



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



TAM METİN BİLDİRİ KİTABI

www.avrasyagunleri.org



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK *Antalya*



Değerli Meslektaşlarımız,

Avrasya Dermatoloji ve Veneroloji Akademisi Derneği olarak her yıl değerli bir hocamız anısına gerçekleştirmeyi düşündüğümüz ilk toplantımızı merhum hocamız büyük bilim insanı Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet anısına gerçekleştirmek istiyoruz.

Kongremizde ana konular olarak Behçet hastalığı ve Psöriazis multidisipliner olarak ele alınacak antiaging ve estetik dermatoloji eğitimleri de gerçekleştirilecektir.

Bilim insanı ve hekim olarak alanımızdaki gelişmeleri takip etmek, Tıp sanatını farklı hocalardan farklı disiplinlerden öğrenmek, sık gördüğümüz hastalıkları bir kez daha hafızamızda tazelemek, bilgi alışverişinde bulunmak, deneyimlerimizi paylaşmak, bilimselliğin yanısıra sosyal bir ortamda meslektaşlarımızla bir araya gelmek, kaynaşmak, dertleşmek, anılarımızı tazelemek, özlemlerimizi gidermek , yeni dostluklar edinmek, yeni bilimsel projeler üretmek için sizlerle bir araya gelmeyi arzu ediyoruz.

4-7 Kasım tarihinde güzel Antalya’da 2021 güneşinin son demlerinde sizlerle; birbirinden değerli hocalarımız ve meslektaşlarımızla birlikte olma hissini güzelliği ile sizleri kongremize davet etmekten büyük mutluluk duyuyoruz.

ADVAD Yönetim Kurulu ve Düzenleme Kurulu A.

Kongre Başkanları

Prof. Dr. Nilgün SOLAK

Doç. Dr. Mehmet MELİKOĞLU



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Kurullar

KONGRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. Nilgün Solak

Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu

KONGRE SEKRETERLERİ

Uz. Dr. Rasime Erkan

Uz. Dr. Hüray Hügül

Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Akın Aktaş

Prof. Dr. Mustafa Turhan Şahin

Prof. Dr. Erol Koç

Prof. Dr. Nilgün Solak

Prof. Dr. Zekayi Kutlubay

Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu

Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala

Uzm. Dr. Zeynep Topkarcı

Uzm. Dr. Rasime Erkan

Uzm. Dr. Hacı Ali Telbisöğlü

Uzm. Dr. Şenay Sarıtaş

Uzm. Dr. Beliz Durmuş

Uzm. Dr. Hüray Hügül

Uzm. Dr. Funda Taş

Dr. Ahmet Onur Soğuksu



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Kurullar

BİLİMSEL KURUL

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| Prof. Dr. Afet Akdağ Köse | Prof. Dr. Ayşen Karaduman |
| Prof. Dr. Gülşen Akman Demir | Prof. Dr. Ali Karakuzu |
| Prof. Dr. Ayşe Akman Karakaş | Prof. Dr. Sanan Karimov |
| Prof. Dr. Akın Aktaş | Prof. Dr. Pelin Kartal |
| Prof. Dr. Meltem Alkan Melikoğlu | Prof. Dr. Ayşe Kavak |
| Prof. Dr. Nuran Allı | Uzm. Dr. Ümmümhan Kaya |
| Prof. Dr. Ercan Arca | Prof. Dr. Rafet Koca |
| Dr. Öğr. Üyesi Özlem Aynacı | Prof. Dr. Erol Koç |
| Dr. Öğr. Üyesi Handan Bilen | Prof. Dr. Nihal Kundakçı |
| Prof. Dr. Murat Borlu | Prof. Dr. Zafer Kurumlu |
| Uzm. Dr. Yasin Burak Aktaş | Prof. Dr. Zekayi Kutlubay |
| Doç. Dr. Filiz Canpolat | Prof. Dr. Özlem Su Küçük |
| Dr. Öğr. Üyesi Hülya Cenk | Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu |
| Prof. Dr. Deniz Demirseren | Prof. Dr. Meltem Önder |
| Doç. Dr. Didem Didar Balcı | Prof. Dr. Şevki Özdemir |
| Uzm. Dr. Sinan Doğan | Prof. Dr. A. Şebnem Özkan |
| Prof. Dr. Asena Çiğdem Doğramacı | Prof. Dr. Serap Öztürkcan |
| Uzm. Dr. Beliz Durmuş | Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala |
| Prof. Dr. Selma Emre | Uzm. Dr. Şenay Sarıtaş |
| Prof. Dr. Burhan Engin | Prof. Dr. Nilgün Solak |
| Prof. Dr. Gamze Erfan | Uzm. Dr. Cüneyt Soyal |
| Uzm. Dr. Rasime Erkan | Prof. Dr. M. Turhan Şahin |
| Prof. Dr. Ayla Gülekon | Uzm. Dr. Funda Taş |
| Prof. Dr. Kamer Gündüz | Uzm. Dr. Hacı Ali Telbisoğlu |
| Prof. Dr. Mehmet Ali Gürer | Doç. Dr. Erdiç Terzi |
| Prof. Dr. Gülen Hatemi | Uzm. Dr. Eda Tiftikçi |
| Dr. Öğr. Üyesi Merve Hatun Erkeyman | Uzm. Dr. Zeynep Topkarcı |
| Dr. Öğr. Üyesi Emel Hazinedar | Prof. Dr. İlknur Tuğal Tutkun |
| Uzm. Dr. Hüray Hügül | Prof. Dr. Aylin Türel Ermertcan |
| Prof. Dr. Nilsel İlter | Doç. Dr. Meltem Türkmen |
| Prof. Dr. Nida Kaçar | Uzm. Dr. Belma Türsen |
| Doç. Dr. Mustafa Kandaz | Prof. Dr. Ümit Türsen |
| Prof. Dr. Başak Kandi | Prof. Dr. Ertan Yılmaz |
| Prof. Dr. Yelda Kapıcıoğlu | |

* Soyadı alfabetik sıralanmıştır.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Bilimsel Program

KAYIT

04 KASIM 2021 PERŞEMBE

SALON 1

14.15-14.30 AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Oturum Başkanı: Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu, Dr. Muhammet Ertuğrul Eğin

Konuşmacı: Dr. Öğr. Ü. Hülya Cenk

14.30-15.50 FARKLI NADİR VE ZOR KONULAR OTURUMU

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Nihal Kundakçı, Prof. Dr. Nilser İlter

14.30-14.45 Curcumin inflamasyon - kanser - antiaging

Dr. Öğr. Ü. Hülya Cenk

14.45-15.00 Kawasaki tanı ve tedavi yaklaşımları

Prof. Dr. Aylin T. Ermertcan

15.00-15.20 Lepra

Prof. Dr. Nihal Kundakçı

15.20-15.35 Lepra vaka paylaşımları

Uz. Dr. Ümmühan Kaya

15.35-15.50 Anjioödem - herediter anjioödem tedavi - algoritma

Prof. Dr. Özlem Su Küçük

15.50-16.10 Kahve Arası



16.10-18.30 DERMOSKOPI KURSU

Oturum Başkanları: Prof. Dr. M. Turhan Şahin, Prof. Dr. Kamer Gündüz

16.10-16.40 Melanositik lezyonlarda dermoskopi

Prof. Dr. Gamze Erfan

16.40-17.10 Keratinositik tümörlerde dermoskopi

Prof. Dr. Ercan Arca

17.10-17.30 Kahve Arası



17.30-18.00 Enflamatuvar dermatozlarda dermoskopi

Prof. Dr. Mustafa Turhan Şahin

18.00-18.30 Entomskopi ve enfeksiyonlarda dermoskopi

Uz. Dr. Cüneyt Soyak

19.30-20.45 Akşam Yemeği





AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK *Antalya*



Bilimsel Program

04 KASIM 2021, PERŞEMBE

14.30-17.10 BUTİK ESTETİK OTURUMLARI

SALON 2

Oturum Başkanları: Uz. Dr. Ali Telbisoğlu, Dr. Öğr. Ü. Erdal Pala

14.50-15.50 PRP
Uz. Dr. Eda Tiftikçi

15.50-16.10 **Kahve Arası** 

16.10-17.10 Mezoterapi
Uz. Dr. Eda Tiftikçi

SALON 3

*Oturum Başkanları: Uz. Dr. Rasime Erkan, Uz. Dr. Beliz Durmuş,
Uz. Dr. Funda Taş*

14.30-15.30 Mezoterapi
Uz. Dr. Şenay Sarıtaş


15.50-16.10 **Kahve Arası** 

16.10-17.10 PRP
Uz. Dr. Şenay Sarıtaş

**Butik dolgu kursları - sınırlıdır kayıt sırasına göre yapılacaktır.*

18.45-19.00 **AÇILIŞ KOKTEYLİ** **STAND ALANI**

19.00-19.30 **AÇILIŞ TÖRENİ** **SALON 1**

19.30-20.45 **Akşam Yemeği** 



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Bilimsel Program

05 KASIM 2021, CUMA

SALON 1

08.30-10.20 ANTIAGING OTURUMU 1

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Şevki Özdemir, Prof. Dr. Ayşen Karaduman

08.30-08.45 Yüz anatomisi

Prof. Dr. Pelin Kartal

08.45-09.00 Her yönü ile botox

Doç. Dr. Filiz Canpolat

09.00-09.15 Antiaging beslenme - estetik dermatolojide diyet

Prof. Dr. Ümit Türsen

09.15-09.30 Her yönüyle oral kollajen

Prof. Dr. Başak Kandi

09.30-09.50 Antiaging ve vitamin takviyeleri

Uz. Dr. Belma Türsen

09.50-10.10 Keloid patogenezi ve tedavisine güncel yaklaşım

Prof. Dr. Sanan Karimov

10.10-10.20 Tartışma

10.20-10.40 Kahve Arası



10.40-11.20 UYDU SEMPOZYUMU 1



Psoriasis tedavisinde gusel bir yolculuk başlıyor

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Asena Çiğdem Doğramacı, Prof. Dr. Selma Emre

*Konuşmacılar: Dr. Zeynep Topkarcı, Doç. Dr. Bahar Sevimli Dikicier,
Doç. Dr. Aslı Hapa*



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Bilimsel Program

05 KASIM 2021, CUMA

SALON 1

11.20-12.20 PSORİASIS OTURUMU 1

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ertan Yılmaz, Prof. Dr. Akın Aktaş

- 11.20-11.35 Orta ve şiddetli psoriasis tedavisi
Prof. Dr. Burhan Engin
- 11.35-11.50 Psoriasisde tedavi - vaka deneyimleri
Uz. Dr. Zeynep Topkarcı
- 11.50-12.05 Psoriasis tedavisinde biyolojik ajanlar - immunsupresifler ve kanser
Onkolog Uz. Dr. Burak Yasin Aktaş
- 12.05-12.15 Psoriasis ve diyet
Prof. Dr. Ümit Türsen
- 12.15-12.20 Tartışma

12.20-12.40 BUTİK UYDU SEMPOZYUMU



InMode Aesthetics; Yüz & Vücut tedavisindeki tüm uygulamalar tek platformda

Konuşmacı: Dr. Tuba İşeri

12.40-13.30 Öğle Yemeği



13.30-14.45 BEHÇET HASTALIĞI 1. OTURUM

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Afet Akdağ Köse, Prof. Dr. Ali Karakuzu

- 13.30-13.45 Behçet Tarihçe - Prof. Dr. Hulusi Behçet
Prof. Dr. Pelin Kartal
- 13.45-14.00 Behçette mukokutane bulgular - ayırıcı tanı
Prof. Dr. Ayşe Kavak
- 14.00-14.15 Behçet hastalığında mukokutanöz bulgularda tedavi
Prof. Dr. Ümit Türsen
- 14.15-14.30 Behçet hastalığının tedavisinde zor vakalar
Prof. Dr. Murat Borlu
- 14.30-14.45 Tartışma

14.45-15.00 Kahve Arası





AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Bilimsel Program

05 KASIM 2021, CUMA

SALON 1

15.00-15.40 UYDU SEMPOZYUMU 2 *İmuneks*Farma

Laktoferrinin dermatolojideki yeri ve kullanım alanları

Konuşmacı: Prof. Dr. Nilgün Solak

15.40-18.05 BEHÇET HASTALIĞI 2. OTURUM

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Afet Akdağ Köse, Prof. Dr. Şahin Yazar

15.40-16.10 Behçet hastalığı klinik bulgularının bölgelerdeki dağılımı ve hasta takibinde öne çıkanlar

Prof. Dr. Afet Akdağ Köse

16.10-16.40 Behçet hastalığında nörolojik tutulum ve tedavi yaklaşımı

Prof. Dr. Gülşen Akman Demir

16.40-17.05 Behçet hastalığında göz tutulumunun güncel tedavisi

Prof. Dr. İlknur Tuğal Tutkun

17.05-17.25 Behçet hastalığında vasküler tutulum

Prof. Dr. Emire Seyahi

17.25-17.50 Behçet hastalığında tedavi ve hedefe yönelik tedavi önerileri

Prof. Dr. Gülen Hatemi

17.50-18.05 Tartışma

18.05-18.20 Kahve Arası



18.20-18.50 MİKOZİS FUNGOİDES OTURUMU

Oturumu Başkanları: Prof. Dr. İjlal Erturan, Doç. Dr. Mustafa Kandaz

18.20-18.40 Mikozis fungoideste radyoterapinin yeri

Dr. Öğr. Ü. Özlem Aynacı

18.40-18.50 Erken evre mikozis fungoides tedavisi

Prof. Dr. Burhan Engin

19.00-20.45 Akşam Yemeği





AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Bilimsel Program

05 KASIM 2021, CUMA

09.00-18.50 BUTİK ESTETİK OTURUMLARI

SALON 2

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Zafer Kurumlu

09.00-10.00 Estetik atölyesi
Prof. Dr. Erol Koç

10.00-10.40 Kahve Arası



11.20-12.30 Estetik atölyesi
Prof. Dr. Erol Koç

SALON 2

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Zafer Kurumlu

13.30-14.30 Estetik atölyesi
Prof. Dr. Başak Kandi

14.30-15.00 Kahve Arası



15.50-16.50 Estetik atölyesi
Prof. Dr. Başak Kandi

16.50-18.50 Estetik atölyesi
Prof. Dr. Zekayi Kutlubay

SALON 3

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ali Karakuzu

09.00-10.00 Estetik atölyesi
Uz. Dr. Hüray Hügül

10.00-10.40 Kahve Arası



11.20-12.30 Estetik atölyesi
Uz. Dr. Hüray Hügül

SALON 3

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Meltem Önder

13.30-14.30 Estetik atölyesi
Uz. Dr. Hüray Hügül

14.30-15.00 Kahve Arası

15.50-17.00 Estetik atölyesi
Uz. Dr. Hüray Hügül

19.00-20.45 Akşam Yemeği





AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK *Antalya*



Bilimsel Program

06 KASIM 2021 CUMARTESİ

SALON 1

08.45-10.15 ESTETİK DERMATOLOJİ 1 . OTURUM

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Zafer Kurumlu, Prof. Dr. Nuran Allı

