde ANA 1/640, anti ds-DNA ve anti-histon antikörleri pozitif saptandı. Serolojisinde ise Borrelia burgdoferi antikoru IgM western blot yöntemi ile pozitif saptandı. Romatoloji ile birlikte metotreksat 15mg/hafta subkutan, oral prednizolon 2.5 mg başlandı. Topikal kalsipotriol+betametazon kombinasyonu günde bir kez başlandı. Sol gastrocnemius ve soleus kaslarında kısalık nedeniyle gelişebilecek komplikasyonları önlemek amacıyla fizik tedavi egzersizlerine başlandı. Kalsipotriol+betametazon kombinasyonundan fayda sağlanmayan hastanın topikal tedavisi mometazon furoat olarak değiştirildi. Borrelia burgdoferi antikoru IgM pozitif saptanması üzerine oral doksisisiklin 100 mg/gün dozunda eklendi. Bu tedavi kombinasyonları ile hastanın lezyonlarında hafif yumuşama izlendi.

SONUÇ:

Bu olguyu lineer morfea kliniği, takibi ve tedavilerini belirtmek ve uzun dönem komplikasyonlarını vurgulamak amacıyla sunmayı uygun bulduk.

P-03 GRANÜLOMA FASIYALE: OLGU SUNUMU

Gül Şekerlisoy¹, Yasemin Erdem¹, Ezgi Özkur¹, İlknur Kıvanç Altunay¹, Seyhan Özakkoyun²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Granuloma fasiyale(GF) nadir görülen, etiyojisi bilinmeyen benign inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Lezyonlar genellikle yüzde; asemptomatik, soliter veya multiple, düzgün sınırlı kırmızı kahverengi viyolase papül, plak ve nodüller şeklindedir. Daha nadir olarak yüz dışında ekstremiteler ve gövde gibi güneşe maruz kalan bölgelerde görülebilir. Tedavide topikal steroidler veya takrolimus, intralesyonel kortikosteroidler, lazer tedavisi veya cerrahi eksizyon yapılabilir.

OLGU:

65 yaşında erkek hasta polikliniğimize 1 yıl önce başlayıp daha sonra çevreye yayılma gösteren kırmızı kabarıklıklar şikayetiyle başvurdu. Hastanın başvurusundaki dermatolojik muayenesinde çene hizasından şakak bölgesine kadar uzanım gösteren, daha çok yüzün sol yarımında bulunan morumsu eritemli infiltrate papül ve plaklar mevcuttu. Lezyondan alınan punch biyopside: epidermiste ortokeratoz, epidermis ve adneksiyal yapılardan belirgin bir grenz zon ile ayrılmış yüzeyde ve derin dermiste yoğun diffüz eozinofillerin de eşlik ettiği T ve B lenfositler ve plazma hücrelerinden oluşan mikst tip iltihabi hücre infiltrasyonu görüldü. Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular ile granuloma fasiyale tanısı konuldu. Tedavisi topikal kortikosteroid, topikal takrolimus ve intralesyonel kortikosteroid şeklinde düzenlendi; bu tedavi ile lezyonlarda belirgin gerileme oldu.

SONUÇ:

Bu olgu hastalığın nadir görülmesi ve özellikle yüzde tedaviye dirençli lezyonlarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulması gerekliliğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

P-04 HIV POZİTİF BİR HASTADA DİSSEMİNE KAPOSİ SARKOMU: OLGU SUNUMU

Sena İnal¹, Ezgi Özkur¹, Seyhan Özakkoyunlu Hasçıçek², Nihal Bozdağ Kaplan³, İlknur Kıvanç Altunay¹

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

³*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ:

Kaposi sarkomu (KS) HHV-8 virüsü ile ilişkili düşük grade vasküler bir tümördür. HIV ile enfekte kişilerde ortaya çıkan en sık malignitedir. AIDS'le ilişkili KS'de öncelikli tedavi kombine antiretroviral tedavilerdir. Antiretroviral tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda; intralezyonel kemoterapi, radyoterapi ve topikal alitretinoinin, lipozomal antrasiklinler, taksanlar, steroidler, vinorelbin, etoposid ve IFN-alfa kullanılabilir.

OLGU:

2017 yılında HIV tanısı almış 38 yaşında kadın hasta enfeksiyon hastalıkları tarafından, cilt lezyonlarının değerlendirilmesi amacıyla polikliniğimize yönlendirildi. Hastanın öyküsünde, 1,5 yıl önce vajinal bölgede mor renkli kabarıklıklar başladığı ve son 1 yılda bu kabarıklıkların yüze, kulak arkasına ve gövdeye yayılarak giderek büyüdüğü öğrenildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde sağ postaurikular bölgede, sol kulak heliksinde, gövde ön ve arka yüzde ve vulvada boyutları 1 cm den 2 cm'e kadar değişen 15-20 adet, ağrısız, orta sertlikte, düzgün yüzeyli, mor nodüller mevcuttu. Hastanın CD4 T lenfosit sayısı:232 CD4/CD8 oranı:0,26 HIV RNA kantitatif:1891 idi. Başvuru anında anti-retroviral tedavi almayan hastaya enfeksiyon hastalıkları tarafından elvitegravir+kobisistat+emtrisitabin+tenofovir 15/15/200/10 mg kombinasyonu başlandı. Çenedeki lezyondan alınan panç biyopsinin histopatolojik incelemesinde; dilate, düzensiz dermal vasküler kanallar, anjioproliferasyon bölgelerinde toplanmış içi hücre demetleri, vasküler kanallar arasına dağılmış eritrositler, hemosiderin yüklü makrofajlar, lenfositler ve plazma hücreleri izlendi. İmmünohistokimyasal boyamada CD34 (+), HHV-8 (+)'liği izlenmesiyle, bu bulgular ışığında KS tanısı kondu. Batın ve inguinal bölgede en büyüğü 1x0,3x0,2 cm boyutlarında, en küçüğü 0,2 cm çapında multipl LAP'ları olan hastadan iç hastalıkları tarafından lenfoma ön tanısıyla yapılan inguinal lenf nodu eksizyonel biyopsi sonucu KS olarak raporlandı.

Anti-retroviral tedavisinin 3. ayında bel ağrısı şikayetleri nedeniyle ilacı bırakan hastaya enfeksiyon hastalıkları tarafından Dolutegravir 50 mg ve Tenofovidisoproksil+Emtrisitabin 200/245 mg kombinasyonu başlandı. Birinci ayın sonunda toplam 4 aylık antiretroviral kullanmasına rağmen hastanın lezyonlarının boyutlarının ve sayılarının artması nedeniyle onkoloji bölümü tarafından lipozomal doksorubisin 20 mg/m²'den iki haftada bir olacak şekilde başlandı.

SONUÇ:

Bu olguyu oral ve genital mukozaların da tutulduğu dirençli bir dissemine Kaposi sarkomunu sunmak ve tedavi seçeneklerini tartışmak amacıyla bildirmeyi uygun bulduk.

P-05 PSÖRIAZİS HASTASINDA TOPİKAL STERÖİD KULLANIMINA BAĞLI CUSHİNG SENDROMU

Onur Sivaz, Ezgi Özkur, Yasemin Erdem, İlknur Kıvanç Altunay, Gül Şekerlisoy

SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi hastalıkları Bölümü

GİRİŞ:

Glukokortikoidler, immunsupresif ve antiinflamatuvar etkileri sebebiyle birçok deri hastalığının tedavisinde kullanılmaktadır. Literatürde uzun dönem topikal steroid kullanımına bağlı iyatrojenik Cushing sendromu(CS) olguları bildirilmiştir fakat bu olgular genellikle çocuk hastalardan oluşmaktadır ve erişkin hastalarda nadirdir. Uzun süre kullanılan topikal steroidin sistemik absorpsiyonu, obezite, aydede yüzü, atrofi, stria oluşumu, deride talenjiyektaziler, proksimal kas atrofisi, glukoz intoleransı, hipertansiyon, osteoporoz ve psikiyatrik değişikliklerle seyreden iyatrojenik CS veya diğer adıyla eksojen hiperkortizolizme neden olabilir. Topikal absorpsiyona bağlı kanda artmış kortizol düzeyi, hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninin (HPA eksen) negatif geri beslemesine neden olur ve bu durum adrenal bezlerin baskılanması ile sonuçlanır.

Bu yazıda, uzun süreli ve kontrolsüz topikal klobetazol propiyonat %0,05 krem kullanımından kaynaklanan iyatrojenik CS olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

38 yaşındaki erkek hasta cildinde kabuklanmalar şikayetiyle başvurdu. Öyküsünde 2011'de psöriyazis tanısı aldığı ve şikayetleri oldukça eczaneden kendisi klobetazol propiyonat krem olarak kullandığı öğrenildi. Özgeçmişinde diyabetes mellitus, hipertansiyon, nonalkolik hepatosteatoz öyküsü olduğu ve kolesistektomi,inguinal herni ve katarakt operasyonları geçirdiği öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde; fasiyal pletore, aydede yüzü, gövdede eritematöz, lividi renkli 2x10 cm civarlarında strialar, buffalo hörgücü, abdominal obezite, inguinal bölgede maserasyon, sol uyluk iç yüzde 1x1 cm boyutlarında ülser,her iki bacakta dağınık yerleşimli atrofik skarlar ve vücutta yaygın eritemli skuamli psöriatik plaklar tespit edildi.

SONUÇ:

Hastaya bu bulgular ışığında iyatrojenik CS tanısı konuldu. Topikal steroid tedavisi kesildi, topikal kalsipotriol tedavisi başlandı. Cushing ve cushinge ait ek komorbiditiler açısından endokrinoloji bölümüne danışıldı; hastanın bazal kortizol düzeyi 0,5 mg olarak hesaplandı ve hastaya prednizolon 5 mg/gün başlanıp takibe alındı. Kan şekerleri takiplerinde yükseklik saptanan hastaya endokrinoloji bölümü tarafından metformin 2x500 mg, novorapid 3x6ü, lantus 1x18ü başlandı. Kan lipitleri yüksekliği sebebiyle kardiyoloji bölümü tarafından 10mg/gün atorvastatin başlandı. Psöriyazis lezyonları için metotreksat 15mg/hafta başlandı. Uzun süreli ve kontrolsüz topikal steroid kullanımının erişkin hastalarda da iyatrojenik CS'ye yol açabileceği akılda tutulmalı ve özellikle potensi yüksek topikal kortikosteroid kullanan hastalar yan etki gelişimi açısından takip edilmelidir.

P-06 ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI PANSKLEROTİK MORFEA: OLGU SUNUMU

Ozlem Helvacioğlu¹, Burçe Can Kuru¹, Zeynep Topkarcı¹, Bilgen Erdoğan¹, Damlanur Sakız²

¹SBÜ,Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,İstanbul

²SBÜ,Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Patoloji Anabilim Dalı,İstanbul

GİRİŞ:

Morfea; lokalize skleroderma olarak da bilinen etyolojisi bilinmeyen,deride fibröz birikim ve damarlarda obliterasyon gösteren kronik bir hastalıktır.Bu hastalık çok geniş bir spektruma sahiptir. Klinik olarak hafif hiperpigmente plaklardan, ciddi generalize ve pansklerotik formlara kadar ilerleyebilir. Pansklerotik morfea nadir görülen bir morfea alt tipi olup çoğunlukla çocukluk çağında görülmektedir. Deri ve subkutan dokuyla birlikte kemik dokulara kadar tutulum olabilir.

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken en önemli hastalık olan sklerodermadan otoimmün belirteçlerin negatif olması ve sistemik tutulumun olmaması ile ayrılır.

OLGU:

Olgumuz 64 yaşında kadın hasta 6 ay içinde bacaklardan başlayıp tüm vücuda yayılan sertlik şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde tüm vücutta diffüz endüre sklerotik plaklar, 2 yıldır olduğunu belirttiği diffüz alopesi ve bazı el tırnaklarında pterjium mevcuttu. Sağlı deriden ve gövdeden alınan biyopsisi histopatolojik olarak morfea ile uyumlu geldi.

SONUÇ:

Histopatolojik ve klinik olarak pansklerotik morfea tanısı koyduğumuz bu olguyu erişkin çağda nadir görülmesi nedeniyle sunduk.

P-07 LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİT OLGUSUNDA İVİG TEDAVİSİ

Onur Gündoğdu, Ralfi Singer, Ömer Özdemir, Sinem Ayşe Örnek, Ayşe Seza Kunter, Emek Kocatürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı SUAM, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Lökositoklastik vaskülit, küçük damarların inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Klinikte ise özellikle alt ekstremitelerde yerleşen palpabl purpuralar tipik bulgusudur. Tedavide antihistaminler, kolşisin, dapson, nonsteroid antiinflamatuvar ajanlar, kortikosteroidler, immun supresif ajanlar kullanılır..

OLGU:

Uzun süre kortikosteroid kullanımına bağlı yan etkiler gözlenen, dapsonu tolere edemeyen, kolşisine yanıt alınmayan ancak IVIG infüzyonuna cevap veren lökositoklastik vaskülit olgusu sunulmaktadır.

SONUÇ:

Hasta IVIG tedavisine yanıt vermiştir

P-08 ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS

Ömer Özdemir¹, Tülin Yüksel¹, Emek Kocatürk¹, Onur Gündoğdu¹, Arzu Dobra²

¹Okmeydanı EAH, Dermatoloji, İstanbul

²Okmeydanı EAH, Patoloji, İstanbul

GİRİŞ:

Diskoid lupus eritematozus (DLE) lupus eritematozus spektrumu içinde deriye lokalize kalan, sistemik tutulum yapmayan kronik formdur. Ultraviyole ışınlarının en önemli tetikleyici olduğu hastalıkta eritemli, skuamlı, dispigmente lezyonlar güneş gören bölgelerde yoğunlaşma eğilimindedir. Çocuklarda nadiren görülür ve antinükleer antikor (ANA) pozitifliği olabilir. Klinik, histopatoloji ve tedavisi erişkin hastalarla benzerdir.

OLGU:

Burada DLE tanısı alan 10 yaşında çocuk olgu sunulmaktadır.

SONUÇ:

Bu bildiride; çocuklarda DLE'nin nadir görüldüğü ve sistemik lupus eritematozus gelişim riskinin erişkinlere göre daha yüksek olduğu bildirildiği için hastaların yakın takip edilerek laboratuvar parametrelerinin tekrarlanması gerektiği vurgulanmaktadır.

P-09 EROZİV LİKEN PLANUS NEDENİYLE TAKİP EDİLEN HASTADA ÖZOFAGEAL SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM GELİŞİMİ

Burak Yalcın¹, Yasemin Erdem¹, Ezgi Özkur¹, İlknur Kıvanç Altunay¹, Nedim Polat²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Eroziv liken planus, oral liken planusun hastaya en çok rahatsızlık veren formudur ve hastaların günlük yeme-içme-konuşma gibi işlevleri ciddi şekilde etkilenir. Oral Liken Planus'un insidansı yaklaşık %2'dir. Vakamızda, eroziv liken planuslu bir hastanın, takibi sırasında skuamöz hücreli özefagus kanserine transformasyonu vurgulanmıştır.

OLGU:

37 yaşındaki bir kadın hasta 3 yıl önce dil ucunda ağrı ve yara şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Anamnezinde; bu lezyonlarının birkaç yıldan beri var olduğu ve ek olarak Addison hastalığının bulunduğu bilinmektedir. Addison hastalığı nedeniyle endokrinoloji bölümünden takipli ve de sistemik steroid kullanmaktaydı. Yapılan oral muayenede; gingivada, bukkal mukozada ve dilde erozyonlar, dil papillalarında silinme, yanaklarda retiküler beyaz ağ tespit edildi. Kesin tanı için dilin ülsere bölgesinden 2 adet biyopsi (0.4x0.3x0.2 cm ve 0.5x0.4x0.2 cm) alındı. Dokunun histopatolojik incelemesinde; parakeratoz, yer yer akantotik çok katlı yassı epitelle örtülü dokuda; epitelin düzensiz uzantıları bant şeklinde perivasküler ve interstisyel mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi. Klinik ve histopatolojik değerlendirmelerin sonucunda olguya, eroziv liken planus tanısı konuldu. Kullanmakta olduğu sistemik steroide ek olarak topikal steroid ve intralezyonel kortikosteroid ayrıca idame olarak topikal pimekrolimus ve oral hijyenin sağlanması önerildi. Yapılan periyodik takiplerde lezyonlarda gerileme olmaması nedeniyle sistemik metotreksat planlandı. Mtx'a rağmen yeni lezyonların oluşması nedeniyle asitretin tedavisine geçildi ancak yanıt alınamadı. Hastanın gastroenteroloji tarafından yapılan endoskopik incelemesinde özefagusta beyaz membranöz yapılar izlenmiş fakat özofageal kandidazis olarak düşünülüp flukonazol başlanmış. Tekrarlayan endoskopisi sonucunda özefagusta kitle görülen hastaya skuamöz hücreli karsinom tanısı konulup total özefagektomi yapıldı ve radyoterapi uygulandı. Hastanın diğer immünsüpresan tedavileri malignite gelişimi nedeniyle kesildi. Şuan aktif şikayeti olmayan hasta, tedavisiz takip edilmektedir.

SONUÇ:

Hastanın ilk endoskopisindeki beyaz membranöz alanların özofageal liken planus olabileceğini ve onun zemininden skuamöz hücreli karsinom geliştiğini düşünmekteyiz. Eroziv LP prekanseröz olduğundan dolayı muayene ve gerekli durumlarda endoskopik muayene önerilir. Endoskopik takibi unutulmamalıdır.