08.45-10.15 Yüze bütünsel yaklaşım - ip uygulamaları
Uz. Dr. Hüray Hügül

10.15-10.40 Kahve Arası



10.40-11.20 UYDU SEMPOZYUMU 3



Merz Aesthetics

Konuşmacılar: Dr. Dilek Başaran, Dr. Tuba İşeri

11.20-12.40 ESTETİK DERMATOLOJİ 2. OTURUM

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Zafer Kurumlu, Prof. Dr. Nilgün Solak

11.20-12.40 Dolgu uygulamaları
Prof. Dr. Zekayi Kutlubay

12.40-13.30 Öğle Yemeği



13.30-15.00 ESTETİK DERMATOLOJİ 3. OTURUM

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Meltem Önder, Prof. Dr. Kenan Aydoğan

13.30-15.00 Prof. Dr. Başak Kandi ile yüze bütünsel yaklaşım - dolgu

15.00-15.20 Kahve Arası



15.20-16.00 UYDU SEMPOZYUMU 4



Veloce BBL ile çoklu tedavi seçenekleri

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Başak Kandi

Konuşmacı: Uz. Dr. Vahid Ahmadi



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Bilimsel Program

06 KASIM 2021 CUMARTESİ

SALON 1

16.00-17.10 PSORİASİS 2. OTURUM

**Oturum Başkanları: Prof. Dr. Mehmet Ali Güner,
Prof. Dr. Meltem Alkan Melikoğlu**

16.00-16.20 Psoriasisde komorbiditeler
Prof. Dr. Murat Borlu

16.20-16.40 Psoriasis - psoriatik artrit tedavisi
Prof. Dr. Meltem Alkan Melikoğlu

16.40-17.00 Pediatrik psoriasis tedavisi ve vaka sunumları
Uz. Dr. Zeynep Topkarcı

17.00-17.10 Tartışma

17.10-17.30 Kahve Arası



17.30-18.30 ESTETİK DERMATOLOJİ 4. OTURUM

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Erol Koç, Prof. Dr. Nilgün Solak

17.30-18.30 Dolgu uygulamaları
Prof. Dr. Erol Koç

19.00-20.45 Akşam Yemeği





AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Bilimsel Program

06 KASIM 2021 CUMARTESİ

SALON 2

18.30-19.05 SÖZEL SUNUMLAR (SS-01 / SS-07)

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Göknur Kalkan, Uz. Dr. Ayşe Nalan Avcı

- 18.30-18.35 **SS-01:** Psoriasisde serum insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1) düzeyleri ve insülin direnci
Alper Alyanak, Nahide Onsun, Elif Ortalık Devebacak
- 18:35-18:40 **SS-02:** Pediatrik saç hastalıkları: demografik ve klinik özelliklerin retrospektif analizi
Aslı Bilgiç, Malik Güngör, Adem Özdemir, Burçin Cansu Bozca, Oğuz Yılmaz, Levent Dönmez, Ayşe Akman Karakaş, Özlem Dicle
- 18:40-18:45 **SS-03:** Blau Sendromlu Bir Olguda Gelişen Sweet Sendromu: Adalimumab Paradoksu
Ece Gökyayla, Muhammed Altınışik, Peyker Temiz, Aylin Türel Ermertcan
- 18:45-18:50 **SS-04:** Burun Dolgusu Uygulamalarında Dolgu Seçimi Ne Kadar Önemli: Polikaprolakton mu? Hyaluronik asit mi?
Nebahat Demet Akpolat
- 18:50-18:55 **SS-05:** Kronik İdiopatik Ürtikerli Hastalarda Sigara kullanımı, Hastalık Yaşı ve Anjioödem varlığı ile Omalizumab Direnci Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
Ayşe Nihan Atsü, Nazlı Caf, Osman Gökdeniz, Zafer Türkoğlu
- 18:55-19:00 **SS-06:** Covid-19 Salgın Sürecinde Scabies Sıklığı Ve Scabies İçin Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Hastane Odaklı Kesitsel Bir Araştırma
Zeynep Karaca Ural, Binali Çatak, Esra Ağaoğlu
- 19:00-19:05 **SS-07:** Kronik Miyeloid Lösemi Hastasında Gelişen Dört Farklı Dermatöz Hidroksiüre ile Hiperpigmentasyon ve Kutanöz Lupus Eritematozus & PEG-INF(alfa) ile İnjesiyon Yerinde Akut İritan Kontakt Dermatit & Edinsel C1 Esteraz İnhibitör Fonksiyon Bozukluğuna Bağlı Anjioödem
Hüseyin Emre Korkmaz, Zeynep Topkarcı, Bilgen Erdoğan, Damlanur Sakız



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Bilimsel Program

07 KASIM 2021, PAZAR

SALON 1

08.30-09.15 ATOPIK DERMATİT OTURUMU

**Oturum Başkanları: Prof. Dr. Serap Öztürkcan,
Prof. Dr. Ayşe Akman Karakaş**

08.30-08.45 Atopik dermatit patogenezi
Doç. Dr. Didem D. Balcı

08.45-09.00 Atopik dermatitte güncel tedaviler
Prof. Dr. Serap Öztürkcan

09.00-09.15 Atopik dermatit tedavisinde nemlendirme ve deri bütünlüğü
Prof. Dr. Ayşe Akman Karakaş

09.15-10.45 ZOR TEDAVİLER VE DENEYİMLER OTURUMU

**Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ayla Gülekon,
Prof. Dr. A. Çiğdem Doğramacı**

09.15-09.30 Hidradenitis süpürativada fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri
Prof. Dr. D. Deniz Demirseren

09.30-09.45 TEN tedavisi
Prof. Dr. Rafet Koca

09.45-10.00 Akne ile birlikte görülen sendromlar
Prof. Dr. A. Çiğdem Doğramacı

10.00-10.15 Hidraadenitis süpürativa
Prof. Dr. Nida Kaçar

10.15-10.30 Hidraadenitis süpürativa deneyimleri
Uz. Dr. Sinan Doğan

10.30-10.45 Psoriasis vaka deneyimleri
Doç. Dr. Meltem Türkmen

10.45-11.00 Kahve Arası





AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Bilimsel Program

07 KASIM 2021, PAZAR

SALON 1

11.00-12.00 ROMATOLOJİK HASTALIKLAR VE BEHÇET OTURUMU

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Şevki Özdemir, Doç. Dr. Erdinç Terzi

11.00-11.15 Romatolojik hastalıkların deri bulguları

Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala

11.15-11.30 Dermatolojide çivi belirtisi

Dr. Öğr. Ü. Merve Hatun Erkayman

11.30-11.45 Her yönüyle paterji testi

Dr. Öğr. Ü. Handan Bilen

11.45-12.00 Behçet Hastalığında tanı ayırıcı tanı

Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu

12.00-12.15 Kahve Arası



12.15-13.00 ANTIAGING OTURUMLARI 2

Oturum Başkanları: Prof. Dr. A. Şebnem Özkan, Prof. Dr. Meltem Önder

12.15-12.30 Probiyotikler ve antiaging

Prof. Dr. Meltem Önder

12.30-12.45 Glutasyon

Prof. Dr. Erol Koç

12.45-13.00 Antiagingte antioksidanlar

Prof. Dr. Yelda Kapıcıoğlu

13.00-13.15 KAPANIŞ TÖRENİ

SALON 1



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Bilimsel Program

POSTER SUNUMLARI

- PS-01** Hidroksiüre Kullanımının Mukokutanöz Advers Etkileri
Ahmet Onur Soğuksu, Erdal Pala, Mehmet Melikoğlu
- PS-02** Oral İzotretionin Kullanımı Sonrası Gelişen Sakroileit
Ahmet Onur Soğuksu, Erdal Pala, Tunçay Ağkurt
- PS-03** Gözden Kaçan Bir Tanı: Demodikozis
Beyza Türe Avcı, Kamer Gündüz
- PS-04** Asemptomatik Covid-19 Enfeksiyonu Altında Gelişen Livedoid Vaskülopati Olgusu
Bilgen Erdogan, Elif Nur Özler, Zeynep Topkarcı, Damlanur Sakız
- PS-05** Keratit ile tanı alan bir pediatrik okülokutanöz rozase olgusu
Buse Gümüş, Ece Gökyayla, Beyza Türe Avcı, Aylin Türel Ermertcan
- PS-06** Multipl Penil Şankr: Primer Sifilizin Nadir Görülen Bir Klinik Tablosu
Esra Özkürkçü, Melis Bal Akdoğan, Merve Ekren Öztürk, Selda Pelin Kartal
- PS-07** Palmoplantar Bölgede İrritan Kontakt Dermatit Benzeri Şikâyetle Başvuran Bir Sifiliz Olgusu
Melike Güven, Erdal Pala, Mehmet Melikoğlu
- PS-08** Generalize Büllöz Fix İlaç Erüpsiyonu
Merve Bingöl, Erdal Pala, Mehmet Melikoğlu, Sanem Çolak
- PS-09** Hidroksiüre kullanımı sonrası gelişen longutinal melanonişi, bir olgu sunumu
Müge Gündüz, Cemal Bilaç
- PS-10** Biontech Covid-19 Aşısı Sonrası Gelişen Ptyriasis Rosea Benzeri Döküntü: Bir Olgu
Nurgül Bayram, Bilgen Erdoğan, Zeynep Topkarcı
- PS-11** Bacakta anüler eritem: Eritema migrans
Osman Ezim, Bilgen Erdoğan, Zeynep Topkarcı, Damlanur Sakız
- PS-12** Alopesi sifilitika
Rümeysa Calp, Erdal Pala, Mehmet Melikoğlu



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamuz anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



SÖZEL SUNUMLAR



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



SS-01

PSORİASİSDE SERUM IGF-1 DÜZEYLERİ VE İNSÜLİN DİRENCİ

Alper Alyanak¹, Nahide Onsun², Elif Ortalık Devebacak¹

Katip Çelebi Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İzmir¹

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul²

Giriş: Psoriasis, çeşitli genlerin, çevresel koşulların ve aşırı immünolojik bozuklukların etkileşimi sonucu ortaya çıkan komplike, kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır.(1) En sık görülen plak tip psoriasis olup eritemli zeminde skuamlı plaklarla en sık ekstansör bölgelerde görülmekle birlikte, intertriginöz bölgeleri, avuçları, ayak tabanlarını ve tırnakları da etkileyebilmektedir.(2) Son yıllarda yapılan çalışmalarda psoriasis hastalığının deri dışında eklemleri, damarları ve diğer organları da etkileyen sistemik inflamatuvar bir hastalık olduğu kabul edilmektedir.(3)(4)(5) Psoriasisde diabetes mellitus en önemli komorbiditelerden biridir.(6) Komorbid hastalıkların patogenezi tam olarak açıklanamamıştır; ancak ortak inflamatuvar yollar ve hücrel aracılarn rol oynadığı düşünülmektedir.(1)(7) Tip 2 diyabet hastalığında görülen hiperinsülinemi sonucunda karaciğerden üretilip dolaşıma geçen IGF-1 seviyesi artmaktadır.(8) Psoriasisli hastaların serumlarından yapılan ölçümlerde IGF-1 seviyesi düşük bulunmakla birlikte (9), psoriatik lezyonlarda IGF-1 seviyesi yüksek bulunmuştur (10). Çalışmamızda psoriasisde insülin direnci varlığını ve serum IGF-1 seviyeleri üzerine olan etkisini araştırdık.