Figür 1



Figür 2



P-10 ENOKSAPARİNE BAĞLI BÜLLÖZ HEMORAJİK DERMATOZ OLGUSU

İlayda Yücel¹, Ralfi Singer¹, Onur Gündoğdu¹, Sinem Ayşe Örnek¹, Özben Yalçın², Emek Kocatürk¹

¹Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

²Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Enoksaparin, Antitrombin III üzerinden faktör Xa inhibisyonu yaparak antikoagülan etki gösteren bir düşük molekül ağırlıklı heparindir(DMAH). DMAH kullanımıyla ilişkili enjeksiyon bölgesinde gelişen pek çok deri reaksiyonu bildirilmiştir.

OLGU:

Enfekte Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) nedeniyle yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan 86 yaşında erkek hasta, bacaklarında yeni gelişen veziküller nedeniyle Dermatoloji kliniğine konsülte edildi. Hastanın öyküsünden koroner arter hastalığı nedeniyle 1 hafta önce subkutan Enoksaparin Sodyum enjeksiyonu başlandığı (60 mg, her 12 saatte bir), şikayetlerinin enjeksiyonlar başladıktan 5 gün sonra ortaya çıktığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde sağ bacak tibia dış yan yüzde yaygın, çapları 1mm ile 20 mm arasında değişkenlik gösteren, siyah renkli, nekrotik krutlu veziküller, büller ve bül artıkları izlendi. Benzer lezyonlar sol kol dış yan yüzde ve sol el dorsumunda da izlendi. Hastanın sağ bacadaki büllöz lezyonlarından alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde subkorneal hemoraji izlendi.

Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde Enoksaparine Bağlı Büllöz Hemorajik Dermatoz tanısı koyuldu.

SONUÇ:

Olgumuzu, Enoksaparin kullanımına bağlı büllöz hemorajik lezyonların, enjeksiyon bölgesinden uzakta nadir görülmesi ve büllöz hemorajik lezyonların ayırıcı tanısında Enoksaparine bağlı Büllöz Hemorajik Dermatoz'un da düşünölebileceğini belirtmek için sunmaktayız.

P-11 PALİZATLANAN KAPSÜLLÜ NÖROMA

Sinem Ayşe Örnek¹, İlteriş Oğuz Topal¹, Ralfi Singer¹, Ece Nur Değirmen-tepe¹, Gamze Kulduk², Emek Kocatürk¹

¹SBÜ Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

²SBÜ Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Palizatlanan kapsüllü nöroma (PEN); Schwann hücreleri ve akson yapılarını içeren nöral dokuların proliferasyonu sonucu oluşan ağrısız, kubbe şeklinde, deri renginde, sert ve soliter papüler veya nodüler lezyon ile karakterize nadir görülen benign bir deri neoplazisidir. Sıklıkla 40-60 yaş arasında ve her iki cinsiyette eşit oranda görülür. Genellikle yüzde görülmekle birlikte gövde ve ekstremitelerde de görülebilmektedir.

Nöral lezyonların önemli bir kısmını oluşturmalarına rağmen klinik olarak tanı koymak zordur.

OLGU:

Elli beş yaşında kadın hasta, 2 yıldır sol bacak ön yüzde mevcut olan ağrılı kitle şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu ve travma öyküsü tariflenmedi. Dermatolojik muayenesinde sol bacak tibia ön yüze lokalize, 0,8 cm çaplarında, deri renginde subkutan nodül izlendi. Yapılan eksizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde dermis yerleşimli, düzgün sınırlı, iğsi hücrelerden oluşan tümöral lezyon izlendi. Lezyonda verocay cisimciği, Antoni A ya da Antoni B alanları izlenmedi. İmmünohistokimyasal boyamada iğsi tümöral hücrelerde S100 ile diffüz kuvvetli pozitif boyanma, çevreleyen hücrelerde ise EMA ile pozitif boyanma saptandı. Bu klinikopatolojik bulgular eşliğinde hastaya PEN tanısı konuldu ve total eksizyon ile çıkarıldığı için ek tedavi önerilmedi.

SONUÇ:

Palizatlanan kapsüllü nöroma ilk olarak Reed ve arkadaşları tarafından 1972’de tanımlanmıştır. PEN olgularında genellikle travma öyküsü olmaz. Histopatolojik olarak, dermiste iyi sınırlı, iğsi hücrelerden oluşan kapsüle intradermal nodül görülür. Tümör hücreleri eozinofilik sitoplazmalı, dalgali çekirdekli-dir. Nükleer polimorfizm ve mitoz gözlenmez. Kapsül EMA antijeni ile pozitif boyanır, bu durum kapsülün perinöral kökenli olduğunu göstermektedir. Tümör hücreleri S-100 ile pozitif boyanır, Schwann hücre diferansiasyonunu gösterir. Yer yer aksonal yapılar izlenebilir. Histopatolojik olarak nörofibrom, travmatik nörom ve Schwannom ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Tedavisi lezyonun total eksizyonudur.

P-12 KLİNİĞİMİZDEN BİR OLGU:ANGİNA BULLOSA HEMORAGİCA

Onur Raimoğlu, Hülya Albayrak

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,Dermatoloji Ana Bilim Dalı,Tekirdağ

GİRİŞ:

Angina bullosa hemoragica klinikte nadir görülen benin,subepitelyal hemorajik büllelerdir.Travmaya bağlı oluşabildiği gibi,dental işlemlere sekonder veya spontan da oluşabilen lezyonlardır.Biz de kliniğimizden bir vakayı takdim ediyoruz.

OLGU:

54 yaşında,kadın hasta,polikliniğimizde dil altında kitle şikayeti ile başvurdu.Hastadan alınan anamnezde şikayetlerinin 3 yıldır var olduğu,dil altında kırmızı renkte şişlik oluştuğunu,büyüyüp daha sonra kendiliğinden patladığını ve dilinin faklı bölgelerinde oluştuğunu söylüyordu.Fizik muayenede dil tabanı sol kısmında bir adet 3-4 cm büyüklüğünde bir adet hemorajik bül mevcuttu(Resim 1).Hastanın ek hastalığı ve özgeçmişinde özellik yoktu.Hasta antikoagülan ilaç kullanmamakta ve hemorajik diyatezi yoktu.

Hastadan alınan kan örneklerinde hemogram,sedimentasyon,CRP,kanama değerleri diğer biyokimya parametreleri normal sınırlarda idi.Hastaya klinik olarak angina bullosa hemoragica tanısı kondu.

SONUÇ:

Angina Bullosa Hemoragica klinikte nadir görülen ve hızlı büyüyüp kanama yapabilmesi nedeniyle önem taşıyan hemorajik büllü lezyonlar arasında ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken bir hastalıktır.

P-13 AKROKERATODERMA PARANEOPLASTİKA VE MULTİPLE MYELOM: BİR OLGU SUNUMU

Sinem Ayşe Örnek¹, Tülin Yüksel¹, Ömer Özdemir¹, İlteriş Oğuz Topal¹, Arzu Dobra², Emek Kocatürk¹

¹SBÜ Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

²SBÜ Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Akrokeratoderma paraneoplastika (Bazex Sendromu), akral bölgelerde psöriasiform dermatoz ile karakterize nadir görülen paraneoplastik bir durumdur. Sıklıkla üst solunum ve sindirim sisteminin yassı hücreli karsinomları ile birlikte görülmekle beraber multiple myelom ile birlikteliği de bildirilmiştir. Bu olguda akkiz iktiyoz, kutanöz foliküler hiperkeratotik spiküller ve akrokeratoderma paraneoplastika tablolarının birlikte görüldüğü ve ileri araştırmalar sonucu multiple myelom tanısı alan bir hastayı sunmaktayız.

OLGU:

Elli sekiz yaşında kadın hasta son 3 aydır mevcut olan ve ani olarak başlayan avuç içleri, ayak tabanı derisinde kalınlaşma ve el-ayak tırnaklarında kalınlaşma ve sarı renk değişikliği şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Dermatolojik muayenesinde bilateral palmoplantar alanlarda hiperkeratotik plaklar, el ve ayak tırnaklarının tamamında yoğun subungual hiperkeratoz ve sarı diskolorasyon, gövdede jeneralize, yapışık ince skuamlı iktiyoziform plaklar, burunda ala nasillerde yoğunlaşan spikülöz hiperkeratotik tıkaçlar, saçlı deride skuamlanma izlendi. Sırt, burun ve avuç içinden alınan biyopsilerin histopatolojik incelemeleri sırası ile iktiyoz, foliküler hiperkeratotik spiküller ve psöriasiform dermatoz ile uyumlu idi. İleri tetkiklerinde serum immünelektroforezinde monoklonal bant, serum serbest lambda hafif zincirinde artış görüldü. Kemik iliği biyopsisinde %30 plazma hücresi saptandı ve multiple myelom tanısı ile tedavisi başlandı.

SONUÇ:

Bu olgu ile ani başlayan ve birden fazla şüpheli deri lezyonları ile başvuran hastalarda ayrıntılı araştırma yapmanın önemini vurgulamak, multiple myelom olgularında görülebilecek kutanöz bulguları ve akrokeratoderma paraneoplastikanın nadir de olsa multiple myeloma eşlik edebileceğini hatırlatmak istedik.

P-14 FRAKSİYONEL MİKRO İĞNELİ RAYDOFREKANS TEDAVİSİ SONUCU NODÜLOKİSTİK AKNE GELİŞİMİ: BİR KOMPLİKASYON BİLDİRİMİ

Sinem Ayşe Örnek, Ayşe Seza Kunter, Ralfi Singer, Onur Gündoğdu, İlayda Yücel, Emek Kocatürk

SBÜ Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Fraksiyonel mikro iğneli radyofrekans (FMR) tedavisi akne skarlarının düzeltilmesinde kullanılabilen bir yöntemdir. Günümüzde tüm cilt tiplerinde kullanılabilmesi ve komplikasyon riskinin diğer tedavi yöntemlerine göre daha düşük olması nedeni ile tercih edilmektedir.

OLGU:

Bir yıl önce oral isotretinoin tedavisi alan ve tedavi bitiminden 6 ay sonra akne skarları için 1 seans FMR tedavisi yaptıran 23 yaşında erkek hasta nodülokistik akne lezyonları ile başvurdu.

SONUÇ:

FMR tedavisi sonrası nodülokistik akne ile komplike olan bir olguyu sunmaktayız.

P-15 PYODERMA GANGRENOSUMDA AREOLA VE MEME BAŞI KORUNUR: OLGU SUNUMU

Sema Aytekin¹, Simge Süel¹, Şirin Yaşar¹, Pembegül Güneş²

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

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ:

Pyoderma gangrenosum (PG) nadir görülen nötrofilik dermatozlar grubunda yer alan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. PG memede oldukça nadir görülür ve çoğu mamoplasti gibi cerrahi sonrası gelişen kadın olgulardır. Ig A gammopatisinin eşlik ettiği, meme travma veya cerrahisi olmadan gelişen PG'li erkek olgumuz özellikle areola ve meme başının tutulmamasının vurgulanması amacıyla sunulmuştur.

OLGU:

Altmış yaşında erkek hasta travma öyküsü olmaksızın sağ memede gittikçe büyüyen derin ülserle akıntılı lezyon şikayetiyle başvurdu. Genel cerrahi tarafından debridman ile artış ve sistemik antibiyotik kullanımı ile de gerilememe hikayesi vardı. Yaklaşık 3 yıl önce bacakta benzer lezyonlar nedeniyle histopatolojik tanı ile de desteklenen PG tanısı ile sistemik steroid, dapson, topikal steroid, takrolimus kullanım hikayesi mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde sağ memede areola/ meme başını tutmayan areolayı çevreleyen, kenarları keskin deriden kabarık, viyolese renkte çamur görünümde ülser saptandı. Laboratuvar incelemede tam kan, idrar, kan biyokimyası, romatoid faktör, T3,T4,TSH, VDRL, anti HBC, Anti HBs, anti HIV dahil tetkikleri normal sınırlarda veya negatifti. Monoklonal IgA gamopatisi saptandı. Kemik iliği incelemesi normal olarak değerlendirildi. Yara kültüründe üreme olmadı. Histopatolojik incelemede epidermiste nötrofilik eksuda, dermiste abse oluşumu ve polimorf lökosit infiltrasyonu, küçük damarlarda fibrinoid nekroz oluşumu saptanıp, pas pozitif mikroorganizma saptanmadı. Hastaya sistemik 40mg/gün metil predizolon ve 100mg/gün diamino difenil sülfon ile topikal klobetazol propiyonat başlandı. Lezyon 2. ayda tam olarak iyileşti.

SONUÇ:

Meme yerleşimli PG nadir olup, yaklaşık %80 hastada mastektomi ve/veya mamoplasti sonrası paterji fenomeni olarak geliştiği düşünülmektedir. Ayırıcı tanıda meme yerleşimi nedeniyle, infesiyöz sellülit, nekrotizan fasit, meme kansinmaları akla gelmelidir. Olgumuzda lezyonun gelişimde travma öyküsü yoktu, özellikle meme başı/ areola tutulmamıştı. Memede PG olan olgularda genellikle areola/meme başı tutulmamıştır. Bu bölgenin histolojik özellikleri PG'den korunmaya neden olmuş olabilir. Benzer bir durum Baykal tarafından konjenital melanositik lezyonlarda bu areola ve meme başının tutulmadığı gözlenmiştir. Ayrıca areola ve meme başının PG da korunmuş olması, enfeksiyöz durumlar ve nekrotizan fasitten ayırıcı olarak yardımcı olacaktır.

Figure 1



Tedavi öncesi görünüm

Figure 2



Tedavi sonrası görünüm

P-16 LİPSCHÜTZ ÜLSERLİ BİR OLGU: GENİTAL ÜLSERİN AZ BİLİNEN BİR NONVENEREAL NEDENİ

Ayşe Deniz Yücelten¹, Elif Cömert¹, Adnan Deniz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD

²Sağlık Bakanlığı Derince EAH Çocuk Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ:

Lipschütz ülseri (reaktif nonvenereal akut genital ülser, akut vulvar ülser) vulvar bölgede akut ağrılı ülser(ler) ile ortaya çıkan bir tablodur. Daha çok cinsel olarak aktif olmayan prepubertal-pubertal kız çocuklarında tanımlanmış olsa da her yaş grubundan kadın hastayı etkileyebilir.

Ailelerde gereksiz endişeye sebep olabilen bu tablonun doğru tanı alması önemlidir. Burada genital ülser nedeniyle görülen 50 günlük bir kız bebek sunulmaktadır.

OLGU:

50 günlük bir kız bebek 3 haftadan beri mevcut genital ülser nedeni ile görüldü. Sezaryan doğum ile zamanında sorunsuz doğan bebeğin doğumda bu bölgede hafif eritemli bir yama lezyonunun olduğu öğrenildi. Ayrıca annesinin doğumdan bir hafta önce bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği bilgisi alındı. Doğumdan sonraki 5.gününde viral pnömoni tanısı ile YBÜ'nde yatırılan ve burada kaldığı 8 gün boyunca ampicilin, sefotaksim, azitromisin tedavileri alan bebeğin genital lezyonu doğumdan sonraki 4. haftasında ve viral pnömoni tanısı almasından 3 hafta sonra ülsere olmuştur. Muayenede perine bölgesinde üzerinde fibrin olan 2 cm çaplı bir ülseri mevcuttu. Lenfadenopati ve hepatosplenomegalisi olmayan hastanın hemogram, biyokimya, CRP ve immünoglobulin düzeyleri normaldi ve ülserden yapılan HSV ve CMV PCR tetkiki, bakteri kültürü negatif, kanda da serolojileri negatif saptandı (EBV, CMV, HSV, HIV, sifilis). Bu bulgularla Lipschütz ülseri tanısı alan hastaya semptomatik destekleyici tedavi verildi. Ülser yaklaşık 1 ay içerisinde geriledi.

SONUÇ:

Lipschütz ülseri genital ülserin nadir görülen nedenlerinden biridir. Viral ve bakteriyel (CMV, EBV, Mycoplasma pneumoniae) çeşitli etkenlerle ilişkilendirilse de patogenezi tam bilinmemektedir ve her olguda bir etken saptanamamaktadır. Reaktif olduğu düşünülen bu tablonun tedavisi semptomatiktir. Ancak bazen iyileşme süreci uzayabilmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sistemik diğer hastalıklar (Behçet, Crohn, Langerhans hücreli histiyositoz) ve hatta cinsel istismar ile karışabilen bu tablo yanlış tanı alabilmektedir. Ailelerde gereksiz endişeye yol açabilen bu tablonun genital ülser ile başvuran hastalarda akılda bulundurulması önemlidir.

P-17 AGRESİF LENFOMA:PRİMER KUTANÖZ AGRESİF EPİDERMOTROPİK CD8+ SİTOTOKSİK T-HÜCRELİ LENFOMA

Sirin Yaşar¹, Pembegül Güneş², Ayşenur Şam Sarı¹, Dua Cebeci³, Sema Aytekin¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği/İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği/İstanbul

³Gazimağusa Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği/Kıbrıs

GİRİŞ:

"Primer Kutanöz Agresif Epidermotropik CD8⁺ Sitotoksik T-Hücreli Lenfoma" Berti'nin lenfoması olarak adlandırılır çok agresif olup neyse ki tüm lenfomaların % 1 den azını oluşturur. Literatürde 50'ye yakın olgu bildirilmiştir. Lezyonlar generalize skuamli patch, plak ve verrüköz ya da hemorajik papül- nodül-tümörle karakterize olup,oro-genital bölge tutulumu sıktır. Erkeklerde fazladır ve 5- 7. dekadlarda sık görülen agresif bir mikozis fungoides dışı T hücreli lenfomadır. Tedaviye yanıt az ya da yoktur. Çok kısa zamanda hızla dermise ve iç organlara metastaz yaparak mortaliteye neden olur.

OLGU:

Yetmiş üç yaş erkek hasta, 9 aydır burunda, gövde ve bacakta kırmızı sert papülonodüler lezyon çıkışı nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde burunda ve çenede üzeri hemorajik krutlu ülserleşen nodüller ve gövde ön-arka yüzü ve ekstremitelerde infiltrate multipl papül-nodüller saptandı. Histopatolojik incelemede Primer Kutanöz Agresif Epidermotropik CD8⁺ Sitotoksik T-Hücreli Lenfoma ile uyumlu bulundu. Hastada sistemik tutulum saptanması ve agresif bir lenfoma olması nedeni ile CHOP polikemoterapisi başlandı. Hasta tedaviye rağmen 6 ay içinde kaybedildi.

SONUÇ:

"Primer Kutanöz Agresif Epidermotropik CD8⁺ Sitotoksik T-Hücreli Lenfoma" son derece kötü prognoza sahip T hücreli lenfomadır, lezyonlar yaygın ve ülserenodüler ise prognoz daha agresiftir. Ortalama yaşam süresi 22.5 ay-32 ay arasında değişmektedir. PUVA, radyoterapi, biyolojikler ve polikemoterapiye yanıt azdır. Bu olgumuz az görülen bir agresif lenfoma olması ve tedaviye rağmen mortalite ile sonuçlanması ile dikkat çekicidir.

Resim 1



Yüzde ülser nodül

Resim 2



Yanakta ülser tümöral lezyon

Resim 3



Gövdede multipl infiltrate plaklar

P-18 NÖROFİBROMATOZİS TİP 1 ZEMİNİNDE GELİŞEN MALİGN PERİFERİK SİNİR KILIFI TÜMÖRÜ

Zehra Tacizer Kılınç¹, Güldehan Atış¹, Betül Macit¹, Pembegül Güneş², Fatih Göktay¹

¹T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Malign periferik sinir kılıfı tümörleri (MPSKT) nadir görülen tümörler olup, büyük bir kısmı nörofibromlardan gelişmektedir. Burada 74 yaşında Nörofibromatozis tip-1 (NF-1) tanılı olguda gelişen MPSKT sunulmaktadır.

OLGU:

Yaklaşık 40 yıl önce NF-1 tanısı almış olan 74 yaşında erkek hasta, gövde ön yüzde giderek büyüyen ağrılı tümöral şişlik nedeniyle tarafımıza başvurdu. 1 yıl önce aynı lokalizasyondan 2 adet yumuşak kıvamlı nodüler lezyon ekzizyonu uygulandığı öğrenildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde, tüm vücutta yaygın, irili ufaklı papülonodüler lezyonlar, göğüs ön duvarında, interklavikular bölgede, orta hatta, palpasyonla ağrılı, fikse 6*8 cm ebatlarında deri renginde tümöral lezyon saptandı. Ayrıca sağ aksillada cafe au lait lekesi ve sol aksillada çillenme saptandı. Oftalmik incelemesinde Lisch nodülü tespit edildi. MPSKT ve sarkom ön tanılarıyla panç biyopsi alındı. Histopatolojik incelemesinde iğsi nükleuslu tümör proliferasyonu, infiltrasyonu oluşturan hücrelerde hafif sitolojik atipi, S-100 ile kuvvetli pozitif boyanma saptandı. Bu klinik ve histopatolojik bulgularla MPSKT tanısı kondu. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde (BT); boyun anterior inferiorunda ciltde 33*28*74 mm boyutlarında papiller tarzda kitlesel lezyon ve kemik yapılarında çok sayıda milimetrik litik lezyon izlendi. PET-BT'de ise iskelet sisteminde metastaz ile uyumlu olabilecek yaygın sklerotik değişiklikler izlendi. Onkoloji ile konsülte edilen hastada bu litik sklerotik kemik lezyonların metastaz ile uyumlu olmadığı, lezyonun geniş eksizyonu önerildi. Lezyon plastik cerrahi kliniği tarafından eksize edildi. Hasta halen onkoloji kliniği tarafından nüks açısından takip edilmekte.

SONUÇ:

Malign periferik sinir kılıfı tümörlerinin çoğu iğsi hücreli sarkomlar olup sinirden ve önceki benign periferik sinir kılıfı tümöründen gelişir. Periferik sinir kılıfı diferansiyasyonu gösteren sarkomlar MPSKT adını alır. İnsidansı %0.001 oranında olup NF-1 olgularında ise %4.0-4.6 oranındadır. Tedavide ilk seçenek cerrahi ekzizyon olup, 5 yıllık sağ kalım oranları %16-52'dir. Burada sunulan olguda olduğu gibi, NF-1 li olgularda gelişen palpasyonla ağrılı, sert ve rölatif olarak fikse lezyonlarda ayırıcı tanıda MPSKT düşünülmeli, biyopsi ile doğrulanan lezyonlar öncelikli olarak geniş cerrahi eksizyonla tedavi edilmeli ve nüks açısından yakın takip edilmelidir.

P-19 HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVALI İKİ OLGUDA ADALİMUMAB KULLANIMI

Şirin Yaşar, Fatih Göktay, Ayşegül Sevim Keçici, Gaye Güldiken

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği / İstanbul

GİRİŞ:

Hidradenitis süpürativa (HS) tekrarlayan apseler, sinüsler ve skarlar ile karakterize foliküler epitelin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen hastalık, sıklıkla aksilla, kasıklar, perineal ve perianal bölgeleri tutar. Etiyolojisi tam olarak açıklanamamasına rağmen, primer patolojinin foliküler oklüzyon olduğu düşünülmektedir. Obesite, metabolik sendrom, inflamatuvar barsak hastalığı ve spondiloartropatiler hastalığa eşlik etmektedir. Hastalığın tedavisi oldukça zordur ve medikal tedavi, hafif ve orta dereceli hastalık için tercih edilirken daha şiddetli hastalık için cerrahi tedaviler seçilir. Tedavi yönetimi oldukça zor olan bu hastalıkta TNF inhibitörleri son yıllarda başarılı bir şekilde kullanılmaktadır.

OLGU:

Olgu-1: Altmışyedi yaşında erkek hasta 30 yıldır akne konglobata nedeni ile isotretinoin aralıklı kullanma öyküsü vardı. Hasta 4 kez infliximab tedavisi almış ancak lezyonlarında azalma hafif derecede olmuştu. Özgeçmişinde sigara ve alkol kullanımı vardı. Hastanın şiddetli eklem ağrısı bulunmaktaydı. Dermatolojik muayenesinde aksilla, inguinal bölge, tüm gluteal bölgeyi içeren akıntılı fistül ve sinüs traktları ile şekil bozukluğu bulunmaktaydı. Hurley evre 3 olarak değerlendirildi. İlk doz 160 mg/hafta, 2. hafta 80 mg ve 4. hafta 40 mg ve ardından haftada bir 40 mg adalimumab başlandı. Hasta tedavi başında kronik hastalığından dolayı depresyonda iken tedavinin 6. ayında lezyonlarda %70 oranında iyileşme ve yaşam kalitesinde iyi yönde iyileşme saptandı.

Olgu-2: Otuziki yaşında kaşektik görünümde erkek hasta 4 yıldır koltuk altı, kasık ve perineyi içeren kötü kokulu akıntılı yaraları bulunmaktaydı. Hurley evre 3 HS olarak hasta değerlendirildi. Adalimumab tedavisinin 6. ayında akıntılar iyileşti.

SONUÇ:

Hidradenitis süpürativa patogenezinde IL-1 β , TNF- α ve IL-10 düzeylerinde artış rol almaktadır. Son yıllarda adalimumab, infliximab, ustekinumab tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Ancak adalimumab pür human IgG1 yapısında monoklonal bir antikor olup orta ve ciddi düzey HS'da endikasyon alan tek biyolojik ajandır.

P-20 DİSTROFİK EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA PRURİGİNOZA: OLGU SUNUMU

Sema Aytekin¹, Güldehan Atış¹, Zeynep Dirier¹, Pembegül Güneş²

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

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ:

Distrofik epidermolizis bülloza pruriginoza (DEBP), 1994 yılında tanımlanmış, oldukça kaşıntılı likenoid veya prurigo benzeri nodüllerle seyreden, viyolese skar ve milia ile iyileşen nadir görülen distrofik epidermolizis bülloza formudur. Tip 7 kollajeni kodlayan COL7A1 genindeki mutasyon sonucunda ortaya çıkmaktadır. Genellikle çocuklukta başlarken, ileri yaşlarda da başlayabilir. Kaşıntı ve ekzorsiyonlar deri fragilitesi baskılayıp tanı gecikebilir. Nadir görülmesi nedeniyle hastalığı vurgulamak amacıyla olgumuz sunulmuştur.

OLGU:

Kırkbir yaşında kadın hasta her iki bacakta şiddetli kaşıntılı lezyonlarla başvurdu. Hikayesinde 4-5 yaşlarından itibaren derisinde kolayca su dolu baloncuklar olup izle iyileştiği, el ve ayak tırnaklarının düştüğü, 18 yaşında iken yutma güçlüğü olduğu öğrenildi. Ailesinde benzer hastalık hikayesi yoktu. Dermatolojik muayenesinde her iki bacakta eritemli zeminde yer yer büller, hemorajik krutlu lezyonlar, oral mukozada dil üzerinde bül artığı, bukkal mukozada retiküler görünüm bilateral ayak sırtında birkaç adet küçük büller saptandı. Saçlı deride vertex orta hatta yuvarlak bir sınır dahilinde skatrisyel alopesik plak mevcuttu.

SONUÇ:

Epidermolizis bülloza, deri fragilitesi ve travmayla büllerin olduğu epidermal ve bazal membran proteinlerindeki genetik defektlerin neden olduğu geniş grup mekanobülöz hastalıklardır. DEBP şiddetli kaşıntı ile seyreden nadir bir formudur. Şiddetli kaşıntı ve klinik görünümü nedeniyle hipertrofik liken planus ve prurigo nodularis ile karışabilmektedir. Tedavisi değişkendir ve etkinlikleri sınırlıdır. Topikal, intralezyonel ve sistemik steroidler, oral retinoid, ultraviyole B tedavisi, topikal takrolimus, sistemik siklosporin, dapson, talidomid, kriyoterapi tedavide kullanılabilir seçeneklerdir. Bu hastalarda yaşam kalitesini artırmak için özellikle kaşıntıyı baskılayacak yeni tedavi seçenekleri için yeni çalışmalar gerekmektedir.

P-21 BİR MULTİSENTRİK RETİKÜLOHİSTİYOSİTOZ OLGUSU

Semih Güder¹, Ayçim Şen², Hüsna Güder³

¹*Semih Güder: Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

²*Ayçim Şen: Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul*

³*Hüsna Güder: Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ:

Multisentrik retikülohistiyositoz nadir görülen, etyolojisi bilinmeyen granümatöz bir hastalıktır. Hastalık seyrinde deri, mukoza, sinovya, kemik ve iç organ tutulumları görülebilir. İnternal bir malignite eşlik edebilir. Hastalık Non-Langerhans Hücreli Histiositozların sınıf II B grubundadır.

OLGU:

35 yaşında kadın el parmak uçları ve göğüs ön kısmında hafif kaşıntılı kabarıklıklar ve eklem ağrıları şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde el parmak tırnak kenarına yakın yerleşimli, grube deri rengine yakın papüller, göğüs ön kısımda da çok sayıda dağınık yerleşimli benzer lezyonlar mevcuttu. Göğüs bölgesindeki lezyonların birinden tanı amaçlı 3 mm lik punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede eozinofilik stoplazmalı multinükleer histiositler izlendi. Hastaya Multisentrik Retikülohistiyositoz tanısı konuldu.

SONUÇ:

Multisentrik retikülohistiyositoz nadir görülen, artropatiye sebep olan diğer hastalıklarla karışabilen bir Histiositoz alt tipidir. Eşlik edebilecek malignite açısından hastalar taranmalıdır. Aynı zamanda eroziv artrite sebep olabileceği için erken tanı koymak önemlidir.

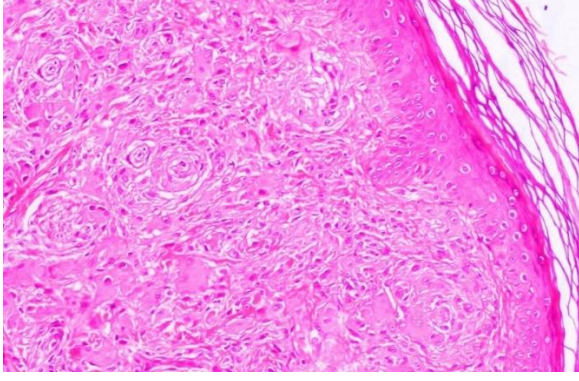
Resim1: Proksimal tırnak kıvrımındaki sarımsı papüller



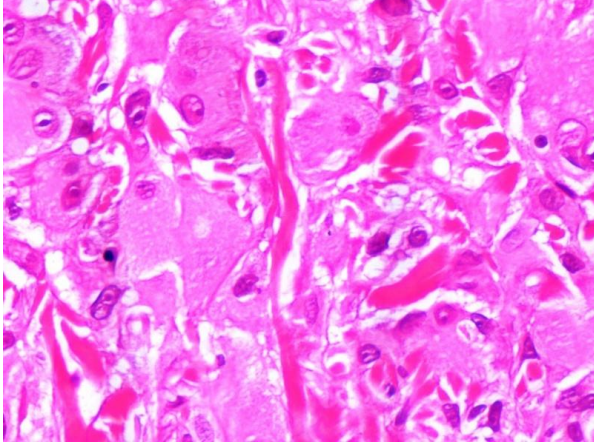
Şekil 2: Göğüs ön kısımda multipl deri rengine yakın renkte papüller



Şekil 3: Multinükleer histiyositler (3x10)



Şekil 4: Köpüksü sitoplazmalı histiyositler (4x40)



P-22 UZUN SÜRELİ İZLEMDE SİSTEMİK LENFOMA GELİŞEN VE KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU SONRASI ALEVLENEN BİR LENFOMATOİD PAPÜLOZİS OLGUSU

Fatma Selcen Hoşgören Tekin¹, Süheyla Bozkurt², Aslı Vefa Erdemir³, Ant Uzunay⁴, Dilek Seçkin Gençosmanoğlu¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Acıbadem Üniversitesi, Acıbadem Atakent Hastanesi, Hematoloji, Kemik İliği Nakli Merkezi, İstanbul

GİRİŞ:

Lenfomatoid papülozis, malin bir histopatolojiye rağmen, tipik olarak kendiliğinden gerileyen klinik seyir ve nükslerle karakterize, nadir görülen CD 30 + lenfoproliferatif bir hastalıktır. Lenfomatoidpapülozisin tanısı öncesinde, sırasında veya sonrasında, başta mikozis fungoides olmak üzere, kutanöz ve ektrakutanöz lenfomalar görülebileceği bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, izlem süresi arttıkça, sekonder lenfoma gelişim riskinin de arttığı gösterilmiş olduğundan, lenfomatoid papülozisli hastaların uzun süreli izlenmesi gerekmektedir.

OLGU:

Elli dört yaşında erkek hasta, 11 yıldır lenfomatoid papülozis ve mikozis fungoides tanısıyla takip ve tedavi edilmekteydi. Deri lezyonları stabil seyretmekteyken, son 1 aydır ortaya çıkan ateş ve gece terlemesi şikayetleri nedeniyle yapılan tetkikler sırasında herhangi bir enfeksiyon odağı bulunamayan ancak büyümüş lenf nodları saptanan hastaya, lenf nodu biyopsisi ile Anaplastik büyük hücreli lenfoma tanısı kondu. Kemoterapi ve ardından yapılan otolog kemik iliği transplantasyonu sonrasında deri lezyonlarında belirgin gerileme olmuş iken, transplantasyondan iki hafta sonrasında üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben aldığı antibiyotik sonrası, tüm vücutta yaygın, eritemli, infiltrate papül ve plaklar ortaya çıktı. Hastanın tüm izlemi boyunca görülen deri lezyonlarından çok daha şiddetli olan bu lezyonlardan, sistemik lenfomanın deri tutulumu ya da lenfomatoid papülozis ön tanılarıyla alınan biyopsi, lenfomatoid papülozis tip C ile uyumlu bulundu. Bu sırada herhangi bir tedavi almayan hastanın tüm deri lezyonları kendiliğinden geriledi.

SONUÇ:

Bu olgu, lenfomatoid papülozis hastalarında, deri lezyonlarının şiddetinden bağımsız olarak sekonder lenfoma gelişebileceğini, bu nedenle de bu hastalarda uzun süreli izlemin önemini ve kemik iliği transplantasyonu sonrası lenfomatoid papülozis lezyonlarında alevlenme ortaya çıkabileceğini vurgulamak amacıyla sunulmaktadır.

Resim 1



kemik iliği transplantasyonu sonrası alevlenmesinde kontrolündeki muayenesi

resim 2



iki hafta sonraki tedavisiz takibindeki kontrol muayenesi

P-24 TIRNAK TUTULUMUYLA SEYREDEN BİR *LİNEER EPİDERMAL NEVÜS* OLGUSU

Gaye Guldiken¹, Şirin Yaşar¹, Ayşegül Sevim Keçici¹, Pembegül Güneş²

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği*

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji ABD*

GİRİŞ:

Epidermal nevüsler epiderminin bazal tabakasındaki pluripotent hücrelerden köken alan benign hamartomatöz nevüslerdir. Komponent olarak sebace bezler, ter bezleri, kıl follikülü gibi adneksal yapıları veya keratinositleri bulundurabilirler. Keratinositlerden oluşan ve en sık görülen tipi lineer verriköz epidermal nevüs olarak adlandırılır. Deride dağılımı Blaschko çizgilerine uyumlu bir trase izler. Canlı doğumların ortalama %0,1-0,3'ünde görülür ve kız ve erkek çocukları neredeyse eşit oranda etkilenir. Genellikle doğumsal veya erken çocukluk çağı başlangıçlı olarak kendilerini gösterirler. Diğer organ patolojileriyle birliktelik gösterdiklerinde epidermal nevüs sendromu adını alırlar. Sıklıkla ekstremitelerde ortaya çıkmakla birlikte tırnak tutulumu nadirdir. Bu yazıda sağ el sırtı, sağ el 1. parmağı ve tırnağını etkileyen lineer epidermal nevüs olgusundan bahsedilecektir.