Metod: Çalışmaya 2003-2004 yılları arasında Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji kliniği ve polikliniğinde psoriasis tanısı ile izlenen ve diyabeti olmayan 100 hasta alındı. Kontrol grubu olarak polikliniğe başvuran ve diyabeti olmayan psoriasis dışında çeşitli hastalıkları olan 60 hasta alındı. Hastaların PAŞİ (psoriasis alan ve şiddet indeksi) skoru ve hastalık süreleri kaydedildi. Hastaların ve kontrol grubunun serum IGF-I, glukoz, insülin, C-peptid, HbA1c düzeyleri ölçüldü. Serum IGF-I ölçümü Immulite 2000 cihazı ile enzim işaretli kemiluminesent kiti kullanılarak yapıldı (DPC, Diagnostic Products Corporation, USA). Serum insülin ve C-peptid düzeyleri de aynı cihaz ile ölçüldü. Serum HbA1c düzeyi de Roche otomatik klinik kimya analizöründe immünolojik kit ile çalışılarak ölçüldü. Hastaların ve kontrol grubunun HOMA insülin direnci şu formüle göre hesaplandı: HOMA-IR = İnsülin mU/l x glukoz mg/dl/405.(11) HOMA insülin direnci değeri 4



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



üstünde olanlarda insülin direnci olduğu kabul edildi. İnsülin düzeyleri 17 mIU/ML üzerinde olan değerler hiperinsülinemi ve insülin direncinin bir başka göstergesi olarak kabul edildi. Elde edilen verilerin ortalamaları ve standart sapmaları alındı. “Bağımsız gruplarda t testi” ile iki grup ölçümsel parametreleri Unistat istatistik paket programında (versiyon 5.1.03) karşılaştırıldı. P <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan psoriasis tanılı hasta grubunun 50’si (%50) erkek, 50’si (%50) kadındı. Kontrol grubunun 30’u (%50) erkek, 30’u (%50) kadındı. Psoriasis tiplerinin dağılımı 87 hastada plak (%87), 6 hastada guttat (%6), 5 hastada eritrodermik (%5), 2 hastada püstüller (%2) şeklindeydi. Hasta grubunun yaş ortalaması 41,21±15,78; PAŞİ skoru ortalaması 9,38±7,20; hastalık süresi ortalaması 11,15±10,12; HbA1c ortalaması 5,7765±0,6046; insülin ortalaması 9,110±5,907; C-peptid ortalaması 2,3210±0,9860; IGF-I ortalaması 135,82±68,90; glukoz ortalaması 90,11±11,11; HOMA ortalaması 2,060±1,460 olarak bulundu. Kontrol grubunun yaş ortalaması 40,97±13,89; HbA1c ortalaması 5,5007±0,6358; insülin ortalaması 8,377±6,311; C-peptid ortalaması 2,2865±1,2667; IGF-I ortalaması 128,42±52,38; glukoz ortalaması 88,48±8,75 ve HOMA ortalaması 1,847±1,412 olarak bulundu (Tablo 1).

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubunun ortalama ve standart Sapmaları

	KONTROL GRUBU (Ortalama)	KONTROL GRUBU (Standart Sapma)	HASTA GRUBU (Ortalama)	HASTA GRUBU (Standart Sapma)
YAŞI	40,97	±13,89	41,21	±15,78
PAŞİ SKORU			9,38	±7,20
HASTALIK SÜRESİ			11,15	±10,12
HbA1c (%)	5,5007	±0,6358	5,7765	±0,6046
İNSÜLİN (uIU/mL)	8,377	±6,311	9,110	±5,907
C-PEPTİD (ng/mL)	2,2865	±1,2667	2,3210	±0,9860
IGF-I (ng/mL)	128,42	±52,38	135,82	±68,90
GLUKOZ (mg/dL)	88,48	±8,75	90,11	±11,11
HOMA	1,847	±1,412	2,060	±1,460



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Hasta ve kontrol grubunun yaş, HbA1c, insülin, C-peptit, IGF-I, glukoz, HOMA parametreleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında hasta grubundaki HbA1c değeri yüksek çıktı ($P<0,01$), diğer parametrelerde ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($P>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2: Hasta ve kontrol grubunun istatistiksel karşılaştırılması

	t	P
YAŞ	-0,099	$>0,05$
HbA1c	-2,740	$<0,01$
İNSÜLİN	-0,741	$>0,05$
C-PEPTİT	-0,192	$>0,05$
IGF-I	-0,717	$>0,05$
GLUKOZ	-0,968	$>0,05$
HOMA	-0,906	$>0,05$

Tartışma: Çalışmaya insülin direnci varlığını araştırabilmek için hasta ve kontrol grubuna diyabeti olmayanlar alındı. İki grup arasında insülin direnci varlığı açısından anlamlı fark çıkmasa da HbA1c seviyeleri arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,01$). HOMA değerinin HbA1c seviyesi 5.9 ve üzeri olursa belirgin olarak arttığı gösterilmiştir (12), çalışmamızdaki hasta ve kontrol grubunun değerleriyle uyumluydu.

IGF-1 ve insülin yapısal olarak benzerdir, farklı reseptörlere bağlanmakla birlikte çok daha düşük afinite ile birbirlerinin reseptörlerine bağlanarak benzer fonksiyonlar gösterebilirler.(8) IGF-1 başlıca büyüme ve hücre proliferasyonundan sorumluyken, insülin glukoz metabolizmasından sorumludur.(13) Pankreastan salınan insülin ve hipofizden salınan büyüme hormonu etkisiyle karaciğerden dolaşıma IGF-1 salınır; IGF-1 her iki hormon üzerine negatif feedback etkiye sahiptir ancak hiperinsülinemi durumunda IGF-1 seviyesi arttığı halde insülin seviyesini baskılayamaz.(8)

Günümüzde sürekli besin ve özellikle karbonhidrat alımı ve fazla beslenme ile hiperinsülinemi olduğu ve bunun da insülin reseptörlerini duyarsızlaştırarak insülin direnci gelişmesine sebep olduğu üzerinde



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021

SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



durulmaktadır.(8) Benzer beslenme özelliklerinin psoriasis de ortaya çıkmasını ve ilerlemesini etkilediği belirtilmektedir.(14)

Psoriasis hastalarında diyabet görülme sıklığı belirgin olarak artmıştır.(15) Literatürde bir meta-analizde, hafif, orta ve şiddetli psoriasisde insülin direncinin göstergesi olan metabolik sendrom riski için düzeltilmiş odds oranlarının sırasıyla 1.22, 1.56 ve 1.98 ile olduğu belirtilmiştir.(16) Psoriasisli hastalarda vücut kitle indeksi, açlık plazma glukozu, lipid profili, kan basıncının kontrol edilmesi ve kardiyovasküler morbidite riskinin artması nedeniyle ciddi psöriasisi olan hastalara sigarayı bırakma, alkol ve kilo verme gibi yaşam tarzı değişiklikleri belirtilmelidir.(17)

IL-23'ün aktive ettiği T_H17 yolunun psoriasis hastalığı patofizyolojisinde başlıca rolü oynadığı ve salgılanan sitokin ve kemokinler ile keratinosit proliferasyonu ve psoriasis de diğer inflamatuvar özelliklerin ortaya çıktığı bilinmektedir (2), gelecekte yapılacak çalışmalar ile IGF-1 ile aralarındaki etkileşim üzerine çalışılabileceğini öngörmekteyiz.

Lokal olarak psoriatik deride IGF-1 reseptörlerinin arttığı gösterilmiştir.(18) Psoriasisli hastaların serumlarından yapılan çalışmalarda IGF-1 seviyesinin artmadığı belirtilmiştir.(19)(9) Dermal fibroblastlar tarafından üretilen IGF-1'in parakrin olarak epidermal hücre proliferasyonunu etkilediği (20) ve tedavi ile azaldığı gösterilmiştir.(10) Çalışmamızda hastalarda insülin direnci ve hiperinsülinemi saptamadığımız için serum IGF-1 düzeylerinin normal seviyede olduğunu, gelecekte diyabeti olan psoriasis hastalarında yapılacak çalışmalarda IGF-1 seviyesinin yüksek düzeyde çıkabileceğini düşünmekteyiz.

IGF-1 reseptörleri deneysel modellerde inhibe edilince psoriasis lezyonlarının gerilediği gösterilmiştir (21); insanlarda krem şeklinde verilen ön ilaçla reseptörler inhibe edilince kısmi düzelme olduğu ve ilacın geliştirme aşamasında olduğu belirtilmektedir.(22) Biz de psoriasisde topikal uygulanacak ilaçların etkili olabileceğini düşünmekteyiz. Sistemik olarak verilen ve tiroid oftalmopatisinde kullanılan IGF-1 reseptör inhibe edici antikoru teprotumumabın yan etkilerinden birinin de kan şekeri yükselmesi olduğu belirtilmiştir.(23)

Toplumda psoriasis sıklığının arttığı belirtilmektedir.(24) Türkiye'de diyabet prevalansı 1998'de %7.2, 2010'da %13.7 olarak saptanmıştır. (25) Her iki hastalığın şiddetinin uygun beslenme gibi yaşam değişiklikleri ile azaltılabileceğini düşünmekteyiz.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Sonuç olarak çalışmamızda psoriasis hastalarındaki HbA1c seviyesindeki yükseklik psoriasisin insülin direnci ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Fazla kalori alımı ile oluşan hiperinsülinemi ve sonrası gelişen insülin direncini önlemek için kalori kısıtlanması ve egzersiz gibi yaşam değişiklikleri ile psoriasis hastalığında iyileşme olabileceğini düşünmekteyiz. Literatürde hiperinsülinemiye bağlı olduğu belirtilen IGF-1 yüksekliği için geliştirilebilecek ilaçların da psoriasis tedavisinde etkili olabileceğini öngörmekteyiz.

Kaynaklar:

1. Yamanaka K, Yamamoto O, Honda T. Pathophysiology of psoriasis: A review. J Dermatol. 2021;48(6):722–31.
2. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. JAMA - J Am Med Assoc. 2020;323(19):1945–60.
3. Korman NJ. Management of psoriasis as a systemic disease: what is the evidence? Br J Dermatol. 2020;182(4):840–8.
4. Amin M, Lee EB, Tsai TF, Wu JJ. Psoriasis and co-morbidity. Acta Derm Venereol. 2020;100(100-year theme Psoriasis):80–6.
5. Saleem MD, Feldman SR. Comorbidities in patients with psoriasis: The role of the dermatologist. J Am Acad Dermatol. 2017;77(1):191–2.
6. Holm JG, Thomsen SF. Type 2 diabetes and psoriasis: links and risks. Psoriasis Targets Ther. 2019;Volume 9:1–6.
7. Sundarajan S, Arumugam M. Comorbidities of psoriasis - Exploring the links by network approach. PLoS One. 2016;11(3).
8. Janssen JAMJL. Hyperinsulinemia and its pivotal role in aging, obesity, type 2 diabetes, cardiovascular disease and cancer. Int J Mol Sci. 2021;22(15).
9. B J Nickoloff, P Misra, V B Morhenn, R L Hintz RGR. Plasma somatomedin C levels in psoriasis. Br J Dermatol. 1987;116(1):15–20.
10. El-Komy M, Amin I, Zidan A, Kadry D, Zeid OA, Shaker O. Insulin-like growth factor-1 in psoriatic plaques treated with PUVA and methotrexate. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011;25(11):1288–94.
11. Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: insulin resistance and β -cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. Diabetologia. 1985;28(7):412–9.
12. Heianza Y, Arase Y, Fujihara K, Tsuji H, Saito K, Hsieh SD, et al. High normal HbA1c levels were associated with impaired insulin secretion without escalating insulin resistance in Japanese individuals: The Toranomon Hospital Health Management Center Study 8 (TOPICS 8). Diabet Med. 2012;29(10):1285–90.
13. Kim SY, Kim M, Oh Y, Lee DY. Relationship of Serum Total Insulin-Like Growth Factor Binding Protein-3 with Insulin-Like Growth Factor-I and Glucose Tolerance in Korean Children and Adolescents. Int J Endocrinol. 2021;2021.
14. Kanda N, Hoashi T, Saeki H. Nutrition and psoriasis. Int J Mol Sci. 2020;21(15):1–19.
15. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and the risk of diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. JAMA Dermatology. 2013;149(1):84–91.
16. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis of observational studies. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2013;68(4):654–62.
17. Kovitwanichkanont T, Chong AH, Foley P. Beyond skin deep: addressing comorbidities in psoriasis. Med J Aust. 2020;212(11):528–34.
18. E Hodak, A B Gottlieb, M Anzilotti JGK. The insulin-like growth factor 1 receptor is expressed by epithelial cells with proliferative potential in human epidermis and skin appendages: correlation of increased expression with epidermal hyperplasia. J Invest Dermatol. 1996;106(3):564–70.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamuz anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



19. E Björntorp, R Wickelgren, R Bjarnason, G Swanbeck, L M Carlsson AL. No evidence for involvement of the growth hormone/insulin-like growth factor-1 axis in psoriasis. *J Invest Dermatol.* 1997;109(5):661–5.
20. Miura H, Sano S, Higashiyama M, Yoshikawa K, Itami S. Involvement of insulin-like growth factor-I in psoriasis as a paracrine growth factor: Dermal fibroblasts play a regulatory role in developing psoriatic lesions. *Arch Dermatol Res.* 2000;292(12):590–7.
21. Wraight CJ, White PJ, McKean SC, Fogarty RD, Venables DJ, Liepe IJ, et al. Reversal of epidermal hyperproliferation in psoriasis by insulin-like growth factor I receptor antisense oligonucleotides. *Nat Biotechnol.* 2000;18(5):521–6.
22. Osher E, Macaulay VM. Therapeutic Targeting of the IGF Axis. *Cells.* 2019;8(8):895.
23. Kahaly GJ, Douglas RS, Holt RJ, Sile S, Smith TJ. Teprotumumab for patients with active thyroid eye disease: a pooled data analysis, subgroup analyses, and off-treatment follow-up results from two randomised, double-masked, placebo-controlled, multicentre trials. *Lancet Diabetes Endocrinol [Internet].* 2021;9(6):360–72.
24. Danielsen K, Olsen AO, Wilsgaard T, Furberg AS. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *Br J Dermatol.* 2013;168(6):1303–10.
25. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincceg N, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol.* 2013;28(2):169–80.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



SS-02

PEDİATRİK SAÇ HASTALIKLARI: DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Aslı Bilgiç¹, Malik Güngör¹, Adem Özdemir¹, Burçin Cansu Bozca¹, Oğuz Yılmaz¹, Levent Dönmez²,
Ayşe Akman Karakaş¹, Özlem Dicle³

- 1.Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.
- 2.Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.
- 3.Liv Hastanesi, Ulus, İstanbul, Türkiye.

Giriş ve Amaç: Pediatrik saç hastalıkları başvuruları dermatoloji polikliniklerine genel pediatrik başvurular arasında daha az görülen bir grubu oluştursa da saç dökülmelerinin çocuk ve aile üzerine etkisi çok daha büyük olabilmektedir. Pediatrik dermatolojik hastalıklar içinde saç hastalıkları ile ilgili tanımlayıcı veriler literatürde sınırlı sayıda çalışılmıştır.

Bu çalışmamızla Akdeniz Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Saç Hastalıkları Ünitesi'ne başvuran pediatrik hastalar değerlendirilmiş, bölgemizde pediatrik yaş grubunda gözlenen saç hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmak, ünitemize başvuran hastaların özelliklerini tanımlamak ve saç hastalıklarında tanınal yaklaşıma katkı sağlayabilecek verileri belirlemek amaçlanmıştır. Ülkemizde bu verilerin elde edilmesi mezuniyet öncesi eğitim programlarının oluşturulmasına olduğu gibi hem deri ve zührevi hastalıklar hem de pediatri ve aile hekimliğinden rotasyona gelen uzmanlık öğrencilerinin eğitim programlarına katkı sağlayabilir.

Yöntemler: Çalışmamıza Saç Hastalıkları Ünitesi'ne Mayıs 2011-2019 tarihleri arasında başvuran, <18 yaş altı ardışık 739 yeni hastanın verileri ünitemizde rutin olarak kullanılan kayıt formlarından geriye dönük olarak değerlendirilerek dahil edilmiştir. Kayıt formlarımızda hastalar toplamda 18 ana başlıkta 210 veri açısından sorgulanmıştı (1). Çalışmamızda bu veriler arasından; hastaların demografik özellikleri, başvuru nedenleri, öykülerinde yer alan özellikler, başvuru anında yakınmaları ve yakınmaların süreleri, hastalık seyri, aile öyküleri, saçlar dışında diğer kılırlara dair muayene bulguları, konulan tanılar, tanı araçları ve saçla ilgili kozmetik ve bitkisel ürün alışkanlıkları kaydedildi. İstatistiksel değerlendirmelerde SPSS 23.0 programı kullanıldı. Sonuçlarda p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Deri ve Zührevi hastalıklar polikliniklerine başvurular arasında Mayıs 2011-2019 tarihleri arasında <18 yaş altı pediatrik hastalar tüm başvuruların %18.1'ini oluşturmaktaydı. Pediatrik yaş grubunda Saç Hastalıkları Ünitesine başvuru oranı tüm pediatrik vakaların %2 (739/36.877)'siydi. Hastaların yaş ortalaması 10,06±5,09 olup (min-maks: 1-17 yaş) olup kız çocuklar için bu değer 10.22±4.96, erkekler için 9.82±5.26 olarak bulundu. 739 hasta içinde %59.7 (n=441) ile kız çocuklarının erkeklerden (n=298; %40.3) daha sık saç poliklinik başvurusu olduğu saptandı. Genetik saç dökülme nedenlerinin daha sık görüldüğü yaş grubu olan iki yaş altı hastalar tüm pediatrik



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



hastaların % 6.4'ünü oluşturuyordu. Ortalama yakınma süresi 23.60±33.14 ay olarak saptandı. Hastalar ünitemize en sık yaygın saç dökülmesi (%45.2) yakınmasıyla başvururken, lokal saç dökülmesi (%34.9) ve saçlarda seyrelme (%11.2) diğer sık görülen başvuru nedenleriydi. Yakınmaların seyrinin tanımlandığı 636 hasta içerisinde % 40.3 (n=256) hastada alopesinin kronik persistan seyir gösterdiği saptandı. Bunu akut saç dökülmeleri (%32.9) izliyordu.

Hastalarda öyküde en sık saptanan etiyolojik faktörler sırasıyla: anemi (n=71; %9.6), ilaçlar (n=55; %7.4), atopi (n=54; %7.3), demir eksikliği (n=50; %6.8), son 6 ayda ciddi stres öyküsü (n=45; %6.1) ve tiroid hastalığı varlığı (n=40; %5.4) idi. Hastaların saçlarla ilgili kozmetik ve bitkisel ürün tercihleri ve boya, perma gibi profesyonel uygulamaları sorguladığında en sık uygulamalar; bitkisel ürün kullanımı (n=66; %8.9), saç boyası (n=50; %6.8) ve saç kozmetiği kullanımı (n=12; %1.6) idi.

Tanı amacıyla 300 hastada çekme testi yapılırken; 99 hastada tüm alanlarda pozitif, 74 hastada alopesik alanda ve 62 hastada sadece frontal ve/veya vertekte pozitif saptandı. Dermoskopi yapılan 212 hastanın %79.2'sinde anormal dermoskopi bulgular izlenirken, 300 (%40.5) hastada kan tahlili yapılmıştı.

Kayıtlardan kesin tanılarına ulaşılan hastalar arasında sırasıyla en sık androjenetik alopesi (n=173, %30), alopesi areata (n=198; %26.8), kronik telojen effluvium (n=151; %26.2) ve akut telojen effluvium (n=64; %10.8) saptandı. Saç renk ve gövde anomalilerine %3.3 oranında rastlanırken %2.7 hastada skatrisyel alopesi izlendi.

Tartışma ve Sonuç:

Saç hastalıkları ünitemizin 8 yıl gibi uzun süreli verilerini değerlendirdiğimiz bu çalışmada, öncelikle, pediatrik yaş grubunda saç hastalığı nedeniyle yapılan başvuruların, bölgemizde tüm dermatoloji poliklinik başvuruları arasında %2 oranında yer tuttuğunu belirlemiş olduk. Saç ve saçlı deri hastalıklarının özellikle de pediatrik yaş grubunda insidans ve prevalansı ile ilişkili epidemiyolojik çalışmalar hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde oldukça kısıtlıdır. Dolayısıyla, dermatoloji polikliniklerine ayaktan başvurup takip ve tedavileri yapılan pediatrik hastaların demografik özellikleri ve genel dağılımları ile ilgili bilgilerimiz sınırlıdır.

Pediatrik yaş grubunda (0-17) deri hastalıkları arasında saç hastalıklarının görülme oranı, Ankara, Zonguldak, Bolu, İzmir, İstanbul, Tokat ve Afyon gibi farklı coğrafik bölgelerde %2,6 ile %6,2 oranları arasında değişen oranlarda bulunmuştur (2-8).

Literatürde yer alan bu çalışmalarda çocuklarda AA'nın erişkin yaş grubuna göre daha çok gözlemlendiği dikkat çekmektedir (2,4-7). Bizim çalışmamızda ise hastalarımızın büyük bir çoğunluğunu başta AGA olmak üzere AGA, AA ve kronik veya akut TE hastaları oluşturmaktaydı. Hastalıkların görülme sıklıkları çevresel faktörler, sosyoekonomik durum ve demografik farklılıklara bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Bunu destekleyecek şekilde daha önceki bazı çalışmalarda da AA diğer saç ve saçlı deri hastalıklarını izleyen şekilde ikinci sırada yer almaktaydı (8,9).

Literatüre benzer şekilde ve erişkin yaş grubuna da benzeyen oranda, pediatrik grupta da primer skatrisyel alopesilerin saç hastalıkları arasında görülme oranının %2.7 olduğu saptandı (10-12).



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Saç hastalıkları ünitesinin, hastalığa özel bir poliklinik olması nedeniyle seboreik dermatit, pediküloz, folikülit gibi tanılar oldukça düşük saptanmıştır. Bu durum bu grup hastaların saç polikliniklerinden daha çok genel dermatoloji polikliniklerine başvurduğunu düşündürmektedir.

Kronik ve akut telojen effluvium yüksek (%37) oranda izlenen çalışmamızda sıklıkla etyolojide suçlanan anemi, ilaç öyküsü, demir eksikliği, son 6 ayda ciddi stres öyküsü ve tiroid hastalığı varlığı yüksek oranda saptanmıştır. Yine çalışma grubumuzda sık gözlenen AA'da etyolojide bunlara ek olarak birlikteliği izlenen atopi de yüksek oranda izlenmiştir. Tüm bu bulgular etyolojik faktörlerin saç hastalıkları muayene ve değerlendirmesi sırasında sorgulanmasının önemini göstermektedir.

Çalışmamızın saç hastalıkları ünitemizin bölgemizde referans merkez olması dolayısıyla genel olarak pediatrik yaş grubunda izlenen saç hastalıkları ve görülme oranlarıyla ilgili önemli veriler içerdiğini düşünmekteyiz.

Saç hastalıkları pediatrik yaş grubunda dermatolojiye başvuru nedenleri arasında önemli bir sebebi oluşturmaktadır. Bu yaş grubuna özel olarak sık görülen saç hastalıklarının belirlenmesi ve tanı ve tedavi özelliklerinin tanımlanması, bu hastalıkların daha erken tanı ve tedavisinin sağlanmasına katkı sağlayıp, pediatrik yaş grubu saç hastalıkları tanı ve tedavisi alanında başarıyı arttıracaktır.

Kaynaklar

1. Bilgiç Temel A, Şenol Y, Nazlım B, Özkesici B, Dicle O. Saç Hastalıkları Ünitesi Deneyimi: 1,617 Olgunun Analizi. Turk J Dermatol 2016;10:19-26.
2. Oruk Ş, İltner N, Atahan ÇA, ve ark. Çocuklarda dermatolojik problemler. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2002;12:1-4.
3. Tekin NS, Sezer T, Altınayaz HC, ve ark. Zonguldak bölgesinde çocukluk çağında görülen deri hastalıklarının prevalansı: Beş yıllık retrospektif analiz. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007;17:92-8.
4. Polat M, Göksüğü N, Parlak AH, ve ark. Bolu yöresinde pediatrik yaş grubunda görülen deri hastalıkları. Türkdern 2008;42:22-5.
5. Saçar H, Saçar T. Çocuklukçağı dermatozlarının prevalansı. Türkdern 2010;44:132-7.
6. Can B, Kavala M, Türkoğlu Z, ve ark. İstanbul bölgesinde çocukluk çağında görülen deri hastalıklarının prevalansı. Turkderm 2011;45:10-3.
7. Seçkin HY, Kalkan G, Baş Y. Tokat bölgesinde çocukluk çağında görülen deri hastalıklarının prevalansı. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013;5:8-15.
8. Kaçar SD, Özüğü P, Karaca Ş. Pediatrik yaş grubunda saç ve saçlı deri hastalıklarının değerlendirilmesi. Turk J Dermatol 2014;3:147-50.
9. Akbaş A, Kılınç F, Yakut İ, ve ark. Türk çocuklarında görülen saç hastalıkları: Retrospektif bir analiz. Dermatol 2014;4:1-8.
10. Whiting DA. Cicatricial alopecia: clinico-pathological findings and treatment. Clin Dermatol 2001;19:211-25.
11. Tan E, Martinka M, Ball N, et al. Primary cicatricial alopecias: Clinicopathology of 112 cases. J Am Acad Dermatol 2004;50:25-32.
12. Qi S, Zhao Y, Zhang X, et al. Clinical features of primary cicatricial alopecia in Chinese patients. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2014;80:306-12.



SS-03

BLAU SENDROMLU BİR OLGUDA GELİŞEN SWEET SENDROMU: ADALIMUMAB PARADOKSU

Ece Gökyayla¹, Muhammed Altınışık², Peyker Temiz³, Aylin Türel Ermertcan¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri Ve Zührevi Hastalıklar Ad, Manisa

²manisa Celal Bayar Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ad, Manisa

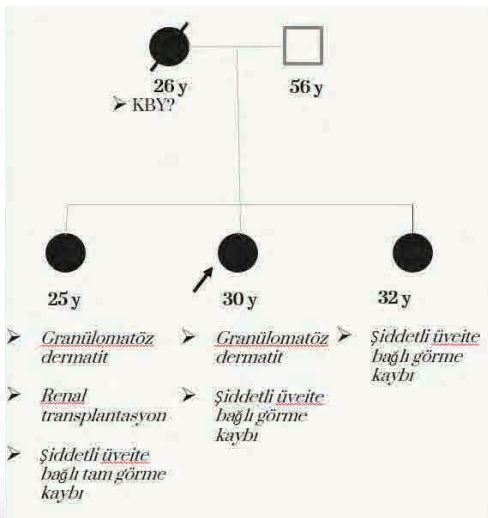
³manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Ad, Manisa

Giriş

Blau sendromu, NOD2/CARD15 genindeki mutasyonların neden olduğu, otozomal dominant geçişli, granülatöz otoinflamatuar bir hastalıktır (1). Klinik prezentasyon, histopatolojik incelemede nonkazeöz granülomlar gösteren deri döküntüsü, granülatöz artrit/sinovit ve üveit triadı ile karakterizedir (2). Sweet sendromu, nötrofillerin histolojik olarak dermise yoğun infiltrasyonuna ek olarak, ateş, nötrofili, ağrılı eritomatöz papüller, nodüller ve plaklarla kendini gösteren inflamatuvar ve reaktif bir dermatozdur. İdiyopatik, malignite ile ilişkili veya ilaca bağlı olabilir (3). Bu raporda, Blau sendromlu bir hastada gelişen Sweet sendromu etyolojik olarak tartışılmıştır.

Gelişme (Olgu Sunumu)

30 yaşında kadın hasta. Bacaklarda kızamık ve hassas kabarıklıklar ile başvurdu. Yakınmaları yaklaşık 10 gündür varmış ve dirençli granülatöz panüveit tanısı ile kullandığı siklosporin tedavisinin yantısızlık olması üzerine kesilerek, adalimumab tedavisine geçiş yapıldığı dönemde, ikinci adalimumab enjeksiyonu (7. Gün) sonrasında ortaya çıkmış. Özgeçmişinde tekrarlayan üveit, şiddetli eklem deformiteleri ve granülatöz dermatit tanısı olan hastanın ek olarak soygeçmişinde annesi ve iki kız kardeşine üveit ve granülatöz dermatit tanısı olduğu öğrenildi (Şekil 1).





Şekil 1: Pedigri

Hastanın yapılan dermatolojik fizik muayenesinde alt ekstremitelerde yaygın eritemli subkutan nodüller (Resim 1a), el ve ayaklarda ciddi eklem deformiteleri saptandı (Resim 2a-b). Nodüllerin dermoskopik incelemesinde beyaz kalın çizgilerle bölünmüş kırmızı-mor renkli yapısız alanlar saptandı (Resim 1b).