OLGU:

Beş yaş kız hasta kliniğimize bir yıl önce sağ el 1. parmakta annesinin irritan maddeyle temas sonrası başladığını ifade ettiği siğil benzeri lezyonları ve tırnak bozukluğu şikayetiyle başvurdu. Hastanın lezyonu sağ el 1. metakarpal kemik hizasında başlayıp distale doğru lineer biçimde uzanmakta ve distalde tırnak orta hattında tırnak plağını kaldırarak plağın distalinde subungual hiperkeratoza sebep olmaktaydı. Normal kiloda, term ve sorunsuz doğum öyküsü olan, bilinen ek hastalığı olmayan hastanın lezyonu asemptomatikti. Dermatolojik muayenesinde ek anlamlı patoloji yoktu. Hastanın iki lokalizasyondan alınan punch biyopsilerinde -lineer epidermal nevüslerle uyumlu olarak- tırnak distalinde parakeratoz içinde mikroabse odakları ve el dorsumunda interface patternde yüzeysel perivasküler dermatit ve likenoid dejenerasyon saptandı.

SONUÇ:

Epidermal nevüsler embriyonik epiderminin mozaik postzigotik mutasyonundan kaynaklanan hamartomlardır. Histopatolojik olarak hiperkeratoz, akantoz ve papillamatozis ile karakterizedirler. Lineer psoriasis, liken striatus, lineer liken planus, lineer Darier hastalığı, lineer porokeratoz, viral siğiller gibi hastalıklar ayırıcı tanısına girer. Bu gibi hastalıklarla karışıp uzun süre tanısız kalabilirler. Bunlardan ayırımında tedaviye direnç önemli bir ipucudur. En sık alt ekstremitelerde unilateral olarak karşımıza çıkarlar. Tırnak tutulumuysa oldukça nadirdir. Biz de hastamız viral siğil ile karıştırılıp bir süre tanısız kaldığı için ve tırnak tutulumunun nadir olması nedeni ile sunmayı uygun bulduk.

P-25 DERMATOLOJİDEKİ TAKLİTÇİ: BİR HATIRLATMA

Gonca Sarac¹, Özlem Akın Çakıcı¹, Gizem Demir¹, Elif Cömert¹, Selcen Hoşgören Tekin¹, Tülin Ergun¹, Deniz Yücelten¹, Andaç Salman¹, Züleyha Özgen¹, Uluhan Sili², Dilek Seçkin Gençosmanoğlu¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Dermatolojideki en taklitçi hastalık olan sifiliz, tüm dünyada bir sağlık problemi olma özelliğini korumaktadır. Son yıllarda insidansı tekrar artışa geçmiş ve 2014 yılı için vaka hızı Dünya Sağlık Örgütü tarafından kadınlarda 100.000'de 17.2, erkeklerde 17.7 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de ise bu sayı 100.000'de 5.2 civarındadır.

OLGU:

Burada Kasım 2017 ile Şubat 2019 tarihleri arasında bölümümüze doğrudan başvuran ya da konsülte edilen ve sifiliz tanısı konarak tedavi edilen sekiz hasta sunulmaktadır. Yedi erkek, bir kadın hastamızdan ikisi HIV pozitif olup, fizik muayenelerinde görülen mukoz plak, sifilitik roseola, palmoplantar lezyonlar ve ağız kenarındaki "split" papüller gibi lezyonlar sifilizin bilinen zengin kliniğini yansıtırken, hastalarımızın muayene bulguları ve öyküleri "büyük taklitçi" olarak anılmasını da destekler niteliktedir.

SONUÇ:

Olgularımız sayesinde sifilizin klinik bulguları tekrar gözden geçirilecek ve tanısız basamakları da tartışılacaktır.

Resim 1



Ağız kenarında "split" papüller

Resim 4



El bileğinde eritemli skuamli plak

Resim 2



Sifilitik roseola

Resim 3



Müköz plak

P-26 EROZİV POLİARTRİT-ROMATOİD ARTRİTİN EŞLİK ETTİĞİ NADİR BİR GRANÜLOMATÖZ GEVŞEK DERİ OLGUSU

Hatice Erdi Sanlı¹, Bengü Nisa Akay¹, Mehmet Fatih Atak¹, Şehim Kutlay³, Nurcan Taş³, Aylin Okcu Heper², Banu Farabi¹

¹Ankara Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ:

Granülomatöz gevşek deri sendromu(GGDS); mikozis fungoidesin (MF) sessiz seyirli, nadir görülen bir varyantıdır.

Eritemli, infiltrate, keskin sınırlı yama ve plak lezyonlarla başlar, zamanla kasık ve koltuk altı gibi kıvrım bölgelerinde deri gevşek ve sarkık bir hal alır. Dermatopatolojisinde elastik lif kaybı, emperipolezis, elastofagositoz, multinükleer dev hücreler ve granülom yapıları ile karakterize T hücre infiltrasyonu izlenir. Klasik MF'e göre epidermotropizm daha az görülür. (1,2) Nadiren kronik poliartrit, kutanöz T hücreli lenfomalara eşlik edebilir.(4)

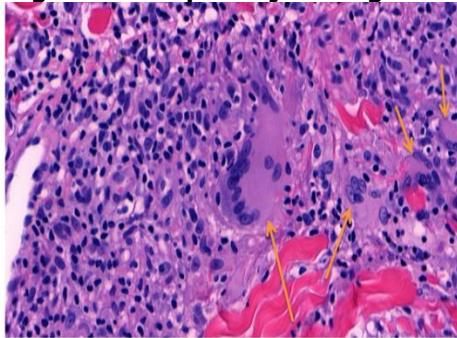
OLGU:

29 yaşında erkek hasta 2012 yılından itibaren olan, omuz ve kalçada eritemli, atrofik yamalar ve inguinal bölgede mor renkli papüller ve strialardan oluşan döküntü şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastamızın deri biyopsisinde multinükleer dev hücreler, granülom yapıları, elastik lif kaybının eşlik ettiği atipik lenfoid infiltrasyon bulundu. Hastamız granülomatöz MF/ GGDS ön tanıları ile takibe alındı. Takibinin ikinci yılında hastanın aksilla ve inguinal bölgede cildinde sarkık görünüm oluşmaya başlaması ile hasta klinik olarak GGDS tanısı konuldu. Hastamız bir dönem takipten çıktıktan sonra 2016 yılında aksiller inguinal bölge derisinde sarkık görünümde artış, karın, sol flank ve glutealarda mor renkli eritemli yeni plakların ortaya çıkması şikayeti ile yeniden takibe girdi. Tedavi ile bir süre stabil izlenen hastanın takibinin 6. yılında her iki el, diz ve ayak bileklerinde ağrı, şişlik ve otuz dakika süren sabah tutukluğu nedeni ile fizik tedavi bölümüne hastamıza HLA DRB1 (+) ve romatoid faktör (RF)(+) eroziv poliartrit tanısı konuldu.

SONUÇ:

Mikozis Fungoides (MF) veya diğer kutanöz T hücreli lenfomalarda kronik poliartrit nadir görülen bir durumdur.(4) Malign T hücreleri eklemlere yerleşerek sitokin üretimi ile inflamasyonu artırıp sinoviyumda artrit oluşumunu tetikleyebilir veya interferon gama ve IL-2 gibi proinflamatuvar sitokinlerin üretimi ile eklemdaki inflamatuvar süreci tetikleyebilir. Burada MF'in nadir varyantı olan GGDS'na eşlik eden eroziv poliartritli bir olgu sunulmuştur.

Olgu dermatopatolojik fotoğraf



*Dermal infiltrasyon küçük veya orta olmak üzere değişik büyüklükte hafif atipik görünümde lenfoid hücrelerden oluşmakta
*Lenfoid hücrelerin arasında multinükleer dev hücreler bulunmakta (ok)

Olgu eklem fotoğrafi



Olgu makroskopik fotoğrafi



Olgu MR fotoğrafi



P-27 AMPİSİLİN+SULBAKTAM ENJEKSİYONU SONRASI NİCOLAU SENDROMU GELİŞEN ÇOCUK OLGU

Nurgül Bayram, Burçe Can Kuru, Bilgen Erdoğan, Zeynep Topkarcı

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Nicolau sendromu, sıklıkla intramusküler, nadiren subkütan veya intravenöz enjeksiyon sonrası gelişen cilt ve cilt altındaki derin dokuların lokal iskemik nekrozu ile karakterize bir komplikasyondur. Çoğunlukla öngörülemez ve önlenemez. Hastalığın patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte; vasküler hasar, perivasküler inflamasyon ve vasküler kontraksiyonun rol oynadığı düşünülmektedir. Klinikte enjeksiyon yerinde ağrı, livedoid dermatit, eritem ve hemorajik plaklar görülebilir. Tedavide; lokal bakım, heparin, vazoaktif ilaçlar, hiperbarik oksijen tedavisi ve cerrahi girişimler kullanılabilir.

OLGU:

Olgumuz 4 yaşında erkek hasta, sağ uyluk lateral yüzde kızarıklık hafif şiddette ağrı ve kaşıntı şikayetiyle çocuk acil servisine başvurdu. Hasta, çocuk acil bölümü tarafından, tarafımıza konsülte edildi. Dermatolojik muayenesinde sağ uyluk lateralinde 1x1 cm genişliğinde eritemli zeminde nekrotik plak saptandı. Hastanın anamnezi sorgulandığında 1 gün önce lezyon yerine intramusküler enjeksiyon yapıldığı öğrenildi. Hastaya bu klinik bulgular eşliğinde Nicolau Sendromu tanısı kondu. Tedavi olarak lokal yara bakım tedavisi uygulandı.

SONUÇ:

Olgumuzu çocuklarda Nicolau sendromunun nadir görülmesi sebebiyle sunduk.

P-28 FASİYAL ERİZİPEL HASTALARINDA UZAMIŞ KLİNİK YANIT İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Ozan Erdem¹, Sümeyre Seda Ertekin², Ayşe Esra Koku Aksu¹, Mehmet Salih Gürel³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

²Aksaray Üniversitesi, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:

Fasiyal erizipel, yüz bölgesi deri ve deri altı dokularının sık görülen enfeksiyonu olmasına rağmen klinik özellikleri ve tedavi yanıtlarını inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada Fasiyal erizipel hastalarının uzamış klinik yanıt ile ilişkili klinik ve laboratuvar özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Aralık 2008 - Aralık 2018 tarihleri arasında dermatoloji servisinde fasiyal erizipel tanısıyla yatırılarak takip edilmiş 30 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, tedavi seçenekleri ve tedaviye yanıtları hastane kayıtlarından taranarak kaydedildi. BULGULAR:Otuz hastanın 25'i (%83) kadın, 5'i (%17) erkek olup, yaş ortalamaları 57 ± 14 idi. On beş (%50) hastada predispozan deri hastalığı, 19 (%63) hastada eşlik eden sistemik komorbid hastalık tespit edildi. Hastaların %33'ünde hastalık başlangıcında ateş ve lenfadenopati mevcuttu. Hastaların klinik özellikleri değerlendirildiğinde %20'sinde vezikül, bül, erozyon, %6'sında abse, %3'ünde nekroz gözlemlendi. Hastaların %54'ünde yüz bilateral tutulmuştu. En sık malar bölge tutulumu (%100) izlenirken bunu sırasıyla periorbital (%60), nasal (%37) ve otik (%20) bölge tutulumu takip etmekteydi. Ortalama hastanede kalış süresi 7.4 ± 3.7 gündü. Otuz hastanın 21'inde tedavi seçeneği olarak tekli antibiyoterapi tercih edilirken geri kalan 7 hastada çoklu antibiyoterapi tercih edilmişti. Tam klinik yanıtı ulaşma süresi 4.8 ± 3.5 gün olarak saptandı. Uzamış klinik yanıt (tam klinik yanıtı ulaşma süresi >5 gün) ile ilişkili faktörler ise ateş ve lenfadenopati varlığı, burun tutulumu, CRP ve eritrosit sedimentasyon yüksekliği olarak tespit edildi.

SONUÇ:

Çalışmamızda fasiyal erizipel hastalarında burun tutulumunun uzamış klinik yanıt ile ilişkili olabileceğine dikkat çekilmek istenmiştir.

P-29 “SLİME”: ÇOCUKLARDA İZOTİAZOLİNON KONTAKT ALERJİSİNİN GÜNCEL BİR NEDENİ

Andaç Salman, Gizem Demir, Özlem Apti

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Metilkloroizotiazolinon/metilizotiazolinon (MCI/MI) ve MI kozmetik ve ev temizliği için kullanılan birçok ürünün bileşiminde koruyucu olarak yer almaktadır. MCI/MI ve MI'ya karşı gelişen kontakt alerji sıklığında dünya genelinde bir artış görülmesiyle birlikte çeşitli düzenlemelerle özellikle kozmetik ürünlerde kullanımları kısıtlanmıştır. Alınan önlemlerle kontakt duyarlanma sıklığında bir azalma sağlanmasına rağmen, MCI/MI ve MI kontakt dermatitin hala en sık nedenlerinden olup, günlük pratikte beklenmedik maruziyet kaynaklarıyla kontakt duyarlanmaya neden olabilmektedir. “Slime” kolaylıkla şekil alabilen yapısı nedeniyle çocuklar arasında giderek popüler hale gelen bir oyun materyalidir. Hazır satılan formlarının yanı sıra ev yapımı “slime” hazırlamak için birçok yazılı ve görsel tarif bulunmaktadır. Bu tariflerde kullanılan çeşitli maddeler arasında kontakt lens solüsyonları, yapıştırıcılar, deterjanlar, tıraş kremleri, şampuanlar ve sıvı sabunlar yer almaktadır.

Bu malzemeler içerisindeki iritan ve alerjik maddelerin çokluğu düşünüldüğünde, oynayan çocuklarda el egzaması gelişimi beklenebilir bir sonuçtur.

OLGU:

Burada el egzaması nedeniyle başvuran, yapılan yama testi sonucunda MCI/MI ve/veya MI kontakt duyarlılığı saptanan 3 çocuk hasta sunulmaktadır. Hasta öykülerinden şikayetlerinin ev yapımı “slime” ile temas sonrası başladığı öğrenilmiş, “slime” karışımı içerisine koydukları malzemeler incelendiğinde kullandıkları bulaşık deterjanı, yapıştırıcı ve sıvı sabunun MCI/MI ve/veya MI içerdiği saptanmıştır.

SONUÇ:

Bu olgu serisi, “slime”’in artan popülaritesi nedeniyle günlük pratikte daha sık karşılaşılabilecek ve çocuklarda el egzamasının ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken “slime dermatiti” hakkında farkındalığı artırmak amacıyla sunulmuştur. Buna ek olarak, el egzamasında etiyolojinin saptanmasında ve nükslerin önlenmesi açısından hastaların doğru bilgilendirilmesinde yama testinin önemi de vurgulanmaktadır.

P-30 SPOROTRIKOİD KUTANE LAYŞMANYAZİS: ÜLKEMİZDE NADİR RASTLANAN BİR FORM

Gizem Pehlivan¹, Nesimi Büyükbabani², Can Baykal¹

¹İstanbul Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Kutane layşmanyazis, layşmanya genusuna ait parazitlerin rol oynadığı vektör aracılı bir hastalıktır. Ülkemizin de aralarında bulunduğu 70'ten fazla ülkede hastalık endemik olarak görülmektedir. Çok zengin klinik bulgularının olması sebebiyle 'büyük taklitçi' olarak kabul edilir. Farklı ülkelerde farklı suşların etkili etken olabilmesi ile ilişkili olarak ülkeler arasında klinik farklılıklar da olabilmektedir. Sporotrikoid layşmanyazis, layşmanyal parazitlerin ve antijenlerin lenfatikler boyunca yayılmasıyla meydana gelen multipl lezyonlara yol açan bir klinik varyanttır. Türkiye'nin bulunduğu coğrafyada endemik olan *L. tropica* ve *L. major* ile nadir bildirilen bir varyant olmasına karşın, Yeni Dünya kutane layşmanyazisi etkenleri ile sporotrikoid lezyonlar görece daha sık bildirilmektedir.

OLGU:

Deri lezyonlarının çıkmasından önceki birkaç aylık dönemde aralarında Güney Amerika ülkelerinin de olduğu birçok ülkeye seyahat eden 50 yaşında erkek hastada sol üst ekstremitte ile sınırlı ülser ve papulonodüller şeklindeki lezyonlarda sporotrikoid layşmanyazis tanısı konuldu ve 20 günlük sodyum stiboglukonat tedavisi ile tüm lezyonlar geriledi.

SONUÇ:

Alınan öykü, lezyonların çıkış zamanı ile seyahat arasında geçen süre ve sporotrikoid layşmanyazisin epidemiyolojik özellikleri göz önüne alınarak olgumuzun Bolivya'da infekte olduğu düşünüldü. Dünyada artan göçler ve seyahatler göz önüne alındığında olgumuzda olduğu gibi ülkemiz için nadir hastalık veya alt tiplerinin de zaman zaman karşımıza çıkabileceği göz önünde bulundurulmalı ve sporotrikoid lezyonlar ile başvuran hastalarda geniş bir ayırıcı tanı yapılmalıdır.

P-31 NÖTROFİLİK ÜRTİKERYAL DERMATOZLU ÜÇ HASTADA DOKSEPİN TEDAVİSİ SONUÇLARI

Goncagül Babuna Kobaner, Zeynep Yılmaz, Armağan Kutlay, Esen Özkaya

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Nötrofilik ürtikeryal dermatoz, klinik olarak 24-48 saat içinde iz bırakmadan kaybolan ürtikeryal lezyonlarla, histopatolojik olarak da perivasküler/interstisyel nötrofil infiltrasyonu ve lökositoklazi ile karakterize, kronik seyirli bir tablodur. Histopatolojide damar duvarlarında fibrinoid nekroz görülmemesi ile ürtikeryal vaskülit, lökositoklazi varlığıyla da nötrofilik ürtikerden ayırt edilmektedir. Bu özellikleri ile klasik ürtiker-nötrofilik ürtiker-ürtikeryal vaskülitte birlikte bir spektrumun parçası olarak görülebilir. Klasik antihistaminik tedavisine yanıt iyi olmayıp nötrofil migrasyonunu engelleyen dapson ve kolşisin ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Yüksek H1 ve H2 antihistaminik etkiye sahip eski bir trisiklik antidepresan olan doksepinin kronik ürtikerin yanı sıra ürtikeryal vaskülitte de etkili olabileceğini bildiren yayınlar vardır.

Bu çalışmada klasik antihistaminik, dapson ve kolşisin tedavisine yanıt vermeyen nötrofilik ürtikeryal dermatozlu üç olguda doksepin tedavisinin sonuçları sunulmaktadır.

OLGU:

1998-2017 yılları arasında Anabilim Dalımız Alerji Polikliniği'nde, klinik ve histopatolojik bulgulara dayanarak nötrofilik ürtikeryal dermatoz tanısı konan 3 kadın olgunun yaşları 39-62 arasında, hastalık süreleri 9-48 ay arasında değişmekteydi. İki hastada klinik tablo spektrumun klasik ürtiker, bir hastada ise ürtikeryal vaskülit kısmına daha yakındı. Hastaların hiçbirinde ateş veya artralji eşlik etmiyordu. Laboratuvar bulguları normaldi. Histopatolojide dermiste lökositoklazin eşlik ettiği yoğun perivasküler ve interstisyel nötrofilik infiltrasyon görülürken hiçbir olguda damar duvarında fibrinoid nekroz saptanmadı. Olguların üçünde de yüksek doz antihistaminik tedavisiyle, ayrıca ikisinde kolşisin, birinde de dapson tedavisiyle yanıt alınamamıştı. Doksepin tedavisiyle ortalama 1,5 haftalık bir sürede iki hastada "tam yanıt" (ÜAS7'de $\geq$ %90 azalma), bir hastada "kısmi yanıt" (ÜAS7'de %51-89 azalma) gözlemlendi. İlaç kullanım süresi 8-52 hafta, dozu ise 20mg-50mg/gün arasındaydı. Tam yanıt görülen iki hastada doksepin kullanımı sırasında (2-12 ay) aktivasyon görülmedi. Olguların hepsinde hafif sedasyon gözlemlendi, ancak tedavinin kesilmesini gerektirecek düzeyde değildi.

SONUÇ:

Klasik ürtiker ve ürtikeryal vaskülit arasında bir geçiş formu olarak değerlendirilebilecek nötrofilik ürtikeryal dermatoz tablosunda doksepinin etkinliği dikkat çekici olup konunun daha geniş olgu serilerinde araştırılması gerektiği görüşüne varılmıştır.

P-32 REAKTİF GRANÜLOMATÖZ DERMATİT: RETROSPEKTİF KLİNİKOPATOLOJİK DEĞERLENDİRME

Müge Göre Karaali¹, Vefa Aslı Turgut Erdemir², Asude Kara Polat¹, Ayşe Esra Koku Aksu¹, Cem Leblebici³, Mehmet Salih Gürel²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Reaktif granülomatöz dermatitler(RGD); sistemik bir tetikleyici varlığında oluşan palizatlaşan nötrofilik ve granülomatöz dermatit(PNGD), interstisyel granülomatöz dermatit(İGD) ve interstisyel granülomatöz ilaç reaksiyonlarını(İGİR) kapsayan bir antitedir. Hastalığın etyolojisinde bağ doku hastalıkları, solid organ veya hematolojik maligniteler, ilaçlar ve diğer otoimmün hastalıklar bulunabilir. Bu çalışma ile hastanemizde RGD tanısı almış 10 hastanın klinikopatolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Ocak 2012-Aralık 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği polikliniğine başvurmuş ve klinikopatolojik olarak RGD tanısı alan 10 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, tanıya kadar geçen süre, klinik ve histopatolojik özellikleri yönünden değerlendirildi.

BULGULAR:

On hastanın, 3 (%30)'ünde PNGD, 7 (%70)'sinde İGD saptandı. İGİR tanısı alan hasta yoktu. Hastaların 8'i kadın, 2'si erkek olup yaş ortalamaları 54,6 idi. Tanıya kadar geçen süre ortalama 2,9 yıldır. Lezyonların en sık yerleşim yeri üst ekstremiteler ve/veya gövdeydi (8/10). Lezyonlar 2 hastada izole kruris yerleşimliydiler. PNGD tanısı olan 3 hastanın 2'sinde lezyonlar ekskoriye papüller şeklinde olup, 1 hastada izole kruris yerleşiminde peteşiyal makülopapüller şeklindeydi. İGD hastalarında lezyonlar en sık eritemli papül ve plaklar (3/7) şeklinde olup, diğer hastalarda ürtikeryal plaklar, kserotik eritemli plaklar, eritemli skuamli papül ve anüler plaklar, peteşiyal makül ve papüller şeklindeydi. İGD için klasik olarak tanımlanan eritemli palpable kordlar hiçbir hastada saptanmadı. Histopatolojik incelemede hastaların %80'inde kollajen dejenerasyonu, %50'sinde münis pozitifliği, %20'sinde küçük damarları tutan vaskülit, %20'sinde nekrobiosis, %10'unda seyrek multinükleer histiositik dev hücre mevcuttu. Hastaların 6 (%60)'sında RGD ilişkili olabilecek hastalık mevcut olup, bunların 3'ü (antifosfolipit antikor sendromu, romatoid artrit ve otoimmün hepatit ve hashimoto tiroiditi birlikteliği) RGD tanısı öncesi mevcuttu; 3'ü (Churge Strauss sendromu, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus) tanı sonrası değerlendirmede saptandı. Takipte hastaların lezyonları tamamen gerilemiş olup, nüks saptanmadı.

SONUÇ:

RGD nadir görülen bir hastalıktır. Etiyolojide yer alan hastalıklar açısından hastaların tetkik edilmesi ve takibi önemlidir.

P-33 BİLATERAL AKSİLLER ŞEKİL BOZUKLUĞUNA YOLAÇAN DİSTROFİK KALSİFİKASYON VE ARDINDAN GELİŞEN SÜRPRİZ TABLO:DERMATOMYOZİTLİ ERİŞKİN BİR OLGU

Şirin Yaşar¹, Emine Daşbaşı¹, Dua Cebeci², Ayşegül Sevim Keçici¹, Pembegül Güneş³

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, İstanbul

²Gazimağusa Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Kıbrıs

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Dermatomyozit (DM), juvenil ve erişkin tip olarak iki yaş aralığında sık görülen otoimmün inflamatuvar bağ dokusu hastalığıdır. Proksimal kas tutulumu ile seyreder. Güneş gören bölgelerde özellikle saçlı deri, perioküler, ekstansör yüzeylerde karakteristik pembe-mor poikiloderma, belirgin tırnak yatağı değişikliği ve parmak eklemlerinde pembe-mor papüller ile karakterizedir. Erişkinlerde interstisiyel akciğer hastalığı, amyopatik dermatomyozit ve miyozit spesifik antikor görülme oranı daha fazla olup malignite ile belirgin ilişki görülmektedir. Çocukluk çağı dermatomyozitinde ise kalsinozis, ülserasyon ve vaskülopati görülme oranı daha fazladır. Distrofik kalsinozis juvenil olguların %45-75'inde görülürken erişkin başlangıçlı DM olgularında bu oran %10-20 ile sınırlıdır. Kalsinozis, hastalık başlangıcından 4 ay ila 12 yıl gibi bir sürede ortaya çıkar. Ciddi cilt tutulumu olan olgularda kalsinozis daha sıktır.

OLGU:

Kırküç yaşında kadın hastanın 3 yıldır her iki koltuk altında giderek hareket güçlüğü oluşturan sertlikleri mevcuttu. Bu nedenle yapılan insizyonel biyopside yaygın kalsifikasyonlar ve kollajen dokuda dejenerasyon ile uyumlu bulgu saptanıp hastada otoimmün bağ dokusu hastalıklarının araştırılması önerilmişti. Hasta takiplere gelmedi, 1 yıldır bacaklarda güçsüzlük ve düşme atakları ile beraber yüzde ve kollarda kızarıklık ve ödem, parmak üzerinde eritemli nodüller ile başvurdu. Hastanın kas biyopsisi miyozit ve deri lezyonları klinik ve patolojik olarak dermatomyozit ile uyumlu saptandı. Aksilladaki kalsifikasyon ve sklerozun derecesi artmıştı. ANA 3 pozitif ve kreatin kinaz düzeyi yüksek saptandı. Romatoloji ile beraber sistemik metotreksat 15 mg/ hafta ve 8 mg/g diltakortril başlandı. Kalsifikasyonlara yönelik fizik tedavi ve sodyum tiyosülfat planlandı.

SONUÇ:

Distrofik kalsifikasyonun dermatomyozitin öncü lezyonu olması, dismorfik bozukluğa yol açması-yaşam kalitesini ileri derecede bozması ve erişkin dönemde dermatomyozite eşlik etmesi nedeni ile olgu sunmaya değer bulunmuştur.

Resim 1



Aksillada Kalsifikasyon ve sklerosis

Resim 2



Her iki kol ekstansör yüzde yaygın eritem ve minimal ödem

P-34 DİKLOFENAK SODYUM ENJEKSİYONUNA BAĞLI NICOLAU SENDROMU: OLGU SUNUMU

Ceyda Çaytemel¹, Filiz Topaloğlu Demir¹, Erol Kozanoğlu², Zafer Türkoğlu¹, Baran Cayhan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Nicolau sendromu, sıklıkla intramusküler olmak üzere parenteral enjeksiyon sonrası cilt ve subkutan doku nekrozu ile karakterize nadir bir antitedir. Klinik olarak enjeksiyon sonrası bölgede şiddetli ağrı, hızlı gelişen ödem ve eritem, retiküler purpura ve ilerleyen dönemde eskar kaplı ülserler ile karakterizedir (1). Biz burada intramusküler diklofenak sodyum enjeksiyonu sonrası gelişen; pentoksifilin, enoksaparin sodyum, hiperbarik oksijen tedavisi, debridman ve fasiyokutan flep ile tedavi edilen Nicolau sendromlu hastayı sunduk.

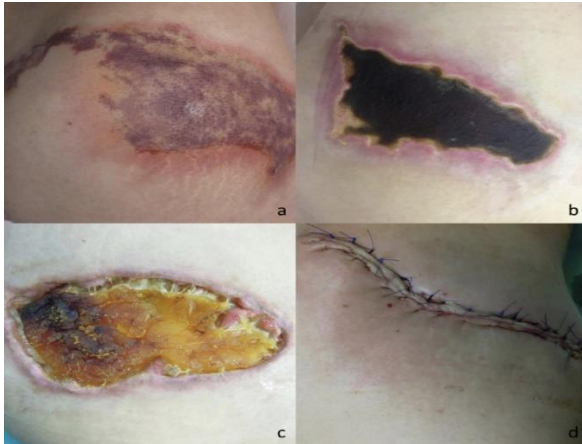
OLGU:

Kırk üç yaşında kadın hasta 9 gün önce bel ağrısı nedeniyle başvurduğu acil serviste yapılan intramusküler diklofenak enjeksiyonu sonrası başlayan, sağ kalçada giderek büyüyen ağrılı mor renkli leke şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde sağ kalça superolateralinde yaklaşık 6x10 cm boyutlarında mediale doğru parmaklı uzanım gösteren eritemli zeminde morumsu renkte retiküler paternde ağrılı endure plak mevcuttu. Yapılan yüzeysel doku ultrasonografisinde cilt altı yağ doku kalınlığı artmış ve yağ nekrozu ile uyumlu olarak heterojen hipoekoik görünümdeydi. Hastaya bu klinik ve radyolojik bulgularla birlikte diklofenak enjeksiyonuna bağlı Nicolau sendromu tanısı kondu. Hastaya pentoksifilin ampul, enoksaparin sodyum ve hiperbarik oksijen tedavisi başlandı. Yetersiz yanıt alınan ve demarkasyon hattı oturan hastaya debridman ve inferior temelli fasiyokutan flep ile onarım yapıldı.

SONUÇ:

Nicolau sendromu (*Embolia cutis medicamentosa*); penisilinler, NSAİ ilaçlar ve glukokortikosteroidler gibi çeşitli ilaçların enjeksiyonuna bağlı gelişen nadir bir iatrojenik deri ve deri altı dokusunun nekrozudur (1,2). İntramusküler yerine subkutan enjeksiyon, intraarteriyel enjeksiyon, NSAİ ilaçlara bağlı oluşan vazospazm oluşumunda suçlanan mekanizmalar arasındadır (3). Z tekniği ile enjeksiyon, uzun iğne kullanımı, sağ üst kadrana enjeksiyon ve aspirasyon gibi enjeksiyon teknikleri ile önlenabilir (4). Klinisyenler bu nadir komplikasyon ve ivedi tedavi açısından uyanık olmalıdır.

Resim 1



a, İlk başvuruda görülen sağ kalça superolateralinde retiküler paternde endure plak b, Pentoksifilin, enoksaparin ve hiperbarik oksijen tedavisi sonrası küçülmüş eskar kaplı ülser c, Eskar dokusunun debridmanı sonrası görülen subkutan yağ dokuda nekroz d, Fasiyokutan flep ile onarım sonrası görünüm

P-35 YÜZDEKİ İNCE VASKÜLER LEZYONLARDA LONG PULSE ND:YAG LAZER ETKİNLİĞİ

Aylin Öztürk Meral

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Birimi

GİRİŞ:

Yüz derisindeki Telenjektazi, anjiyom gibi milimetrik lezyonlar küçük olsalar dahi kozmetik olarak kişilerin problem yaşadıkları dermatolojik lezyonlardır. Bu lezyonların topikal ajanlarla tedavisi genellikle mümkün olmamaktadır. Genellikle girişimsel işlemlere ihtiyaç olmaktadır. Bu lezyonlarda lazer tedavileri son yıllarda daha yüz güldürücü olarak öne çıkmaktadır.

OLGU:

Kliniğimize başvuran hastalardan yüzde vasküler genişlemeleri olan olgulardan long pulse Nd:YAG tedavi ile tek seansta belirgin fayda edildiği saptanmıştır. Bu hastalara 3 mm spot büyüklüğü ile tek veya çoklu atışlar ile tedavi zimmer soğutma sistemi eşliğinde uygulanmıştır. Yüzde spider anjiyom veya rosacea'ya bağlı telenjektazileri olan hastalar senil anjiyomla uyumlu lezyonu olan hastalar tercih edilmiştir. Hastalar genelde tek seans tedavi uygulanıp 6 hafta sonra kontrole çağırılmıştır.

SONUÇ:

Long pulse Nd:YAG lazer uygun dalga boyu ve yüzde 3 mm spot büyüklüğü ile 120-130 J/sn. yüksek fluance atışları ile yüzdeki milimetrik vasküler lezyonlarda tek seansta bile çok etkin tedavi edilebilmektedir.



Resim 1 - Tedavi öncesi ve sonrası



Resim 2 - Burun ucu senil anjiyom tedavisi öncesi ve sonrası

P-37 YATIRILARAK TEDAVİ EDİLMİŞ HERPES ZOSTERLİ OLGULARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ: 7 YILLIK TECRÜBEMİZ

Emine Daşbaşı, Güldehan Atış, Ayşegül Sevim Keçici, Fatih Göktay

SBÜ HAYDARPAŞA NUMUNE SUAM, DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ABD, İSTANBUL

GİRİŞ VE AMAÇ:

Herpes zoster (HZ) infeksiyonu, varisella zoster virusun dorsal kök gangliyonlarında reaktif olmasıyla ortaya çıkan sekonder infeksiyondur. Dermatomal olarak dağılım gösteren lezyonlar, makülopapüler olarak başlayarak kısa sürede karakteristik lezyonu olan veziküllere dönüşmektedirler. Amacımız, kliniğimizde yatırılarak tedavi edilmiş HZ tanılı olguların demografik ve klinik özelliklerini incelemek, olası tetikleyici faktörleri belirlemek ve mevsimlere göre dağılımını ortaya koymaktır.

YÖNTEM:

Ocak 2011-Aralık 2018 tarihleri arasında kliniğimizde yatırılarak tedavi edilmiş HZ tanılı olgular retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru ayı ve mevsimi, tutulan segment, tetikleyici faktör, prodromal ağrı varlığı ve gelişen komplikasyonlar hasta dosyaları taranarak tespit edildi.

BULGULAR:

Yüzyetmişbir hastanın 91'i kadın (%53.2) iken 80'i (%46.8) erkek hastalardan oluşmakta idi. Hastaların yaş ortalaması 63.61 ± 16.97 (minimum:10, maksimum:96) idi. Hastaların 92'si (%53.8) geriyatrik hastalarda oluşmakta idi. Hastalar en çok kış mevsiminde (n=53, %31) tanı alırken sırasıyla ilkbahar (n=43, 25.2%), sonbahar (n=35, %20.4) ve yaz (n=40, %23.4) mevsimlerinde tanı almışlardı. Çalışmamızda herpes zosterin en sık gözlemlendiği aylar sırasıyla ocak ayı (n=21, %12.3), aralık ayı (n=18, %10.5) ve mart ayı (n=18, %15.5) idi. En sık tutulan üç segment sırasıyla trigeminal (n=60, %35), torakal (n=49, %28.6) ve servikal (n=22, %12.8) iken 16 hastada (%9.3) dissemine zona gözlemlendi. Hastaların 113'ünde (%66) olası tetikleyici faktör saptanmazken, 58'inde (%34) olası tetikleyici faktör saptandı. En sık gözlenen üç tetikleyici faktör sırasıyla immünsüpresif tedavi (n=26, %44.8), malignite (n=18, %31) ve emosyonel stres (n=9, %15.5) idi. Hastaların 139'unda (%81.2) prodromal ağrı saptanırken, 32'sinde (%18.8) prodromal ağrı saptanmadı. Hastaların ortalama hastanede yatış süresi 9.23 ± 2.98 gün idi. Hastaların %74.8'i (n=129) intravenöz asiklovir tedavisi, %8.4'ü (n=14) intravenöz asiklovir ve oral valasiklovir tedavisi, %5.4'ü oral valasiklovir tedavisi almışken %11.4'ü (n=19) diğer tedavileri almıştı.