Resim 1a: Alt ekstremitelerde yaygın eritemli subkutan nodüller



Resim 1b: Beyaz kalın çizgilerle bölünmüş kırmızı-mor renkli yapısız alanlar. (x10)





AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüsnü Behçet Hocamız anısına

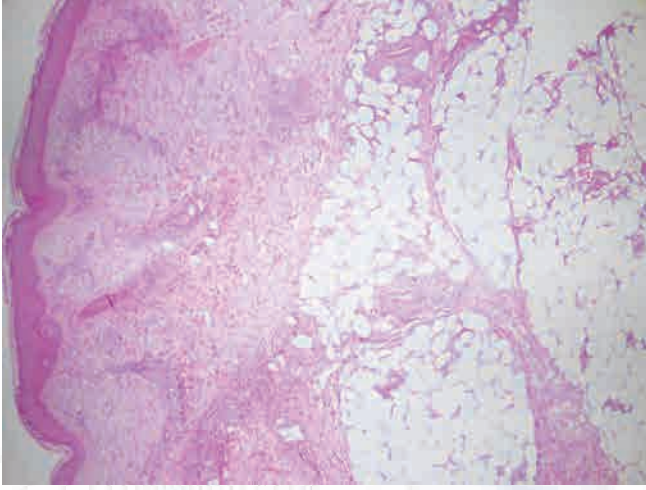
04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya

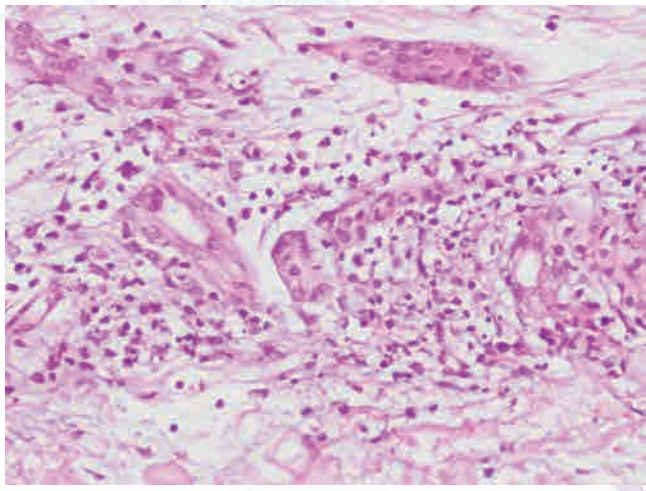


Resim 2a-b: Proksimal interfalangeal eklemlerde fleksiyon kontraktürü ve parmaklarda volar eğim (kamptodaktili deformitesi).

Hastadan eritema nodosum, Sweet sendromu, granülomatöz dermatit ön tanıları ile biyopsi alındı. Blau sendromu ön tanısı ile NOD2 gen mutasyonu çalışıldı. Histopatolojik incelemede dermis ve deri altı dokuda şiddetli nötrofilik inflamasyon saptanması üzerine hastaya Sweet sendromu tanısı koyuldu (Resim 3a-b).



Resim 3a: Dermiste ve subkutan yağ dokuda perivasküler Nötrofillerden zengin mikst yangısal infiltrasyon (HE,x20)



Resim 3b: Dermal damarlar etrafında nötrofil ve histiyositlerden oluşan yoğun yangı, hafif lökositoklazi bulguları (HE,x200)



NOD2 geninde heterozigot mutasyon saptanan hastanın Blau sendromu tanısı kesinleştirildi. Hastanın tedavisi 0,5 mg/kg oral metilprednizolon olarak düzenlendi. Adalimumab tedavisi, diğer anti-tümör nekrozis faktör (TNF) alfa ajanlarına karşı da dirençli üveit nedeniyle kesilemedi. Takipte tam remisyona izlendi (Resim 4).



Resim 4: Tedavinin 14. Gününde izlenen tam remisyona

Sonuçlar

Mevcut bilgilerimize göre, idiyopatik Sweet sendromu inflamatuvar bozukluklar tarafından tetiklenebilir (4). Adalimumab gibi anti TNF alfa ajanlar, Sweet sendromu da dahil olmak üzere çeşitli nötrofilik disfonksiyon hastalıklarını tedavi etmek için birçok durumda başarıyla kullanılmıştır (5). Diğer yandan, şu ana kadar altı anti-TNF ajan ile indüklenen Sweet sendromu vakası rapor edilmiş olup (6-11), bu durum anti TNF-alfa ajanların yatkınlığı olan hastalarda nötrofilik disfonksiyonu paradoksal olarak güçlendirebileceğini düşündürmektedir. Sweet sendromu, otoinflamatuvar bir hastalık olarak Blau sendromunun doğal seyrine bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi adalimumab ile tetiklenen paradoksal nötrofilik disfonksiyon ile de olabilir. Takipler devam etmektedir.

Kaynaklar

1. Takada S, Saito MK, Kambe N. Blau Syndrome: NOD2-related systemic autoinflammatory granulomatosis. G Ital Dermatol Venereol. 2020 Oct;155(5):537-541. doi: 10.23736/S0392-0488.19.06524-6. Epub 2020 Jul 2. PMID: 32618442.
2. Matsuda T, Kambe N, Ueki Y, Kanazawa N, Izawa K, Honda Y, Kawakami A, Takei S, Tonomura K, Inoue M, Kobayashi H, Okafuji I, Sakurai Y, Kato N, Maruyama Y, Inoue Y, Otsubo Y, Makino T, Okada S, Kobayashi I, Yashiro M, Ito S, Fujii H, Kondo Y, Okamoto N, Ito S, Iwata N, Kaneko U, Doi M, Hosokawa J, Ohara O, Saito MK, Nishikomori R; PIDJ members in the JSIAD; PIDJ (Primary Immunodeficiency and Autoinflammatory Diseases Database Project) members in the JSIAD (Japanese Society for Immunodeficiency and Autoinflammatory Diseases). Clinical characteristics and treatment of 50 cases of Blau syndrome in Japan confirmed by genetic analysis of



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hübsi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



- the *NOD2* mutation. *Ann Rheum Dis.* 2020 Nov;79(11):1492-1499. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217320. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32647028.
- Villarreal-Villarreal CD, Ocampo-Candiani J, Villarreal-Martínez A. Sweet Syndrome: A Review and Update. *Actas Dermosifiliogr.* 2016 Jun;107(5):369-78. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2015.12.001. Epub 2016 Jan 27. PMID: 26826881.
 - Pulido-Pérez A, Bergon-Sendin M. Sweet's Syndrome. *N Engl J Med.* 2020 Apr 16;382(16):1543. doi: 10.1056/NEJMicm1911025. PMID: 32294348.
 - Calabrese L, Caldarella G, Peris K, De Simone C. Recalcitrant Sweet Syndrome successfully treated with adalimumab. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2021 Jan;19(1):122-124. doi: 10.1111/ddg.14223. Epub 2020 Aug 24. PMID: 32833303.
 - Paul P, Walker CP, Paul M, Dey D. Sweet's Syndrome in a Patient With Seropositive Rheumatoid Arthritis After Starting Adalimumab: Is Sweet's Syndrome Related to Rheumatoid Arthritis or Is It the Paradoxical Effect of Adalimumab? *Cureus.* 2021 Aug 1;13(8):e16804. doi: 10.7759/cureus.16804. PMID: 34513410; PMCID: PMC8407047.
 - Canal Garcia E, Vargas Ramos JDP, Aguayo Ortiz R. Cellulitis-like Sweet Syndrome caused by adalimumab therapy for severe hidradenitis suppurativa. *Australas J Dermatol.* 2020 Nov;61(4):e448-e449. doi: 10.1111/ajd.13349. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32567672.
 - Keidel S, McColl A, Edmonds S. Sweet's syndrome after adalimumab therapy for refractory relapsing polychondritis. *BMJ Case Rep.* 2011 Dec 21;2011:bcr1020114935. doi: 10.1136/bcr.2011.4935. PMID: 22670004; PMCID: PMC3246157.
 - Banse C, Sobocinski V, Savoye G, Avenel G, Vittecoq O. Occurrence of Sweet syndrome under anti-TNF. *Clin Rheumatol.* 2015 Nov;34(11):1993-4. doi: 10.1007/s10067-015-3054-3. Epub 2015 Aug 21. PMID: 26292633.
 - Bruscino N, Grandi V, Gunnella S, Maio V. Sweet's syndrome in a patient affected by ankylosing spondylitis and ulcerative colitis under treatment with adalimumab. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 Jan;30(1):195-6. doi: 10.1111/jdv.12710. Epub 2014 Sep 8. PMID: 25201185.
 - Chang YC, Yang HJ. Successful management of tumor necrosis factor-alpha inhibitor-induced Sweet syndrome in a patient with ulcerative colitis: A case report. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2021 Oct 14. doi: 10.5414/CP204088. Epub ahead of print. PMID: 34647866.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



SS-04

BURUN DOLGUSU UYGULAMALARINDA DOLGU SEÇİMİ NE KADAR ÖNEMLİ: POLİKAPROLAKTON MU? HYALURONİK ASİT Mİ?

Demet Akpolat¹

Demet Akpolat Kliniği¹

Giriş: Dermal dolgu maddeleri güvenliği, etkinliği ve uzun ömürlülüğü arttırmak için sürekli olarak geliştirilmektedir.[1][2] Kalsiyum hidroksiapatit içerikli olan biyostimülatör dermal dolgu maddelerinin, hyaluronik asit (HA) bazlı dolgu maddelerine kıyasla etkinlik açısından daha üstün olduğu gösterilmiştir[3].

Amacımız ameliyatsız burun şekillendirme için kullanılan biyostimülatör polikaprolakton (PLC) bazlı dermal dolgu maddesi ile HA bazlı bir dermal dolgu maddesini güvenilirlik, etkinlik ve kozmetik düzeltme süresi açısından karşılaştırmaktır.

Gelişme: Çalışmaya 2019 Şubat- 2020 Şubat tarihleri arasında ameliyatsız burun şekillendirme uygulaması yapılan 40 hasta (20 hasta PLC, 20 hasta HA bazlı dermal dolgu maddesi uygulanan) dahil edildi. Hastaların değerlendirilmesinde Global Aesthetic Improvement Scale (GAIS) ve Patient's Global Impression of Change (PGIC) ölçeklerine kullanıldı.

Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 33,49±6,39 idi. Hastaların 27(%67,5)'i kadın, 13(32,5)'ü erkekti. Her iki grubun yaş ve cinsiyet bakımından benzer olduğu görüldü (p>0,05). Uygulamadan 6 ve 12 ay sonra, HA bazlı dermal dolgu maddesi ile burun şekillendirme yapılan hastaların hem GAIS hem de PGIC skorları, PCL bazlı dermal dolgu maddesi ile burun şekillendirme yapılan hastalara göre istatistiksel olarak yüksek saptandı(p<0,05). Her iki dolgu materyalinin de eşit derecede güvenli ve iyi tolere edildiği tespit edildi (p>0,05).

Burun şekillendirme uygulamasında HA bazlı dolgu maddelerinin PLC bazlı dermal dolgu maddelerine göre daha uzun süreli etkinlik göstermektedir.

Kaynaklar:

1. Ramos HHA, Freire L, Cavallieri F, Frota AE, Ragazzo R, Jurado JRP. Management of patients seeking surgical Rhinoplasty with previous nasal injections of hyaluronic acid. Aesthetic Plast Surg. 2021;1-8.
2. Galadari H, van Abel D, Al Nuami K, Al Faresi F, Galadari I. A randomized, prospective, blinded, split-face, single-center study comparing polycaprolactone to hyaluronic acid for treatment of nasolabial folds. J Cosmet Dermatol. 2015;14(1):27-32.
3. Kontis TC. Contemporary review of injectable facial fillers. JAMA Facial Plast Surg. 2013;15(1):58-64.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



SS-05

KRONİK İDİOPATİK ÜRTİKERLİ HASTALARDA SİGARA KULLANIMI, HASTALIK YAŞI VE ANJİOÖDEM VARLIĞI İLE OMALİZUMAB DİRENCİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Nihan Atsü¹, Nazlı Caf², Osman Gökdeniz², Zafer Türkoğlu²
¹İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş:

Kronik idiyopatik ürtiker (KİÜ) prevalansı tam olarak bilinmemekle beraber 2019 yılında yapılan bir meta-analizde yaşam boyu prevalans %1.4 olarak bildirilmiştir. KİÜ tedavisinde basamaklı yaklaşım önerilmekte olup H1 ve H2 reseptör antagonistleri, bazı immünomodülatör ajanlar ve IgE monoklonal antikoru olan omalizumab kullanılmaktadır. Son yıllarda omalizumaba dirençli KİÜ'li hastalar bildirilmektedir. Çalışmamızın amacı üçüncü basamak eğitim araştırma hastanesi olan ve ürtiker takip polikliniği yapılan Başakşehir Çam ve Sakura Dermatoloji Kliniği'nde KİÜ nedeniyle omalizumab kullanan hastalarda sigara kullanımı, hastalık yaşı ve anjioödem varlığı ile omalizumab direnci arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Gelişme:

Araştırma verileri IBM SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Hastaların %70.6'sı kadın (n=77), %29.4'ü ise erkekti (n=32) ve ortalama yaşı 39 yılıdır. Hastalık başlama yaşı, hastaların %10.1'inde 11-20 yaş aralığında, %70.6'sında 21-50 yaş aralığında, %19.2'sinde 50 yaş üstünde bulundu. Hastalık süresi ortalama 24 aydır. Hastaların %37.6'sının sigara kullanım öyküsü vardır. Hastaların %46.8'ine anjioödem eşlik ederken %41.2'si ek antihistaminik kullanıyordu. Omalizumab kullanım süresi ortalama 8 aydır. Hastaların %93.6'sı ilacı 300 mg olarak kullanıyordu ve %89'unun doz aralığı 28 günde birdir. Hastaların %20.2'sinde omalizumab direnci saptandı. Ek ilaç kullanım oranlarında %41.2 ile antihistaminik kullanımı başta gelirken bunu %8.3 ile dapson, %3.7 ile hidroklorokin, %2.8 ile metotreksat ve %1.8 ile kolşisin kullanımı izlemekteydi. Ek antihistaminik kullanımı omalizumab direnci olmayanlarda anlamlı olarak yüksek bulundu(p=0.000). Dapson, kolşisin, metotreksat ve hidroklorokin kullanımı ise omalizumab direnci olanlarda anlamlı olarak yüksek bulundu(p<0.005).

Omalizumab direnci olan ve olmayan hastalar iki gruba ayrıldı ve aralarında yaş, cinsiyet, hastalık başlangıç yaş grubu, hastalık süresi, eşlik eden anjioödem, sigara öyküsü, sigara (paket/yıl) ve omalizumab kullanım süresi açısından anlamlı farklılık saptanmadı(p>0.005). Omalizumab dozu ve kullanım aralığı iki grup arasında anlamlı farklılık göstermiş olup (Tablo 4), Post hoc analizi yapılmıştır. Doz aralığı 28 günde bir olanlarda, hem 14 günlük hem de 42 günlük kullanıma göre, omalizumab direnci olmayanlarda anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla p=0.000, p=0.000)



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamuz anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Sonuç: Hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, eşlik eden anjioödem, sigara öyküsü, sigara (paket/yıl) ve omalizumab kullanım süresi açısından omalizumab direncinde anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızda omalizumab direncine katkıda bulunabilecek vücut kitle indeksi, hipertansiyon gibi durumlar ve CRP gibi kan parametreleri değerlendirilememiş olup ana kısıtlılıktır ve ileri çalışmalar gereklidir.

Kaynaklar:

- 1) Hon KL, Leung AKC, Ng WGG, Loo SK. Chronic Urticaria: An Overview of Treatment and Recent Patents. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2019;13(1):27-37. doi:10.2174/1872213X13666190328164931
- 2) Fricke, J., Ávila, G., Keller, T., Weller, K., Lau, S., Maurer, M., ... Keil, T. (2019). *Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: systematic review with meta-analysis.* *Allergy.* doi:10.1111/all.14037
- 3) Magen E, Chikovani T, Waitman DA, Kahan NR. Factors related to omalizumab resistance in chronic spontaneous urticaria. *Allergy Asthma Proc.* 2019 Jul 1;40(4):273-278. doi: 10.2500/aap.2019.40.4230. PMID: 31262381.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



SS-06

COVID-19 SALGIN SÜRECİNDE SCABİES SIKLIĞI VE SCABİES İÇİN RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ: HASTANE ODAKLI KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA

Zeynep Karaca Ural, Binali Çatak*, Esra Ağaoğlu

Kars Harakani Devlet Hastanesi, Kars, Türkiye

*Kafkas Üniversitesi, Kars, Türkiye

Giriş

İnsan uyuzları, *Sarcoptes scabiei* var *hominis*'in neden olduğu parazitik bir hastalıktır. Hasta kişilerde gerek farklı organ ve dokularda (1,2,3,4) gerekse ruhsal ve toplumsal düzeyde çeşitli problemlere yol açabilir. Diğer bir deyişle uyuzun komplikasyonları ve ikincil etkileri büyük bir halk sağlığı yüküne neden olur (5,6).

Uyuz, gelişmekte olan ülkelerde en yaygın dermatolojik durumlardan biridir. Küresel olarak, herhangi bir zamanda 200 milyondan fazla insanı etkilediği tahmin edilmektedir. Güncel literatüre göre dünyada sıklığı % 0,20 ile % 71,0 arasında değişmektedir (1). Türkiye’de ise gerek COVID-19 pandemi öncesi ve gerekse pandemi sonrası uyuz vakalarında artış olduğu vurgulanmakta ve bu durum uyuz salgını olarak değerlendirilmektedir (7,8,9).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından ihmal edilen tropikal hastalıklar grubuna alınan uyuz, temel olarak doğrudan temas veya fomitler yoluyla bulaşır. Parazitin bulaşmasında sosyodemografik, sosyoekonomik, biyodemografik ve çevresel faktörler etkilidir (1,10,11,12,13).

Araştırmada, Covid-19 sürecinde, ikinci basamak bir hastanenin dermatoloji polikliniğine herhangi bir nedenle müracaat eden hastalar arasında uyuz sıklığı ve uyuz hastalığı için etkili olan faktörler belirlemek amaçlanmıştır.

Materyal Ve Metot

Araştırmanın yapıldığı bölgenin tanımlanması: araştırmanın yapıldığı bölge İran, Gürcistan, Nahcivan ve Ermenistan ile komşudur. Bölgenin temel geçim kaynağı tarım ve hayvancılıktır. Sosyoekonomik gelişmişlik açısından Türkiye ortalamasının altındadır. Okuma yazma bilmeyen kişiler toplam bölge nüfusunun %11,7’ini, hiç okul bitirmeyenler ise %13,5’ini oluşturmaktadır (14). Bin kişiye düşen sağlık personeli açısından Türkiye ortalamasının altında yer almaktadır. Sırasıyla bebek ölüm hızı binde 11,2, anne ölüm hızı yüz binde 24,5 ile Türkiye ortalamasının üstündedir (Türkiye ortalamaları sırasıyla bebek ölüm hızı binde 6,8; anne ölüm hızı yüz binde 14,6’dır) (15)

Araştırmanın tipi: hastane odaklı kesitsel tipte bir araştırma

Araştırmanın evreni: Araştırmanın evreninin belirlenmesinde 2020 yılı verilerinden yararlanıldı. 2020 yılı içinde dermatoloji polikliniğine hastalık nedeniyle başvuran kişi sayısı 20729’dır. Mükerrer başvurular çıkarıldıktan sonra kalan 14763 kişi araştırmanın evrenimi



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



oluşturmuştur. 2021 yılında da aynı sayıda kişi başvuracağı öngörülerek araştırmanın evreni 14763 kişi olarak belirlendi.

Araştırmanın örnekleme: örnekleme alınacak kişi sayısı $n = Nt^2 p q/d^2 (N-1) + t^2 p q$ formülü ile hesaplandı. N, evrendeki birey sayısı; n, örnekleme alınacak birey sayısı; p, incelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı); q, incelenen olayın görülmemiş sıklığı (olasılığı); t, belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer; d, olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapmadır. Buna göre $p=0,50$; $q=0,50$; $t=1,96$; $d=0,05$ olarak alındığında örneklem büyüklüğü 374 kişi olarak belirlenmiştir.

Sözlü/yazılı onam ve etik kurul onayı: yerel etik kurul onay (31.03.2021 tarihli 80576354-050-991/ 38 numaralı) ve hastane idaresinden yazılı onam ve hastalardan sözlü onam alındıktan sonra araştırmanın verileri toplandı.

Veri toplama formunun yapılandırılması: Araştırmanın veri toplama formu araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlandı.

Araştırmanın bağımlı değişkeni: dermatoloji polikliniğe müracaat eden kişilerde scabies varlığı. Scabies tanısı 2 dermatoloji uzmanı tarafından konuldu.

Araştırmanın bağımsız değişkeni: sosyodemografik, çevresel, sosyo-ekonomik ve sağlık davranışı ile ilgili özellikler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

Araştırmanın ön denemesi: Polikliniğe başvuran ve araştırmaya alınmayacak olan 5 hasta ile yapıldı. Ön denemeden sonra veri toplama formunda gerekli düzeltmeler yapıldı.

Araştırmaya alınan kişilerin seçimi ve verilerin toplanması: veriler 1-30 Nisan 2021 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Veriler, araştırmayı yürüten 2 dermatoloji uzmanı tarafından toplandı.

İstatistiksel analiz: İkili analizlerde ki-kare testi kullanıldı. Ki-kare testinde istatistik olarak anlamlı çıkan ($p < 0,05$) değişkenler, Backward LR lojistik regresyon analizine alındı.

Bulgular

Kesitsel olarak planlanan bu araştırmaya 376 kişi katılmış ve scabiyez sıklığı %10,9 olarak belirlenmiştir. Toplam 41 uyuz vakasının %4,9'unda (2 hasta) daha önce geçirilmiş uyuz öyküsü bulunmaktadır. Vakaların %19,5'i (8 hasta) dermatoloğa başvurmadan önce mevcut şikayetleri için tedavi almış ancak fayda görmemiştir. Vakaların %9,8'inde (4 vaka) sekonder enfeksiyon mevcuttu. Lezyonların yerleşim yeri göz önünde bulundurulduğu zaman vakaların %48,8'inde (20 vaka) generalize yerleşim mevcuttu.

Tablo1'de sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin scabies üzerine etkisi gösterilmektedir. Buna göre sosyodemografik özelliklerden hastanın cinsiyeti, yaşadığı yer ve yaşı ile scabies varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken (sırasıyla: $p=0,015$, $p=0,001$ ve $p=0,020$); hastanın medeni durumu, aile tipi ve evde yaşayan kişi sayısı ile scabies arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla: $p=0,523$, $p=0,541$, $p=0,779$).

Sosyoekonomik özellikler açısından değerlendirildiğinde ise formel eğitim durumu, çalışma durumu ve eve giren toplam gelir ile scabies varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken (sırasıyla: $p=0,004$, $p=0,005$, $p=0,029$); sağlık güvencesi ile scabies varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,914$) (Tablo 1).

Tablo 2'de sağlık davranışı ve çevresel faktörlerin scabies üzerine etkileri belirtilmektedir. Tablo takip edildiğinde sağlık davranışlarından banyo yapma durumu ile scabies arasında ($p=0,001$)



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş iken; evdeki herhangi bir kişi ile yatağın ortak kullanılması, ortak elbise giyilmesi, aktif cinsel hayatının olması, eşi ile birlikte aynı yatağı paylaşması, Kovid-19 pandemi sürecinde evde kalma süresi, kronik hastalığa sahip olma ve Kovid-19 sürecinde hastanede yatmış olmak ile scabies arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla: $p=0,119$, $p=0,274$, $p=0,544$, $p=0,260$, $p=0,471$, $p=0,541$, $p=0,672$).

Çevresel faktörlerden odabaşına düşen kişi sayısı, su kaynağı ve ısınma şekli ile scabies arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş iken (sırasıyla: $p=0,020$, $p=0,032$, $p=0,001$); tuvaletin bulunduğu yer ile scabies arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,114$).

Tablo 1 ve Tablo 2’de ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler lojistik regresyon analizine alındı.

Tablo 3’de lojistik regresyon (backward: LR) analizi sonuçları tablosu görülmektedir. Scabies; kişinin yaşadığı yer kent olanlara göre kır olanlarda 2,728 (CI: 1,325-5,557) kat, kadınlara göre erkeklerde 2,714 (CI: 1,365-5,451) kat, çalışanlara göre çalışmayanlarda 2,707 (CI: 1,256-5,833) kat, aylık banyo sayısı 9 ve daha fazla olanlara göre 9’dan az olanlarda 2,354 (CI: 1,057-5,243) kat daha fazladır.

Tartışma

Uyuz dünya çapında ve her sınıftan insanlarda görülebilir. Ancak gelişmiş ülkelerde vakalar düzensiz olarak görülürken, yoksul ülkelerde (özellikle aşırı kalabalık ve yoksulluğun bir arada olduğu ve tedaviye ulaşımın sınırlı olduğu ülkelere) salgınlar halinde seyrederek (1). Araştırmada ikinci basamak bir kamu hastanesi dermatoloji polikliniğine muayene olmak için başvuran hastalar içinde uyuz sıklığını ve uyuz hastalığı için risk faktörlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırmada uyuz sıklığı %10,9 olarak bulunmuştur. Türkiye’de üçüncü basamak bir hastanenin dermatoloji polikliniğine 2010-2014 yılları arasında başvuran geriatric hastalarda uyuz sıklığı %1,4 olarak bulunmuş (16) iken tüm yaş gruplarını içeren başka bir araştırmada uyuz sıklığı %0,79 olarak bulunmuştur (17). Sağlık bakanlığı 2006-2017 yılları arasında verilerinin incelendiği bir çalışmada scabies sıklığı %2,8 olarak belirlenmiştir (18). Diğer yandan, 12 tane üçüncü basamak dermatoloji polikliniği 2014-2019 yıllarına ait kayıtlarının incelendiği bir araştırmada 2016 yılından sonra vakaların 30 kata varan artış gösterdiği belirtilmektedir (7). COVID-19 pandemisinden sonra yapılan çalışmalarda ise uyuz sıklığında artış olduğu ifade edilmekte (8,9) ve ikinci basamak dermatoloji polikliniğine gelen hastalar içinde uyuz sıklığının %12,8 olduğu belirtilmiştir. İspanya’da yapılan bir araştırmada da pandemi sürecinde uyuz sıklığının arttığı belirtilmektedir (19). Özetlemek gerekirse, literatürdeki veriler ışığında Türkiye’de pandemi öncesi uyuzda ciddi anlamda artış olduğu vurgulanmaktadır ve bu durum uyuz salgını olarak değerlendirilmektedir (7). Yine Türkiye’de pandemi sonrası yapılan araştırmalarda da uyuzda artış olduğu ve yazarlarca bu durum uyuz salgını olarak ifade edilmektedir (8,9). Vakalardaki artış ise Covid-19 pandemi sürecinde uygulanan “evde kal” politikası sonucu olduğu vurgulanmaktadır. Yazarlar evde kal politikasının etkilerini ise şu şekilde açıklamaktadır. “Evde kal politikası sonucu evde zaman geçirme süreci artmıştır. Buna bağlı olarak da kişiler arasında temasta artmıştır. Temasın artması sonucu ise parazitin ya doğrudan temas yoluyla ya da fomitlerle bulaşma riskini arttırmıştır” (8,9,20). Hindistan’da yapılan bir araştırmada aile bireyleri arasında uyuz prevalansı %40,0 olarak belirlenmiştir (21).