SONUÇ:

Herpes zoster infeksiyonu, özellikle trigeminal segment tutulumu yaptığında ve yaşlı hastalarda daha sık komplikasyona yol açtığından, bu hastalar daha sık yatırılarak tedavi edilmişlerdir.

P-38 ASİTRETİN İLE TEDAVİ EDİLEN DİRENÇLİ LİKEN AMİLOİDOZ OLGUSU

Sevim Baysak¹, Tuğba Falay Gür¹, Zafer Küçükodacı², Sevil Savaş Erdoğan¹, Zeynep Müzeyyen Altan Ferhatoğlu¹, Bilal Doğan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

GİRİŞ:

Primer kutanöz amiloidoz, herhangi bir iç organda birikim olmadan, ciltte sınırlı miktarda amiloid birikimi ile karakterize bir hastalıktır. Liken amiloidoz primer kutanöz amiloidozun en sık görülen şeklidir. Tipik olarak, pruritik, sert, hiperpigmente, birleşme eğiliminde hiperkeratotik papüller şeklinde ortaya çıkar. Hastalık şiddetli ve yaygın olduğunda tedavisi genellikle zordur. Biz burada 3 yıldır devam eden yaygın ve düşük doz asitretine cevap veren bir olgu sunuyoruz.

OLGU:

Otuz iki yaşında erkek hasta polikliğimize omuz ve sırt bölgesinde 3 yıldır devam eden kaşıntı nedeniyle başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde özellikle her iki kol proksimalinde, deltoid bölgede ve her iki skapular bölgede daha yaygın, deri renginden biraz koyu, birleşme eğiliminde yaygın papüler lezyonlar saptandı (Resim 1-2). Hasta bu şikayetleri için daha önce topikal steroidler ve takrolimus kullanmış ve 40 seans fototerapi almıştı. Hastanın biyopsisinde papiller dermiste kongo kırmızısı özel boyası ile boyanan homojen amorf madde birikimi saptandı (Resim 3). Hastaya Liken amiloidoz tanısıyla 25 mg/gün asitretin başlandı. Tedavinin 1. ayında kaşıntı şikayeti tamamen geçen hastanın lezyonlarında büyük oranda gerileme oldu (Resim 4).

SONUÇ:

Liken amiloidozu (LA), bacak ve ekstremitelerin diğer ekstensör yüzeylerinde yer alan inatçı, pruritik papüller ve plaklar ile karakterize primer bir kutanöz amiloidoz türüdür. Primer kutanöz amiloidozun etiyolojisi iyi anlaşılmamıştır. Histopatolojisinde papiller dermiste amiloid birikintileri görülür. LA için çeşitli tedavi seçenekleri vardır ancak hiçbirisi tatmin edici değildir. LA için tedavi seçenekleri topikal veya intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonları, topikal veya oral dimetil sülfoksit, kalsipotrien, topikal kalsinörin inhibitörleri, fototerapi, asitretin, etretinat, kriyocerrahi, dermabrazyon ve ablatif lazer tedavileridir. Ancak, bu terapi seçeneklerinin hiçbirisi tamamen etkili değildir.

Biz hastamıza 25 mg/gün oral asitretin başladık. Tedaviden 1 ay sonra kaşıntıları tamamen geriledi ve lezyonlarında büyük oranda gerileme saptandı. Takipleri devam eden hastamızda nüks saptanmadı. Olgumuzu yaygın ve dirençli liken amiloidozda asitretinin akılda bulunulması gereken bir tedavi seçeneği olduğunu vurgulamak için sunmayı uygun bulduk.

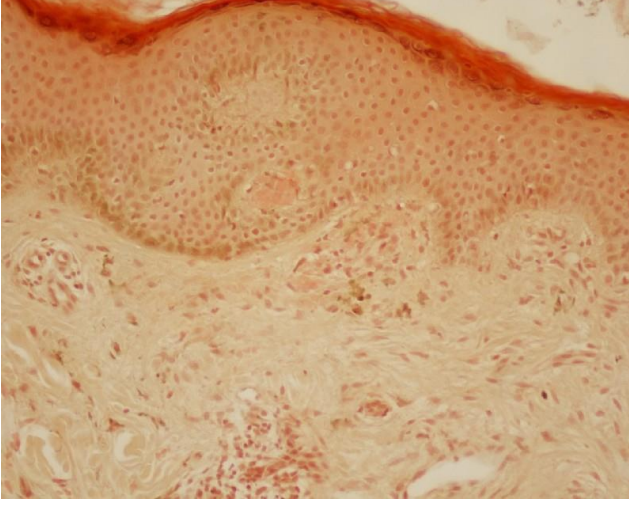
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4



P-39 LİPOİD PROTEİNOZ: OLGU SUNUMU

Betul Macit, Simge Süel, Güldehan Atış, Sema Aytekin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Lipoid proteinoz (LP) deri ve bir çok organ mukoza membranında amorf hyalin material birikimiyle seyreden otozomal resesif bir hastalıktır. Klinik bulgular arasında cilt ve mukozalarda değişen derecelerde kalınlaşma, vokal kordların infiltrasyonu ile oluşan seste boğuklaşma ve daha nadir olarak görülen nöropsikiyatrik anormallikler bulunur. Burada 26 yaşında klinik ve histopatolojik olarak lipoid proteinoz tanısı almış olgu hastalığın nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

OLGU:

Yirmi altı yaşında erkek hasta dilde ve ciltte yaygın kabarıklıklar şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Ebeveynler akraba olup, amcasının oğlunda benzer durum mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde; kirpik diplerinde lineer sıralı birkaç mm boyutunda papüller, oral mukozada papüller, yüz, gövde ve ekstremitelerde yaygın atrofik skarlar ve ayak tabanında hiperkeratotik alanlar saptandı. Özellikle dirseklerde ve pretibial bölgede kalın kserotik verrüköz papüller mevcuttu. Oral mukoza atrofik ve yer yer ödemli idi. Psikiyatrik muayenesinde depresif belirtiler, kulak burun boğaz muayenesinde disfoni saptandı. Kraniyal MR görüntülemesinde bilateral mezial temporal bölgelerde kalsifikasyon saptandı. Hasta bu klinik bulgularla LP olarak değerlendirildi.

SONUÇ:

Lipoid proteinoz hyalin materyalin deri, oral kavite, larinks ve iç organlarda infiltrate olmasıyla karakterize nadir görülen otozomal resesif bir hastalıktır. LP, ECM1 genindeki fonksiyon kaybına neden olan mutasyondan kaynaklanmaktadır. İlk ve en sık klinik bulgusu genellikle bebeklik döneminde görülen seste boğuklaşmadır. Deri lezyonlarında ilk aşamada ice-pick skar ile iyileşen vezikülobüllöz ve hemorajik krutlar görülürken bu aşamayı özellikle yüzde sarımsı düz papül ve plakların oluşturduğu diffüz kalınlaşma takip eder. Kol ve bacakların ekstansör kısımlarında hiperkeratotik görünümde ilerleyen dönemlerde görülür. Klasik ve tanı için en spesifik klinik bulgusu ise göz kapaklarında boncuk benzeri dizilim gösteren papüllerdir. Santral sinir sisteminde radyolojik olarak intrakraniyal kalsifikasyonlar görülürken klinik olarak da psikoz, parsiyel nöbet, panik atak ve progresif amnezi ile kendini gösterebilir. Tedavide oral dimetiksufoksit, penisilamin ve etretinat gibi ajanlar kullanılmasına rağmen etkili bir tedavi yöntemi gösterilememiştir..LP tanılı olguların ailelerine, diğer aile üyelerinde hastalığın görülme riski açısından danışmanlık verilmelidir.

P-41 LARİNKS KANSERİNİN ÇENE BÖLGESİNE KUTANÖZ METASTAZI: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Özlem Akın Çakıcı¹, Meryem Aktaş¹, Özlem Apti¹, Selim Yiğit Erçetin², Dilek Seçkin Gençosmanoğlu¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Larinks kanseri tüm baş-boyun kanserlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Epitelyal larinks karsinomunun bölgesel lenf nodlarına yayılımı sık görülmekle birlikte uzak metastaz oranı %6.5 - %7.2 arasında değişmektedir. Deri metastazı ise literatürde oldukça nadirdir. Deri metastazları klinik olarak genellikle soliter ya da multipl, ağrısız, sert nodüller şeklinde olup, inflamatuvar, ülser, sklerodermoid ve zosteriform morfolojide metastazlar da literatürde bildirilmiştir.

OLGU:

Burada 4 yıl önce larinks kanseri tanısıyla opere olan ve 1.5 ay önce çenede minör travma sonrası oluşup hızla büyüyen, yaklaşık 2 cm çapında kitle nedeniyle tarafımıza başvuran, 70 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır. Polikliniğimize başvuru öncesinde dış merkezde tinea barbae düşünülerek sistemik antifungal tedavi aldığı öğrenilen olgunun çenedeki kitlesinin histopatolojik incelemesi skuamöz hücreli morfolojide karsinom infiltrasyonu ile uyumlu bulunmuş, eş zamanlı yapılan PET-CT de çok sayıda viseral hipermetabolik odak saptanmıştır.

SONUÇ:

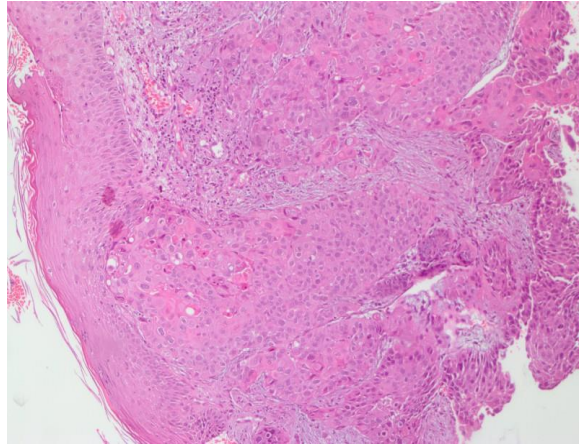
Epitelyal larinks kanserinin baş-boyun bölgesi deri metastazı çok nadir olup, deri metastazının ortaya çıkışı ile aynı anda çok sayıda viseral metastaz saptanan bu hastada olduğu gibi kötü prognozla ilişkilidir. Yerleşim yeri nedeniyle nadir olan bu kutanöz metastaz olgusu, lezyonun klinik görünümü ve mevcut hasta öyküsü göz önüne alındığında diğer benign patolojilerden metastatik lezyonların ayrımının önemini vurgulamak amacıyla sunulmaktadır.

Resim 1



Çene bölgesinde yaklaşık 2 cm çapında, eritemli, iyi sınırlı, infiltrate tümör

Resim 2



Yüzeyel ve derin dermiste, iri nükleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı, skuamöz hücreli morfolojide karsinom infiltrasyonu.

P-42 DİLDE SCHWANNOM; NADİR BİR OLGU

Nimet Yeşim Günay¹, Ayşe Kavak¹, Burçe Can Kuru¹, Bilgen Erdoğan¹, Zeynep Topkarcı¹, Mehmet Sar²

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

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

GİRİŞ:

Schwannom veya nörolemmoma periferik sinirlerin schwann hücrelerinden kaynaklanan, yavaş büyüyen, soliter ve kapsüllü bir benign tümördür. Schwannomalar, çoğunlukla baş ve boyun bölgesinden köken alır (%25-40) ve bunların da sadece %1-12' si ağız içi kaynaklıdır. Oral mukozada en sık dil tutulur.

OLGU:

Yirmi yedi yaşında erkek hasta yaklaşık iki aydır dilde yara şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın oral muayenesinde dil ucunda, yüzeyi düzgün, pembe renkli, 1x1 cm boyutlarında nodüler lezyon izlendi. Kulak burun boğaz hastalıkları kliniğine total eksizyon için konsulte edildi. Patolojik inceleme ile schwannoma ile tanısı konuldu.

SONUÇ:

Bu olguyu dil schwannomlarının nadir görülmesi ve oral kavite kitlelerinin ayırıcı tanısında düşünülmesi gerektiği nedeniyle paylaştık.

dil schwannom



P-43 MARJOLİN ÜLSERİ: OLGU SUNUMU

Hazel Ezgi Kaya¹, Ezgi Özkur¹, Aslı Aksu Çerman¹, Ilknur Kıvanç Altunay¹, Deniz Tuncel²

¹SBÜ Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü

²SBÜ Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

GİRİŞ:

Kronik yara zemini ve skar dokusundan gelişen nadir görülen skuamoz hücreli karsinom formuna Marjolin ülseri adı verilir ve klinik olarak daha agresif seyir ile karakterizedir.

OLGU:

63 yaşında erkek hasta, sol alt ekstremitte proksimomedyalinde 6 yaşında oluşan yanık sonrası gelişen skar zemininde yara nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Mevcut skarda 6 aydır kurutlanma tarif ediyordu, dermatolojik muayenesinde yaklaşık 4*5.5 cm çaplı verrüköz plak vardı. Lezyonun histopatolojik incelemesi iyi diferansiye skuamoz hücreli karsinom ile uyumluydu. Hastanın ileri incelemesinde sağ inguinal bölgede 2 adet sentinel lenf nodu tespit edildi ve patoloji sonuçları reaktif hiperplazi olarak raporlandı. Lezyonun eksizyonu sonrası cerrahi sınırlar negatif saptandı ve hasta takibe alındı.

SONUÇ:

Marjolin ülserinin nadir görülmesi, kronik yara zemini veya skar dokusundan gelişebilecek SCC açısından hastaların dikkatli takibinin önemini vurgulamak için bu olguyu sunmak istedik.

P-44 FLOROSKOPİ İLİŞKİLİ KRONİK RADYODERMATİT: EKSIZYON VE ROMBOİD FLEP İLE REKONSTRÜKSİYON

Müge Göre Karaali¹, Soner Karaali², Mehmet Salih Gürel³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Floroskopi, minimal invaziv işlemlerde gerçek zamanlı görüntüleme amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Floroskopi ilişkili kronik radyodermatit tanısı, hastaların cerrahi işlemler esnasında radyasyon maruziyetini farketmemeleri nedeniyle atlanabilmektedir. Uzun süreli maruziyet veya çok sayıda işlem uygulanması akut ve kronik cilt hasarını arttırmaktadır. Literatürde hastalığın ideal bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Malignite gelişim riski nedeniyle tanının erken konması önemlidir.

OLGU:

Altmış sekiz yaşında hipertansif, diyabetik erkek hasta, polikliniğimize 1 yıldır olan sırtında sertlik ve üzerinde iyileşmeyen yara şikayeti ile başvurdu. Hastanın 7 yıl önce ilk gün 5 saat, ertesi gün 3 saat süren; 2 yıl önce de 3 saat süren koroner anjiyografi ve stent öyküsü mevcuttu. Son girişimden 1 yıl sonra sırtta sertlik ve 2 yıl sonra sertlik üzerinde topikal tedavilere yanıtızsız ülser gelişmiş idi. Dermatolojik muayenede sol skapular bölgede 4x5 cm çapında dikdörtgen şekilli lividi eritemli, sklerotik, telenjektatik plak üzerinde 2,5x5 cm çapında keskin sınırlı, yeşil-gri renkli, nekrotik krutlu ülser saptandı. Alınan punch biyopsi radyodermatit ile uyumlu idi. Lezyonun yerleşim yeri, hastanın floroskopi eşliğinde koroner girişim öyküsünün olması, klinik ve patolojik bulgular ile değerlendirildiğinde "Floroskopi ilişkili kronik radyodermatit" tanısı kondu. Malignite gelişim riski nedeniyle lezyon eritemli sınırdan total eksize edildi ve romboid flep ile onarıldı. Eksizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde malign bulgular gözlenmeyip tanı kronik radyodermatit ile uyumlu idi.

SONUÇ:

Floroskopi ilişkili kronik radyodermatit floroskopi maruziyetinin az olduğu durumlarda dahi gelişebilmektedir. Radyasyonun indüklediği malignite riski nedeniyle lezyonun cerrahi eksizyon ve rekonstrüksiyonu tercih edilebilir tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır.

P-45 RICKETTSIA CONORII'NİN NEDEN OLDUĞU RİKETSİYAL ENFEKSİYON: OLGU SUNUMU

Mahmut Sami Sari, Zeynep Topkarcı, Burçe Can Kuru, Bilgen Erdoğan, Damlanur Sakız

Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ:

Rickettsia türleri, Rickettsiaceae ailesinde yer alan gram-negatif, küçük pleomorfik-kokobasil, zorunlu hücre içi bakterilerdir. Riketsiya, serolojik ve genotipik olarak benekli ateş grubu, tifus grubu, Rickettsia belli ve Rickettsia Canadensis olarak dört gruba ayrılır. Benekli ateş grubundaki Rickettsia conorii'nin Avrupa'da özellikle Akdeniz'e kıyısı olan ülkelerde ve ülkemizde akdeniz benekli ateşine neden olduğu bildirilmektedir. Rickettsia türlerinin canlılara bulaşmasında çoğunlukla keneler, bazılarında ise pire veya akarlar vektör konumundadır. Tanıda altın standart immunfloresan antikor tayinidir. Diğer testlerin olmadığı durumlarda Weil-Felix testi kullanılabilir.

OLGU:

Bizim hastamız da 55 yaşında kadın hasta bacaklardan başlayan ve vücuda yayılan lividi eritemli endüre papüler lezyonlar ile bize başvurdu. Bilinen kene ile teması, kene ısırma yerine uyan lezyonu yoktu.

SONUÇ:

Tarama ve tetkikler sonucu R. Conori antijenleri (+) gelen hastaya doksisisiklin tedavisi 14 güne tamamlanacak şekilde verildi. Olgumuz R.conorii'ye bağlı riketsiyal enfeksiyonun ülkemizde nadir görülmesi sebebiyle sunulmaktadır.

P-46 P-ANCA POZİTİF PROPİLTİOURASİL İLİŞKİLİ PİYODERMA GANGRENOSUM

Ebru Soydan Yaprak¹, Ayşe Kavak², Zeynep Topkarcı¹, Bilgen Erdoğan¹, Burçe Can Kuru¹, Damlanur Sakız¹

¹Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Özel Nisa Hastanesi

GİRİŞ:

Piyoderma gangrenosum (PG); poligenik ve otoinflatuar olduğu düşünülen, nadir görülen, inflammatuar ve ülseratif bir nötrofilik dermatozdur. Anti nötrofil sitoplazmik antikör (ANCA) pozitif propiltiourasil (PTU) ilişkili PG (APPG) ilk olarak 1999'da Darben ve ark. tarafından tanımlanmıştır.

OLGU:

42 yaş kadın hastanın başvurusunda; iki hafta öncesinde başlayan sol alt bacağı çepeçevre saran kalın, kabarık, mor-koyu kırmızı renkli, yaklaşık 2 cm'lik düzensiz keskin sınırlı kenar ile çevrili, yaklaşık boyutu 20x30 cm boyutlarında, zemininde geniş canlı kırmızı granülasyon dokusu ve daha önceden uygulanan topikal tedavi kalıntıları mevcut olan ülserasyon dokusu mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde, bilinen toksik multinodüler guatr nedeniyle sekiz yıldan beri kullandığı PTU dışında özellik yoktu. Hastanın yapılan laboratuvar testlerinde; sedimentasyon değeri yüksek, tiroid fonksiyon testleri hipertiroidi ile uyumlu idi, poliklonal gammapati ve p-ANCA pozitifliği dışında özellikli bir bulgu saptanmadı. Malignite ve diğer altta yatabilecek nedenler açısından yapılan tarama testleri doğaldı. Lezyondan yapılan biyopsi sonucu PG ile uyumlu sonuçlandı. Tedavide PTU sonlandırılarak, metimazole geçildi, sistemik metilprednisolon ve azatiopirin tedavisi başlanan hastanın lezyonunda 8.haftada tam iyileşme ve epitelizasyon gözlemlendi.

SONUÇ:

PG dermisin nötrofilik infiltrasyonu ile karakterize inflammatuar bir hastalıktır. Genellikle 30-50 yaş erişkinlerde, alt bacaklarda ve gövdede ağrılı, steril ülserlerle karakterizedir. İlaça bağlı PG, nadir görülen bir deri reaksiyonudur. PG ilişkili ilaçlar; iyodür, bromid, izotretinoin, granülosit koloni uyarıcı faktör, sunitinib, propiltiourasil ve kokaindir. APPG, genellikle kadın cinsiyette ve tedavinin ikinci ya da üçüncü yılından sonra ortaya çıkar. PTU tedavisinin kesilmesiyle, antikör titrelerinin düşüşü ve eş zamanlı klinik iyileşme olması, ilacın hem otoantikör üretilmesinde hem de patogeneze rolü olduğunu desteklemektedir. APPG, PTU'ya bağlı nadir görülen bir yan etkidir, tanısı zor olabilir. PTU'nun ANCA'ların gelişimindeki ve PG patogenezindeki rolünü netleştirmek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

P-47 DUDAKTA YARA İLE BAŞVURAN SEKONDER SİFİLİZ OLGUSU

Esra Pancar Yüksel

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ:

Sifiliz *Treponema pallidum*'un neden olduğu sistemik bakteriyel bir enfeksiyondur. Primer sifilizde görülen şankr tedavisiz bırakıldığında 3-8 haftada kendiliğinden iyileşse bile, bakteriyel enfeksiyon ilerleyebilir ve hastaların %25 inde sekonder sifiliz gelişir.

OLGU:

37 yaşında erkek hasta dudakta yara şikayeti ile başvurdu. Şikayetinin iki aydır olduğunu belirten hasta öncesinde genital ülserasyon tarifilemedi. Dermatolojik muayenesinde dudakta ülserasyonu (Resim 1) bulunan hastanın dil dorsumunda da plak müköz (Resim 2) tespit edildi. Bilateral palmar bölgede eritemli skuamli maküller mevcuttu. RPR ve TPHA pozitif olarak tespit edildi. Klinik bulgular ve laboratuvar tetkikleri sonucunda hastaya sekonder sifiliz tanısı konuldu. Benzatin penisilin G 2,4 milyon ünite tedavisi önerildi.

SONUÇ:

Sifiliz büyük taklitçi olarak bilinmektedir. Klinik bulgular hastalığın evresine göre değişir. Primer enfeksiyonu asemptomatik veya farkında olmadan atlatan sekonder sifilizli hastalar öncesinde şankr öyküsü vermeyebilirler. Sekonder sifilizde en karakteristik bulgu yaygın simetrik eritemli makül ve papüllerdir. El içi ve ayakların altının tutulumu önemli bir ipucudur. Oral lezyonlar arasında ülserasyon, plak müköz görülebilir. Bu olgu orofaringeal lezyonlar ile başvuran hastada sekonder sifilizin muhakkak ayırıcı tanıda yer alması gerektiğine dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Resim 1



Dudakta ülserasyon

Resim 2



Plak müköz

P-48 ATİPİK YERLEŞİMLİ ÜLSERE GUT TOFÜSÜ

Elif Bal Avcı¹, Cemre Büşra Türk¹, Begüm Yeni³, Cem Leblebici³, Mehmet Salih Gürel², Ayşe Esra Koku Aksu¹

¹SBU İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

³SBU İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Gut hastalığı genellikle orta yaş erkeklerde hiperürisemi ve monosodyum ürat kristallerinin özellikle eklem ve böbrekte birikimi ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Hastalık seyrinde akut monoartrit atakları, ataklar arasında asemptomatik dönem ve kronik dönemde subkutan dokuda monosodyum ürat kristallerinin birikimiyle tofus oluşumu görülür. Tofüs en sık ayak 1.parmak metatarsofalangeal eklemde daha az sıklıkla diz, dirsek, aşil tendonu ve kulak heliksinde görülür.

OLGU:

Altmış sekiz yaşında erkek hasta iki haftadır topikal tedavilerle iyileşmeyen sol dirsek ve sol bacadaki akıntılı yaralar nedeniyle başvurdu. Hastanın bilinen 10 yıl önce tanı almış gut hastalığı ve osteoartriti mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde sol dirsek olekranonunda yaklaşık 5 cm çapında yuvarlak şekilli düzensiz sınırlı merkezinden milimetrik tebeşir beyazı renkli drenajın izlendiği yer yer hemorajik palpasyonla hassas ülsere noduler lezyonu, sol kruris posterior yüz orta hatta yaklaşık 2x4 cm boyutunda eliptik şekilli keskin sınırlı, pürülasyonlu drenajın izlendiği palpasyonla hassas ülsere lezyonu ve bilateral el interfalangeal eklem yüzleri ve el parmak pulpalarında boyutları 0,5 cm ile 2 cm arasında değişen beyaz-sarı renkli, sert subkutan tofus ile uyumlu nodülleri mevcuttu. Tofüs içeriğinden yapılan yayma polarize ışık mikroskopisinde değerlendirildi ve iğne şeklindeki monosodyum ürat kristalleri görüldü. El eklemlerindeki tofuslara yapılan konfokal mikroskopi incelemesinde monosodyum ürat kristalleri düşük refraktif gösteren koyu renkli boşluklar şeklinde izlendi. Ülsere gut tofusü olarak değerlendirilen hastaya sistemik antibiyoterapi başlandı. Yara bakımı için silikon köpük yara örtüleri, serum fizyolojik pansuman ve gümüş sülfodiazin krem kullanıldı. Hastanın takibinde bir ay sonra sol dirsek olekranondaki ülser tamamen epitelize olurken, sol krurisdeki ülser tama yakın epitelize olarak kapandı.

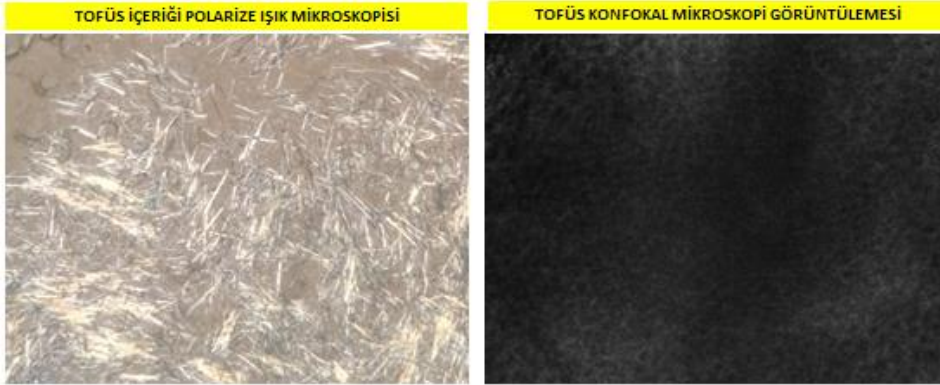
SONUÇ:

Ülsere gut tofusü özellikle dermatologlar tarafından nadir görülen ve tedavisi oldukça zor bir klinik antitedir. Olgumuzun eşlik eden diyabet gibi bir komorbiditesi olmaması ve düzenli yara bakımıyla kısa sürede iyileşmesi ayrıca tofus konfokal mikroskopisinin literatürde henüz tanımlanmamış olmaması nedeniyle özellikli bir olgu olduğu için sunulmuştur

Figür 1



Figür 2



P-49 AKRODERMATİTİS KONTİNUA OLGULARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ: 5 YILLIK HASTA SERİSİ

Ayşeül Sevim Keçici¹, Fatih Göktay¹, Emine Daşbaşı¹, Pembegül Güneş²

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul*

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ VE AMAÇ:

İlk kez Fransız dermatolog François Henri Hallopeau tarafından 1880 yılında tanımlanan acrodermatitis continua Hallopeau, el ve ayak parmak uçlarında başlayan püstüllerle karakterize inflamatuvar, kronik ve rekürren gidişli bir hastalık olup, püstüler psoriasisın nadir görülen bir varyantıdır. Distal falanksta meydana gelen travma veya enfeksiyonla tetiklenir ve genellikle baş parmakta görülür. Altta yatan kemik yapıyı destrükte ederek osteolitik lezyonlara yol açabileceği için yetişkinlerde jeneralize püstüler psoriasis de ilerleyebilir.

Bu çalışmada amacımız Haydarpaşa Numune Hastanesi Deri ve Zührevi hastalıklar kliniğine 2013-2018 yılları arasında başvuran acrodermatitis continua Hallopeau tanılı olguların demografik, klinik ve histopatolojik özelliklerini incelemek, tedavi yaklaşımlarını değerlendirmektir.

YÖNTEM:

Haydarpaşa Numune Hastanesi Deri ve Zührevi hastalıklar kliniğine 2013-2018 yılları arasında başvuran acrodermatitis continua Hallopeau tanılı olguların tamamı retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, klinik tutulum yeri, histopatolojik bulguları ve tedavi süreçleri retrospektif olarak hasta dosyaları taranarak tespit edildi.

BULGULAR:

Yirmi beş hastanın 16'sı kadın (%64) iken 9'u (%46) erkek hastalardan oluşmakta idi. Hastaların yaş ortalaması 47.34±8.13 (minimum:24, maksimum:57) idi. Hastaların %76'sında (n=19) lezyonlardan histopatolojik inceleme yapılmıştır ve tanı kesinleştirilmiştir. Hastaların %80'inde (n=20) ilk seçenek topikal tedaviler olmuştur. En sık kullanılan topikal tedaviler arasında üre içeren losyonlar, kalsipotriol ve betametazon kombinasyonu, tacrolimus ve klobetazol propiyonat vardır. Hastaların %60'ında (n=15) intralezyonel triamsinolon asetonid enjeksiyonu uygulanmıştır. 7 hasta lokal PUVA tedavisi almıştır. Takipleri sırasında lokal tedavi seçeneklerine cevap vermeyen 6 hastaya sistemik metotreksat tedavisi başlanmıştır.

SONUÇ:

Acrodermatitis continua Hallopeau nadir görülen kronik gidişli ve uzun dönemde tutulan tırnak ve altındaki kemik yapıda destrüksiyona yol açabilen bir hastalıktır. Tedavide çok çeşitli seçenekler olmasına karşın olgu serimizde olduğu gibi tedaviye dirençli olgularla karşılaşılabilir.

P-50 KRONİK LUPUS ERİTEMATOZUSUN NADİR BİR FORMU: CHILLBLAIN LUPUS OLGUSU

Simge Suel, Betül Macit, Ayşegül Sevim Keçici, Şirin Yaşar

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

GİRİŞ:

Chillblain lupus eritematozus (CHLE) kronik lupus eritematozusun nadir bir formudur. Özellikle kadınlarda görülen, parmak uçları, kulaklar, burun, topuklar gibi akral bölgeleri etkileyen soğukla ilişkili olarak ortaya çıkan viyolese plak/nodül şeklinde ağrılı veya kaşıntılı ödemli lezyonlardır.

OLGU:

Ondokuz yaşında kadın hasta 2 sene önce dizlerde şişlik kızarıklık şikayetleri olmaksızın eklem ağrısı; yüzde ve özellikle sırt bölgesinde fotosensitivite; ayaklarda daha belirgin olmak üzere ellerde ve ayaklarda soğukluk ve morarma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde her ay ağızda aft benzeri yaralar çıkışı ve 2 yıldır yaklaşık 10 kilo kaybı olduğunu belirtti. Dermatolojik muayenesinde; her iki ayak parmaklarının uç kısımlarında viyolese-mor renkli purpurik plaklar; ellerde uç kısımlarda hafif eritem saptandı. Yüzde her iki yanakta kelebek tarzında eritem vardı. Oral mukoza ve saçlı deri normaldi. Özgeçmişinde kliniğimize gelmeden önce romatoloji tarafından tanısı koyulan sistemik lupus eritematozus tanısı ve 3 ay önce geçirilmiş üveit atağı vardı. Laboratuvar parametrelerinde tam kan sayımı, biyokimya normal, sedimentasyon yüksek, ANA 1+ ve 1/160 titrede, RF negatif, bakılan ENA profilinde Anti-SSA 3+ saptandı; diğer ENA parametreleri negatifti. Ayırıcı tanı için kriyoglobulin, kriyofibrinojen istendi. Hastanın var olan hidroksiklorokin tedavisine devam edildi.

SONUÇ:

Chillblain lupus eritematozus Jonathan Hutchinson tarafından 1888'de tespit edilen ayırıcı tanısı zor olan nadir bir hastalıktır; ayırıcı tanısında frostbites, kutanöz sarkoidoz (lupuspernio), akral vaskulitler, kriyoglobulinemi ve lösemi (KMML); anoreksi anervosa hastalarda pernio benzeri cilt değişiklikleri yer alır. CHLE ile çok karışan benzer semptomları olan kriyofibrinojemi mutlaka ayırt edilmelidir hastalığın tanısında minör kriter olarak yer almaktadır. CHLE tanılı hastalarda ayrıca hipergamaglobulinemi (2/3ünden fazlasında), RF pozitifliği(%50sinde), ANA, Antifosfolipit ve anti-Ro antikörleri pozitif saptanabilir; genellikle antidsDNA negatiftir. Bizim olgumuzda antidsDNA negatif Anti-SSA pozitif saptanmıştı ve hastamızda mevcut SLE tanısı vardı. Tedavide öncelikle soğuktan korunma çok önemli yer tutmaktadır. Bunun dışında enfeksiyon gelişimini önlemek için antibiyotikler, topikal steroidler ve kalsiyum kanal blokerleri, SLE benzeri semptomları olan hastalarda hidroksiklorokinler etkili bulunmuştur.

P-51 SKLERODERMAYI TAKLİT EDEN NADİR BİR GENODERMATOZ: HURIEZ SENDROMU

Zeynep Diri Er¹, Şirin Yaşar¹, Pembegül Güneş², Güldehan Atış¹

¹Haydarpaşa Numune Hastanesi Dermatoloji Kliniği İstanbul

²Haydarpaşa Numune Hastanesi Patoloji Kliniği İstanbul

GİRİŞ:

Palmoplantar keratodermalar (PPK), avuç içi ve ayak tabanının aşırı kalınlaşmasıyla tanımlanan edinsel veya kalıtsal heterojen bir hastalık grubudur. Genetik geçişli palmoplantar keratodermalar, ektodermal sendromların bir parçası olabilir veya kardiyomiyopati, işitme kaybı, nöropati, nöro-gelişimsel bozukluklar ve çeşitli karsinomlar gibi diğer sistemik anomalilerle ilişkili olabilir. Genetik geçişli PPK'lerden olan Huriez sendromu ilk kez Huriez ve arkadaşları tarafından Kuzey Fransadan iki ailede bildirilmiştir. Bu sendrom palmoplantar keratoderma ve ekstremitelerde skeroatrofinin bir arada olduğu otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Sklerodaktili, el sırtında atrofi, tırnakta değişiklikler ve skuamöz hücreli karsinoma eğilim (%15) önemli bulgulardır.