Lojistik regresyon analiz sonuçlarını tartışmak, araştırmanın en sıkıntılı kısmını oluşturmaktadır. Çünkü ulaşılan literatürde, COVID-19 pandemi sürecinde yapılmış ve uyuz



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



bulaşmasındaki risk faktörlerini belirleyen benzer araştırmalar bulunmamaktadır. Bu nedenle tartışma daha çok pandemi öncesi yapılan araştırmalar ile yürütülecek ki bu da risk faktörlerini kıyaslamada kısıtlılık oluşturmaktadır. Diğer önemli bir nokta ise kıyaslanan araştırmaların ağırlıklı olarak öğrenciler üzerinde yapılan saha çalışmaları olması ve ulusal gelirlerinin Türkiye'nin altında olmasıdır.

Uyuz, kişinin yaşadığı yer kent olanlara göre kırsal olanlarda 2,728 (CI: 1,325-5,557) kat daha fazladır. Etiyopya'da yapılan kesitsel bir araştırmada uyuzun, kentte yaşayanlara göre kırsalda yaşayanlarda 2,03 (CI: 1,07-3,86) kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (22). Gerek çevresel ve gerekse ekonomik koşullardaki yetersizlikler nedeniyle uyuzun kırsalda daha fazla görülmesi beklenen bir durumdur.

Araştırmada uyuz, kadınlara göre erkeklerde 2,714 (CI: 1,365-5,451) kat daha fazladır. Etiyopya'da yapılan bira araştırmada uyuz, kadınlara göre erkeklerde 2,69 (CI: 1,82-3,96) kat daha fazladır (23). Liberya'da yapılan bir araştırmada ise kadınlarda uyuz daha düşük oranda bulunmuştur.. (OR:0,50; CI: 0,29-0,73) olduğu belirtilmiştir (24). Solomon adalarında yapılan bir araştırmada ise uyuz erkeklerde kadınlara göre 1,2 (CI: 1,1-1,4) kat daha fazla olduğu bulunmuştur (25). Türkiye'de çalışma hayatında erkekler kadınlardan daha aktiftir ve ev dışında bulunma zamanları daha fazladır. Ancak pandemi sürecinde, evde kal politikası sonucu erkeklerin evde bulunma süreleri artmıştır. Bu durum ise uyuzun bulaşmasında rol oynayabilir.

Scabies; çalışanlara göre çalışmayanlarda 2,707 (CI: 1,256-5,833) kat daha fazladır. İşi olanlara göre işi olmayanlarda 2,2 (CI: 1,2-2,6) kat daha fazladır (26) Polonya'da yapılan bir çalışmada işsizliğin uyuz üzerinde etkili olduğu vurgulanmıştır (27). Türkiye'de ilkökul çocuklarında yapılan bir araştırmada ise babası işsiz olan ailelerin çocuklarında uyuzun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (28). İşsizlik ailenin sosyoekonomik durumunu ve dolayısıyla ailedeki bireylerin sağlık, beslenme, barınma vb durumlarını etkilemesi beklenen bir durumdur. Özellikle pandemi sürecinde işyerleri hükümet tarafından geçici olarak kapatılmıştır. Bu durum ise iş yerlerinde çalışan bireylerin ekonomik durumlarını etkileyebilir.

Scabies, aylık banyo sayısı 9 ve daha fazla olanlara göre 9'dan az olanlarda 2,354 (CI: 1,057-5,243) kat daha fazladır. Düzenli banyo yapanlara göre yapmayanlarda 2,0 (CI: 1,0-2,1) kat daha fazladır (26). Zayıf kişisel hijyen olanlarda olmayanlara göre 1,64 (CI: 1,12-2,40) kat daha fazladır (23). Seyrek banyo yapmayanlara göre yapanlarda 3,95 (1,84-8,49) kat daha fazladır (22). Duş almak ve kişisel hijyen için temizleme ürünü kullanılması olgunlaşmamış akarları ciltten uzaklaştırarak uyuz enfeksiyonunun bulaşma ihtimalini azaltır (13). Birleşik Krallık; Ulusal Sağlık Servisi'nin vücudun temiz tutulması konusundaki önerisi; genital bölgelerin her gün yıkanması ve haftada en az iki kez banyo yapmak veya duş almak şeklindedir (29).

Sonuç olarak uyuz sıklığında artış vardır. Kırsal yaşam, erkek cinsiyet, çalışmıyor olmak ve yeterli derecede banyo yapmamak uyuz için risk faktörleri olarak belirlenmiştir.

Kaynaklar

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>(accessed May 05, 2021)
2. Engelman D, Cantey PT, Marks M, Solomon AW, Chang AY, Chosidow O, Enbiale W, Engels D, Hay RJ, Hendrickx D, Hotez PJ, Kaldor JM, Kama M, Mackenzie CD, McCarthy JS, Martin DL, Mengistu B, Maurer T, Negussu N, Romani L, Sokana O, Whitfield MJ, Fuller LC, Steer AC. The public health control of scabies: priorities for research and action. *Lancet*. 2019 Jul 6;394(10192):81-92.
3. Thornley S, Marshall R, Jarrett P, Sundborn G, Reynolds E, Schofield G. Scabies is strongly associated with acute rheumatic fever in a cohort study of Auckland children. *J Paediatr Child Health*. 2018 Jun;54(6):625-632.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



4. Thean LJ, Engelman D, Kaldor J, Steer AC. Scabies: New Opportunities for Management and Population Control. *Pediatr Infect Dis J*. 2019 Feb;38(2):211-213.
5. Hugdahl, E. Skabb—et folkehelseproblem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*;2020
6. Engelman D, Kiang K, Chosidow O, McCarthy J, Fuller C, Lammie P, Hay R, Steer A; Members Of The International Alliance For The Control Of Scabies. Toward the global control of human scabies: introducing the International Alliance for the Control of Scabies. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013 Aug 8;7(8):e2167.
7. Özden MG, Ertürk K, Kartal SP, Yaylı S, Göktay F, Doğramacı CA, Bayramgürler D, Özgen Z, Önder S, Kaçar N, Melikoğlu M, Tamer F, Şentürk N, Alpsoy E. An extraordinary outbreak of scabies in Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Dec;34(12):e818-e820.
8. Kutlu Ö, Aktaş H. The explosion in scabies cases during COVID-19 pandemic. *Dermatol Ther*. 2020 Sep;33(5):e13662.
9. Kutlu Ö, Güneş R, Coerd K, Metin A, Khachemoune A. The effect of the "stay-at-home" policy on requests for dermatology outpatient clinic visits after the COVID-19 outbreak. *Dermatol Ther*. 2020 Jul;33(4):e13581.
10. Buczek A, Pabis B, Bartosik K, Stanislawek IM, Salata M, Pabis A. Epidemiological study of scabies in different environmental conditions in central poland. *Ann Epidemiol*. 2006 Jun;16(6):423-8.
11. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: Scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Mar;82(3):533-548.
12. Debe Worku E, Asemahagn MA, Endalifer ML. Determinants of scabies outbreak in Takusa district of Amhara Region, Northwest Ethiopia. *J Public Health Afr*. 2020 Dec 31;11(2):1325.
13. Toy, S. TRA1 Düzey 2 Bölge Planı (2014–2023); Planlama Süreci ve Kapsamı. *Planlama Dergisi*.2015; 25(3): 0-0.
14. The Ministry of Health of Turkey Health Statistics Yearbook 2018. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36164,siy2018en2pdf.pdf?0> (accessed May 05, 2021)
15. Çölgecen, E., Börekçi, E., Kader, Ç., Yıldırım, T., & Özyurt, K. Prevalence of Skin Diseases Among Geriatric Patients in The Region of Yozgat. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*.2015; 68: 119-23.
16. Turan Ç, Metin N, Utlü Z. Epidemiological Evaluation of Scabies Cases Encountered in the Last Three Years as a Tertiary Health Center. *Türkiye Parazitol Derg*. 2020 Jun 2;44(2):77-82.
17. Çetinkaya Ü, Şahin S, Ulutabanca RÖ. The Epidemiology of Scabies and Pediculosis in Kayseri. *Türkiye Parazitol Derg*. 2018 Jun;42(2):134-137.
18. Martínez-Pallás I, Aldea-Manrique B, Ramírez-Lluch M, Manuel Vinuesa-Hernando J, Ara-Martín M. Scabies outbreak during home confinement due to the SARS-CoV-2 pandemic. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Dec;34(12):e781-e783.
19. Dagne H, Dessie A, Destaw B, Yallew WW, Gizaw Z. Prevalence and associated factors of scabies among schoolchildren in Dabat district, northwest Ethiopia, 2018. *Environ Health Prev Med*. 2019 Nov 30;24(1):67.
20. Ejigu K, Haji Y, Toma A, Tadesse BT. Factors associated with scabies outbreaks in primary schools in Ethiopia: a case-control study. *Res Rep Trop Med*. 2019 Aug 27;10:119-127.
21. Collinson S, Timothy J, Zayzay SK, Kollie KK, Lebas E, Candy N, Halliday KE, Pullan R, Fallah M, Walker SL, Marks M. The prevalence of scabies in Monrovia, Liberia: A population-based survey. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020 Dec 7;14(12):e0008943.
22. Lake SJ, Engelman D, Sokana O, Nasi T, Boara D, Grobler AC, Osti MH, Andrews R, Marks M, Whitfeld MJ, Romani L, Kaldor JM, Steer AC. Defining the need for public health control of scabies in Solomon Islands. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021 Feb 22;15(2):e0009142.
23. Ugbomoiko US, Oyedéji SA, Babamale OA, Heukelbach J. Scabies in Resource-Poor Communities in Nasarawa State, Nigeria: Epidemiology, Clinical Features and Factors Associated with Infestation. *Trop Med Infect Dis*. 2018 Jun 4;3(2):59.
24. Korycinska J, Dzika E, Kloch M. Epidemiology of scabies in relation to socio-economic and selected climatic factors in north-east Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2020 Sep 11;27(3):374-378.
25. Inanir I, Sahin MT, Gündüz K, Dinç G, Türel A, Öztürkcan S. Prevalence of skin conditions in primary school children in Turkey: differences based on socioeconomic factors. *Pediatr Dermatol*. 2002 Jul-Aug;19(4):307-11.
26. Middleton J, Cassell JA, Jones CI, Lanza S, Head MG, Walker SL. Scabies control: the forgotten role of personal hygiene - Authors' reply. *Lancet Infect Dis*. 2018 Oct;18(10):1068-1069.



Table 1: Distribution of sociodemographic and socioeconomic characteristics over scabies

Independent variables		Dependent variable		Total	X ²	P
		Have scabies	Have no scabies			
		Number (%) *	Number (%) *	Number (%)**		
Sociodemographic characteristics						
Sex	Male	24 (15.6)	130 (84.4)	154 (41.0)	5.881	0.015
	Female	17 (7.7)	205 (92.3)	222 (59.0)		
Area of residence	Town/village	21 (21.6)	76 (78.4)	97 (25.8)	15.536	0.001
	City/County	20 (7.2)	259 (92.8)	279 (74.2)		
Age	≤19	17 (17.2)	82 (82.8)	99 (26.3)	5.433	0.020
	≥20	24 (8.7)	253 (91.3)	277 (73.7)		
Marital status	Still married	15 (9.7)	140 (90.3)	155 (41.2)	0.409	0.523
	Not married	26 (11.8)	195 (88.2)	221 (58.8)		
Family type	Extended family	10 (9.3)	97 (90.7)	107 (28.5)	0.374	0.541
	Nuclear family	31 (11.5)	238 (88.5)	269 (71.5)		
Number of households	≤4	22 (11.3)	172 (88.7)	194 (51.6)	0.078	0.779
	≥5	19 (10.4)	163 (89.6)	183 (48.4)		
Socioeconomic characteristics						
Formal education	Never had	9 (25.0)	27 (75.0)	36 (9.6)	8.142	0.004
	Had	32 (9.4)	308 (90.6)	340 (90.4)		
Employment status	Nonworking	29 (15.3)	160 (84.7)	189 (50.3)	7.710	0.005
	Working	12 (6.4)	175 (93.6)	187 (49.7)		
Health insurance	No	3 (11.5)	23 (88.5)	26 (6.9)	0.012	0.914
	Yes	38 (10.9)	312 (89.1)	350 (93.1)		
Total income	Unsatisfying	35 (13.2)	213 (86.8)	266 (70.7)	4.753	0.029
	Satisfying	6 (5.5)	104 (94.5)	110 (29.3)		
Total		41 (10.9)	335 (89.1)	376 (100.0)		