OLGU:

Otuzaltı yaşında kadın hasta, 4 yaşından beri avuç içi ve ayak tabanında kalınlaşma mevcuttu. Son 2 yıldır özellikle tırnaklarında şekil bozukluğu ve kalınlaşma olan hastanın son zamanlarda avuç içlerindeki kalınlaşma daha fazla artmıştı. Sistem sorgulamasında sol kulakta işitme kaybı mevcut idi. Hastanın soygeçmişinde anne babası 1.derece kuzen olup 3 kız kardeşinde de aynı hastalıktan mevcuttu. Alınan biyopsisi palmoplantar keratoderma ile uyumlu gelen hastanın patolojik ve klinik özellikleri göz önünde bulundurularak genetik geçişli bir PPK olan Huriez sendromu düşünüldü. Oral retinoik asit (isotretinoin) tedavisi ve topikal yumuşatıcı emolyentler başlandı.

SONUÇ:

Huriez Sendromu etkilenen deride yüksek sıklıkla SCC gelişimi ile karakterize bir PPK tipidir. Huriez Sendromlu hastalarda normal topluma oranla agresif deri SCC'si gelişimi açısından 100 kattan fazla bir risk artışı söz konusudur. Tedavide sistemik retinoidler kullanılabilir. Bu olguda Huriez'in nadir bir genodermatoz olduğunu, skleroderma benzeri akroskleroz yapabileceğini ve erken tanının SCC gelişimini önlemede kritik olduğunu vurgulamak isteriz.

P-52 BÜYÜK TAKLİTÇİ SARKOİDOZ: İKİ OLGU SUNUMU

Ayşenur Sam Sarı¹, Fatih Göktay¹, Şirin Yaşar¹, Pembegül Güneş²

¹*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği / İstanbul*

²*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği / İstanbul*

GİRİŞ:

Sarkoidoz, nonkazeifiye granülomlarla karakterize, nedeni bilinmeyen, en sık akciğer tutulumu yapan, multisistemik bir hastalıktır. Deri lezyonları sarkoidoz olan hastaların %15-20'sinde izlenirken yaklaşık 1/3'ünde ilk hastalık belirtisi olarak ortaya çıkar, sistemik tutulum olmaksızın yalnızca deri sarkoidozu olarak da ortaya çıkabilir. Sarkoidoza bağlı cilt lezyonları özgül ve özgül olmayan olarak sınıflandırılır. Eritema nodozum sarkoidozun en sık görülen deri lezyonu olsa da özgül olmadığından ancak klinik tanıyı destekler. Sarkoidozun özgül lezyonları ise makopapüler, plak, nodül, lupus pernio (LP) ve çok çeşitli morfolojilerde ortaya çıkabilir ve histopatolojik olarak nonkazeifiye granülomların görülmesiyle histopatolojik olarak tanıya yardımcı olur.

Bu iki olguda yüzde yaygın eritemli plaklarla fotokontakt dermatiti taklit eden iki olgu sunulmaktadır.

OLGU:

Olgu-1

Yetmiş beş yaşında kadın hasta saçta dökülme ve saç derisinde kızarıklık ve sol kulakta kızarıklık ve şişlik şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın şikayetleri yaklaşık altı yıldır devam etmekteydi. Dermatolojik muayenesinde sağ frontal bölgede eritemli ve skuamli plaklar ve alopesi ve folliküler kayıp, sol kulakta ve postaurikular bölgede, sağ omuzda ve sağ dizde eritemli ve ödemli zemin üzerinde skuamlar görüldü. Diaskopide sarı-translusen görünüm saptandı. Histopatolojisinde epidermiste sepetçi hiperkeratoz ve hafif akantoz izlendi. Papiller retiküler dermiste genelde tek tek duran, yer yer birbiriyle birleşme eğilimi gösteren, fokal alanlarda nekrotik materyal içeren epitelooid hücrelerin oluşturduğu forme granülom yapıları izlenmiştir. PAS ile yapılan histokimyasal incelemede spesifik mikroorganizma görülmedi.

Olgu-2

Kırksekiz yaşında kadın hasta alında ve sağ kulakta kızarıklık şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Şikayetleri yaklaşık dört yıldır devam etmekteydi. Dermatolojik muayenesinde alında ve saçlı deride keskin sınırlı eritemli plaklar mevcuttu. Hastanın sağ kulak kepçesi, preaurikular ve postaurikular bölgede eritemli ve skuamli plakları mevcuttu. Diaskopide sarı-translusen görünüm saptandı. Hastanın klinikopatolojik tanısı sarkoidoz ile uyumluydu.

SONUÇ:

Deri sarkoidozu çok değişik morfolojilerde lezyonların görülmesi nedeniyle büyük taklitçi olarak bilinir. Buradaki 2 olguda da fotokontakt dermatiti taklit eden yaygın eritemli plaklarla karakterize bir olguda ek olarak alopesiye yol açan sarkoidozlu iki olgu sunulmuştur.

P-53 ANJİSOÖDEM TANISIYLA YATAN OLGULARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşenur Sam Sari¹, Ayşegül Sevim Keçici¹, Güldehan Atış¹, Fatih Göktay¹

¹ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği / İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Anjiyoödem; vasküler permeabilite artışı sonucunda, derin dermiste, subkutan ve submukozal dokuda ortaya çıkan ödem ile karakterize akut bir tablodur. Hastalık deriyi, gastrointestinal traktı ve üst solunum yolunu etkiler. En sık dudaklar, genital bölge, dil, larenks etkilenir. Lezyonlar genellikle 72 saat içinde kaybolur. Hastalık genellikle idiopatiktir. Ancak; penisilinler, non-steroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ), anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri gibi ilaçlar, radyo-kontrast maddeler, bazı gıdalar ve fiziksel ajanlar anjiyoödem tetikleyebilir.

YÖNTEM:

Kliniğimizde Ocak 2011- Aralık 2018 tarihleri arasında yatırılan hastalardan 'anjiyoödem' tanısı konulan 26 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi. Demografik özellikler, ürtiker eşlik edip etmemesi, reaksiyona yol açtığı düşünülen ilaç grupları, hastaların yatış süreleri ve tedavi süreci kayıt edildi.

BULGULAR:

Olguların 2'si gebe olmak üzere 21'i (%80,7) kadın, 5'i (%19,3) erkekti. Yaş ortalaması 49,57±19,90 (21-98 yaş) olarak saptandı. Anjiyoödem tanısı ile yatan olgulardan 20'sine (%76,9) ürtiker eşlik etmekteydi. Olguların hiçbirinde ilk muayenede uvula ödemi görülmedi. 5 (%19,23) olguda tedavide bronkodilatör kullanım ihtiyacı oldu. Olguların 11'inde (%42) neden saptanamamakla beraber, anjiyoödemle ilişkili olabilecek, 6 olguda (%23) tek ilaç kullanımı, 9 olguda (%35) ise çoklu ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. NSAİİ, antidepresanlar, kardiyak ilaçlar, antibiyotikler, antitussif ilaçların olası etkenler olabileceği düşünüldü. Olguların ortalama yatış süresi 5,15±4,22 (min:1, maks:21) gündü. Tedavide yalnızca bir hastada adrenalin kullanım ihtiyacı olduğu görüldü. Hastaların 13'üne (%50) sistemik steroid tedavisi verilmişti. Tedavisiz izlenen 1'i gebe 2 (%7,6) hastada spontan gerileme görüldü. Diğer 24 (%92,3) hastada yatış süresince ve taburculuk reçetesinde antihistaminik tedavisi verilmişti. Hiçbir hastada mortalite görülmedi.

SONUÇ:

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, dermatoloji kliniğinde yatırılarak takip edilen anjiyoödemli olguların çoğunluğunun kadın cinsiyetinde olduğu, olguların çoğunluğuna ürtiker eşlik ettiği, tedavide genellikle antihistaminik ve sistemik kortikosteroidlerin kombine olarak kullanıldığı, hatırı sayılır olguda tek başına antihistaminik tedavisinin de yeterli olabileceği, adrenalin ve bronkodilatör tedaviye son derece az olguda ihtiyaç duyulduğu, bazı olguların ise spontan gerileyebileceği anlaşılmaktadır.

YAZAR İNDEKSİ

Akay Bengü Nisa

P-26
Sayfa: 28, 29

Akın Çakıcı Özlem

P-41
Sayfa: 44

Aktaş Meryem

P-41
Sayfa: 44

Albayrak Hülya

P-12
Sayfa: 13

Altan Ferhatoğlu Zeynep Müzeyyen

P-38
Sayfa: 41, 42

Altunay İlknur Kıvanç

P-02
P-03
P-04
P-05
P-09
P-43
Sayfa: 3, 4, 5, 6, 10, 46

Apti Özlem

P-29
P-41
Sayfa: 32, 44

Atak Mehmet Fatih

P-26
Sayfa: 28, 29

Atış Güldehan

P-18
P-20
P-37
P-39
P-51
P-53
Sayfa: 19, 21, 40, 43, 55, 57

Aytekin Sema

P-15
P-17
P-20
P-39
Sayfa: 16, 18, 21, 43

Babuna Kobaner Goncagül

P-31
Sayfa: 34

Bal Avcı Elif

P-48
Sayfa: 51, 52

Baykan Can

P-30
Sayfa: 33

Bayram Nurgül

P-27
Sayfa: 30

Baysak Sevim

P-38
Sayfa: 41, 42

Bozdağ Kaplan Nihal

P-04
Sayfa: 5

Bozkurt Süheyla

P-22
Sayfa: 24, 25

Büyükbabani Nesimi

P-30
Sayfa: 33

Çakıcı Özlem Akın

P-25
Sayfa: 27

Can Kuru Burçe

P-01
P-06
P-27
P-42
P-45
P-46
Sayfa: 2, 7, 30, 45, 48, 49

Cayhan Baran

P-34
Sayfa: 38

Çaytemel Ceyda

P-34
Sayfa: 38

Cebeci Dua

P-17
P-33
Sayfa: 18, 36, 37

Çerman Aslı Aksu

P-43
Sayfa: 46

Cömert Elif

P-16
P-25
Sayfa: 17, 27

Daşbaşı Emine

P-33
P-37
P-49
Sayfa: 36, 37, 40, 53

Değirmen-tepe Ece Nur

P-11

Sayfa: 12

Demir Gizem

P-25

P-29

Sayfa: 27, 32

Deniz Adnan

P-16

Sayfa: 17

Diri Er Zeynep

P-51

Sayfa: 55

Dirier Zeynep

P-20

Sayfa: 21

Dobral Arzu

P-08

P-13

Sayfa: 9, 14

Doğan Bilal

P-38

Sayfa: 41, 42

Erçetin Selim Yiğit

P-41

Sayfa: 44

Erdem Ozan

P-28

Sayfa: 31

Erdem Yasemin

P-02

P-03

P-05

P-09

Sayfa: 3, 4, 6, 10

Erdemir Aslı Vefa

P-22

Sayfa: 24, 25

Erdi Şanlı Hatice

P-26

Sayfa: 28, 29

Erdoğan Bilgen

P-01,P-06

P-42

P-45

P-46

Sayfa: 2, 7, 45, 48, 49

Erdoğan Bilgen

P-27

Sayfa: 30

Ergun Tülin

P-25

Sayfa: 27

Erişmen Emine

P-01

Sayfa: 2

Ertekin Sümeyre Seda

P-28

Sayfa: 31

Falay Gür Tuğba

P-38

Sayfa: 41, 42

Farabi Banu

P-26

Sayfa: 28, 29

Göktay Fatih

P-18

P-19

P-37

P-49

P-52

P-53

Sayfa: 19, 20, 40, 53, 56, 57

Göre Karaali Müge

P-32

P-44

Sayfa: 35, 47

Güder Hüsna

P-21

Sayfa: 22, 23

Güder Semih

P-21

Sayfa: 22, 23

Güldiken Gaye

P-19

P-24

Sayfa: 20, 26

Günay Nimet Yeşim

P-01

P-42

Sayfa: 2, 45

Gündoğdu Onur

P-07

P-08

P-10

P-14

Sayfa: 8,9, 11, 15

Güneş Pembegül

P-15

P-17

P-18

P-20

P-24

P-33

P-49

P-51

P-52

Sayfa: 16, 18, 19, 21, 26, 36, 37, 53, 55, 56

Gürel Mehmet Salih

P-28
P-32
P-44
P-48
Sayfa: 31, 35, 47, 51, 52

Helvacioğlu Ozlem

P-06
Sayfa: 7

Hoşgören Tekin Fatma Selcen

P-22
P-25
Sayfa: 24, 25, 27

İnal Sena

P-04
Sayfa: 5

Kara Polat Asude

P-32
Sayfa: 35

Karaali Soner

P-44
Sayfa: 47

Kavak Ayşe

P-42
P-46
Sayfa: 45, 49

Kaya Hazel Ezgi

P-43
Sayfa: 46

Keçici Ayşegül Sevim

P-19
P-33
P-37
P-50
P-53
Sayfa: 36, 37, 40, 54

Kılınç Zehra Tacizer

P-18
Sayfa: 19

Kocatürk Emek

P-07
P-08
P-10
P-11
P-13
P-14
Sayfa: 8, 9, 11, 12, 14, 15

Koku Aksu Ayşe Esra

P-28
P-32
P-48
Sayfa: 31, 35, 51, 52

Kozanoğlu Erol

P-34
Sayfa: 38

Küçükodacı Zafer

P-38
Sayfa: 41,42

Kulduk Gamze

P-11
Sayfa: 12

Kunter Ayşe Seza

P-07
P-14
Sayfa:8, 15

Kutlay Armağan

P-31
Sayfa: 34

Kutlay Şehim

P-26
Sayfa: 28, 29

Leblebici Cem

P-02
P-32
P-48
Sayfa: 3, 35, 51,52

Macit Betül

P-18
P-39
P-50
Sayfa:19, 43, 54

Oğuz Topal İleriş

P-11
P-13
Sayfa: 12, 14

Okcu Heper Aylin

P-26
Sayfa: 28,29

Örnek Sinem Ayşe

P-07
P-10
P-11
P-13
P-14
Sayfa: 8, 11, 12, 14, 15

Özakkoyun Seyhan

P-03
Sayfa: 4

Özakkoyunlu Hasçiçek Seyhan

P-04
Sayfa: 5

Özdemir Ömer

P-07

P-08

P-13

Sayfa: 8, 9, 14

Özgen Züleyha

P-25

Sayfa: 27

Özkaya Esen

P-31

Sayfa:34

Özkur Ezgi

P-02

P-03

P-04

P-05

P-09

P-43

Sayfa: 3, 4, 5, 6, 10, 46

Öztürk Meral Aylin

P-35

Sayfa: 39

Pancar Yüksel Esra

P-47

Sayfa:50

Pehlivan Gizem

P-30

Sayfa: 33

Polat Nedim

P-09

Sayfa: 10

Raimoğlu Onur

P-12

Sayfa: 13

Sakız Damlanur

P-01

P-06

P-45

P-46

Sayfa: 2, 7, 48, 49

Salman Andaç

P-25

P-29

Sayfa: 27, 32

Şam Sarı Ayşenur

P-52

P-53

Sayfa: 56, 57

Sar Mehmet

P-42

Sayfa:45

Saraç Gonca

P-25

Sayfa: 27

Sari Mahmut Sami

P-45

Sayfa:48

Sarı Ayşenur Şam

P-17

Sayfa: 18

Savaş Erdoğan Sevil

P-38

Sayfa: 41, 42

Seçkin Gençosmanoğlu Dilek

P-22

P-25

P-41

Sayfa: 24, 25, 27, 44

Şekerlisoy Gül

P-03

P-05

Sayfa: 4, 6

Şen Ayçim

P-21

Sayfa: 22, 23

Sevim Keçici Ayşegül

P-24

P-49

Sayfa: 26, 53

Sili Uluhan

P-25

Sayfa: 27

Singer Ralfi

P-07

P-10

P-11

P-14

Sayfa: 8, 11, 12, 15

Sivaz Onur

P-05

Sayfa: 6

Soydan Yaprak Ebru

P-46

Sayfa:49

Süel Simge

P-15

P-39

P-50

Sayfa: 16, 43, 54

Taş Nurcan

P-26

Sayfa: 28, 29

Topaloğlu Demir Filiz

P-34

Sayfa: 38

Topkarcı Zeynep

P-01

P-06

P-42

P-45

P-46

Sayfa: 2, 7, 45, 48, 49

Topkarcı Zeynep

P-27

Sayfa: 30

Tuncel Deniz

P-43

Sayfa: 46

Turgut Erdemir Vefa Aslı

P-32

Sayfa: 35

Türk Cemre Büşra

P-48

Sayfa: 51, 52

Türkoğlu Zafer

P-34

Sayfa: 38

Uğurer Ece

P-02

Sayfa: 3

Uzay Ant

P-22

Sayfa: 24, 25

Yalcin Burak

P-09

Sayfa: 10

Yalçın Özben

P-10

Sayfa: 11

Yaşar Şirin

P-15

P-17

P-19

P-24

P-33

P-50

P-51

P-52

Sayfa: 16, 18, 20, 26, 36, 37, 54, 55, 56

Yeni Begüm

P-48

Sayfa: 51, 52

Yılmaz Zeynep

P-31

Sayfa: 34

Yücel İlayda

P-10

P-14

Sayfa: 11, 15

Yücelten Ayşe Deniz

P-16

P-25

Sayfa: 17, 27

Yüksel Tülin

P-08

P-13

Sayfa: 9, 14

BİLİMSEL SEKRETERYA

Prof. Dr. Dilek Seçkin Gençosmanoğlu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

E-Posta: seckin_dilek@yahoo.com

Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği

Kocamustafapaşa Caddesi No: 106 D:1 Fatih İstanbul

Tel : 0 212 589 63 36

Web : www.turkderm.org.tr

ORGANİZASYON SEKRETERYASI



Podgoritsa Caddesi No: 1, 06610

Çankaya / Ankara

Telefon : 0 312 454 00 00

Faks : 0 312 454 00 01

E-posta : dermbahar2019@flaptour.com.tr

Web : www.dermbahar2019.org