*Percentage of Lines **Percentage of Columns



Table 2: Effects of health behaviors and environmental factors on scabies

Independent variables		Dependent variable		Total		P
		Have scabies	Have no scabies			
		Number (%)*	Number (%)*	Number (%)**		
Health behaviors						
Shared bed(with anyone)	Yes	10 (7.5)	123 (92.5)	133 (35.4)	2.478	0.119
	No	31 (12.8)	212 (87.2)	243 (64.6)		
Shared bed(with one's spouse)	Yes	10 (8.3)	110 (91.7)	120 (31.9)	1.199	0.274
	No	31 (12.1)	225 (87.9)	256 (68.1)		
Common Dress	Yes	5 (8.6)	53 (91.4)	58 (15.4)	0.368	0.544
	No	36 (11.3)	282 (88.7)	318 (84.6)		
Active sexual life	Yes	9 (8.1)	102 (91.9)	111 (29.5)	1.267	0.260
	No	32 (12.1)	233 (87.9)	265 (70.5)		
Duration of staying at home	Increased	29 (11.7)	218 (88.3)	247 (65.7)	0.519	0.471
	Unchanged	12 (9.3)	117 (90.7)	129 (34.3)		
Additional Disease	Yes	4 (8.3)	44 (91.7)	48 (12.8)	0.374	0.541
	No	37 (11.3)	291 (88.7)	328 (87.2)		
Hospitalized	Yes	3 (13.6)	19 (86.4)	22 (5.9)	0.180	0.672
	No	38 (10.7)	316 (89.3)	354 (94.1)		
Bathing (month)	Below the median (9<)	32 (15.0)	181 (85.0)	213 (56.6)	8.581	0.003
	Above the median (9≥)	9 (5.5)	154 (94.5)	163 (43.4)		
Environmental Factors						
Number of people per room	<3	21 (16.0)	110 (84.0)	131 (34.8)	5.438	0.020
	3≥	20 (8.2)	225 (91.8)	245 (65.2)		
Water source	City	29 (9.3)	282 (90.7)	311 (82.7)	4.620	0.032
	Spring	12 (18.5)	53 (81.5)	65 (17.3)		
Place of the toilet	Inside home	32 (9.9)	291 (90.1)	323 (85.9)	2.504	0.114
	Outside home	9 (17.0)	44 (83.0)	53 (14.1)		
Heating Method	Stove	22 (19.0)	94 (81.0)	116 (30.9)	11.221	0.001
	Calorifere	19 (7.3)	241 (92.7)	260 (69.1)		
Total		41 (10.9)	335 (89.1)	376 (100.0)		

*Percentage of Lines **Percentage of Columns



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Table 3: Results of Logistic Regression Analysis

Independent variables		B	SE.	Wald	Odds Ratio	95% CI (MIN-MAX values)*
Area of Residence	Rural	1.004	0.353	8.073	2.728	1.325-5.557
	Urban				1 (reference)	
Sex	Male	0.998	0.366	7.453	2.714	1.365-5.451
	Female				1 (reference)	
Employment status	Nonworking	0.996	0.392	6.462	2.707	1.256-5.833
	Working				1 (reference)	
Number of baths per month	9<	0.856	0.409	4.390	2.354	1.057-5.243
	9≥				1 (reference)	

*Minimum-Maximum values



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamuz anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



SS-07

KRONİK MİYELOİD LÖSEMİ HASTASINDA GELİŞEN DÖRT FARKLI DERMATOZ

Hidroksiüre ile Hiperpigmentasyon ve Kutanöz Lupus Eritematozus

&

PEG-INF(alfa) ile İnjesiyon Yerinde Akut İrritan Kontakt Dermatit

&

Edinsel C1 Esteraz İnhibitör Fonksiyon Bozukluğuna bağlı Anjiyoödem

Hüseyin Emre Korkmaz¹, Zeynep Topkarcı¹, Bilgen Erdoğan¹, Damlanur Sakız²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

GİRİŞ:

Miyeloproliferatif hastalıkların tedavisinde kullanılan antimetabolit ve sitotoksik bir ajan olan hidroksiüre kullanımına bağlı olarak; deride ve oral mukozada pigmentasyon artışı, tırnaklarda melanonishi, ağırlı bacak ülserleri ve ilaca bağlı lupus eritematozus gibi birçok mukokutanöz ve tırnak değişiklikleri bildirilmiştir. Hidroksiüre'ye alternatif olarak kullanılan Peg-interferona bağlı da, sistemik yan etkilerin yanı sıra geçici eritem, ekzema, nekroz, vaskülit gibi lokalize deri reaksiyonları da bildirilmiştir. Eşlik eden lenfoproliferatif ya da otoimmün hastalığı olan kişilerde görülen edinsel C1 esteraz inhibitörü eksikliği ürtikeryal plaklar olmadan tekrarlayan izole anjiyoödem atakları ile seyreder. Burada, kronik miyeloid lösemi (KML) tanısı ile hidroksiüre kullanırken, kulaklarda hiperpigmentasyon ve tırnaklarda longitudinal melanonishi yanısıra ilaca bağlı lupus gelişen; Peg-interferona geçilmesiyle enjesiyon yerinde ekzema tipi reaksiyon oluşan ve bu süreçte C1 esteraz inhibitör eksikliği ile edinsel anjiyoödem tablosu ortaya çıkan kadın hasta sunulmaktadır.

OLGU:

Kırksekiz yaş kadın hasta Dermatoloji Polikliniğimize 3 haftadan uzun süren 39 C üzerinde ateş, 1 haftadır mevcut olan gövde sırt ağırlıklı olmak üzere ; saçlı deri ve yüzde açılmış vezikül görünümünde erode/ülser lezyonlar, kulaklarda yoğun morumsu eritem ve eşlik eden açılmış vezikül görünümünde erode/ülser lezyonlar, tırnaklarında splinter hemorajiler ve meloninisi düşündüren longitudinal çizgilenmeler sebebiyle başvurdu.Hastamızın aynı zamanda kalça bölgesinde artralji şikayeti de mevcuttu.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Hastanın anamnezinde, 5 yıldır KML tanısı ile Hidroksiüre kullanımı mevcuttu. Hastamızda mevcut bulgularla ön planda varicella infeksiyonu, COVID infeksiyonuna sekonder variselliform erüpsiyon, ilaca bağlı lupus, dermatitis herpetiformis, atipik PLEVA ön tanılarıyla 0.4 mm punch biyopsi ve Direkt İmmunfloresan İncelem(DIF) yapıldı. Tam kan sayımı, rutin biyokimya tetkikleri, VZV IgM, VZV IgG, COVID-19 RT-PCR ve kontrastsız toraks BT istendi.

Ampirik olarak valasiklovir 1000 mg tb. günde 2 kez başlandı. Hastanın tetkik sonuçlarında VZV IgM negatif VZV IgG pozitif ve COVID-19 PCR negatif saptandı. Otoimmün panele bakıldığınd antinükleer antikör(ANA) pozitifliği saptandı; Anti histon, anti dsDNA ve ENA profili negatifti. Toraks BT normal olarak değerlendirildi. Histopatolojik incelemede interfaz dermatiti ve dermal mûsin birikimi görüldü; DIF’de IgA ile seyrek sitotik cisimler, IgM ile seyrek sitotik cisimler görüldü ve non spesifik olarak değerlendirildi. Klinik, histopatolojik ve laboratuvar bulgularla hastada ilaca bağlı kutane lupus eritematozus düşünüldü.

Hastaya sistemik prednol tedavisi yanısıra, mevcut döküntüsüne neden olan hidroksiüre tedavisi sonlandırılarak, Hematoloji tarafından PEG-INF(alfa) tedavisi başlandı. Sırttaki ülsere lezyonlar atrofik skatris bırakarak iyileşirken, kulak lezyonları tamamen geriledi. Hastanın devam eden kontrollerinde karın bölgesinde, boyutu zamanla artan, keskin sınırlı, zemini ertemli üzeri ince skuamlı plak lezyon ortaya çıktı. Tinea infeksiyonuna yönelik bakılan KOH inceleme negatif sonuçlandı. Kontakt etken sorgulandığında herhangi bir madde saptanamadı. Hastanın PEG-INF subkutan injeksiyonunu bu bölgeden yaptığı önerildi. Lezyondan kontakt dermatit, bowen hastalığı, tinea corporis ön tanılarıyla 4 mm punch biyopsi alındı. Histopatolojik değerlendirme kontakt dermatit ile uyumlu bulunması nedeni ile lezyon, PEG-INF(alfa) subkutan injeksiyonunun neden olduğu lokal deri reaksiyonu olarak değerlendirildi. Hastaya sık injeksiyon yeri değişikliği önerildi. Lezyon üzerine topikal orta potent steroid tedavisi verildi. Hastamız takipte diş tedavisi için yapılan lokal anestezi sonrası dudaklarda şişlik şikayetiyle başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenede dudaklarda sert ödem mevcuttu ve anjiödemle uyumlu bulundu. Eşlik eden ürtikeryal lezyon saptanmadı. Nefes darlığı, yutma güçlüğü, karın ağrısı, ishal gibi solunumsal ve gastrointestinal semptomlar eşlik etmiyordu. Anafilaktik reaksiyon gözlenmedi. Hastanın 5 yıldır var olan KML tanısının konmasıyla yaklaşık eş zamanlı başlayan, çoğunlukla lokal anestetiklerle tetiklenen ancak herhangi bir tetikleyici etken olmadan da kendiliğinden ortaya çıkan anjiödem atakları olduğu öğrenildi. Aile öyküsü ve izole anjiödem yapabilecek ajanlar(ACE-i vb.)açısından tekrar sorgulandığında herhangi bir özellik saptanmadı. İzole anjiödem’ e yönelik istenen laboratuvar tetkiklerinde C1 Esteraz inh.(Antijen) normal, C1 Esteraz inh.(Fonksiyonel) düşük (C1 esteraz saptanan değer:8 Normal sınır aralığı: 70-130); C3 normal, C4 düşük olarak bulundu. Bu bulgularla hastamızda, KML zemininde gelişen edinsel C1 esteraz inh. fonksiyon bozukluğunun neden olduğu izole anjiödem düşünüldü.

TARTIŞMA

Hidroksiüre antimetabolit bir ajan olarak kronik myeloid lösemi (KML), polisitemia vera ve esansiyel trombositemi gibi miyeloproliferatif hastalıkların tedavisinde kullanılan sitotoksik bir ajandır. Hidroksiüre ile uzun süre tedavi sonucunda deri ve mukozada pigmentasyon artışı ve ülserler; tırnaklarda longitudinal melanonişi gibi kutanöz yan etkiler ve kutanöz lupus eritematöz dermatomyozit benzeri otoimmün hastalıkların gelişimi de tanımlanmıştır. Bu otoimmün



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



reaksiyonların; genetik yatkınlığı olan bireylerde, kemoterapiye bağlı sitotoksiste ile oluşan hücre apoptozisi sonucunda geliştiği düşünülmektedir.

Hidroksiüreye bağlı olarak gelişen cilt ve tırnaklarda gelişen pigmentasyon artışı geri dönüşümlüdür ve doz azaltımı ve ilacın kesilmesiyle birlikte ortadan kalkma eğilimindedir. Hastamızda da KML nedeniyle hidroksiüre kullanımı sonucunda özellikle kulaklarda pigmentasyon artışıyla birlikte livederitemli papüloplaklar, yüzde gövde ve sırtta açılmış vezikül görünümünde erode/ülser lezyonlar gözlemlendi. Hastanın hidroksiüre tedavisinin kesilmesiyle ve sistemik prednol tedavisiyle birlikte kulaklardaki hiperpigmentasyon geriledi.

İlaca bağlı lupus; ilaca maruziyetin ardından 3 hafta ile 2 yıl sonrasında ortaya çıkabilen, lupus eritematozus benzeri fakat daha hafif bir klinik seyre yol açan, ilacın kesilmesiyle semptomların gerilediği iatrojenik otoimmün bir durumdur.

İlaca bağlı lupus hastalarında SLE lezyonlarından ateş, artralji, döküntü gibi en az bir bulgu izlenmektedir. Ancak hayatı tehdit eden hematolojik, nörolojik ve renal tutulum nadirdir. Fotosensitivite, malar raş, purpura, eritema nodozum ve subakut kutanöz lupus eritematozus döküntüsü görülebilir. Hastamızda da döküntüye eşlik eden kalça ağrısı ve 39 C üzerinde ateş, sırtta daha belirgin subakut kutane lupus lezyonları mevcuttu.

İlaca bağlı lupusun klinik bulguları sıklıkla ilacın kesilmesinden sonra 4-6 hafta içinde gerileme eğilimindedir ve çoğunlukla spesifik bir tedavi gerektirmez. Hastamızda da hidroksiüre kesildikten yaklaşık 1 ay sonra lezyonlar gerileme eğilimindeydi ancak ülser lezyonlar atrofik skarlar bırakarak iyileşti.

İlaca bağlı lupus tanısı koymadan önce diğer otoimmün hastalıklar dışlanmalıdır. Hastalığın otoantikor paterninde ANA sıklıkla homojen paternde pozitifdir. Anti-histon antikorları, ilaca bağlı lupus vakalarının %75'inde mevcuttur. Hastamızın laboratuvar incelemelerinde sedimentasyon 90 mm/saat ve otoimmün panelde sadece ANA pozitifliği mevcuttu; diğer laboratuvar tetkiklerinde patoloji görülmedi.

İnterferonlar antiviral, antiproliferatif, immunomodülatör etki gösteren moleküllerdir. İnterferon kullanımına bağlı olarak lokalize deri reaksiyonları gözlenebilir ve en sık enjeksiyon yeri bölgesinde geçici eritem, ekzema, depilasyon, nekroz, vaskülit bildirilmiştir. Hastamızda da enjeksiyon bölgesinde biyopsi ile de konfirme edilen bir ekzema plağı saptandı. Hastaya sık enjeksiyon yeri değişikliği ve topikal steroidler önerildi.

Tekrarlayan izole anjioödem atakları; herediter anjioödem, edinsel anjioödem, ilaç ilişkili, östrojene bağımlı anjioödem ve idiopatik olmak üzere birkaç alt gruba ayrılır. ACE-inhibitörleri başta ilaç öyküsü izole anjioödem hastalarında mutlaka sorgulanmalıdır. C4 düzeyi kalıtsal ve edinsel anjioödem için non spesifik bir tarama testidir. İlaca bağlı vakalarda ve idiopatik olgularda serum C4 seviyeleri normal seyretmektedir. Herediter anjioödem ve edinsel anjioödem vakalarında ise serum C4 düzeyleri düşük saptanmaktadır.

Edinsel anjioödem; kronik myeloproliferatif hastalıklar gibi lenfoproliferatif hastalıklarda ve otoimmün hastalıklarda gözlenmektedir. Edinsel anjioödem vakalarında aile öyküsü ve ürtikeryal



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



lezyonlar gözlenmez ve lezyonlar orta yaşta başlangıç göstermektedir. Edinsel anjiyoödem vakalarında C1q seviyesi ve C1 inh. fonksiyonunda azalma gözlenmektedir.

Hastamızda da KML tanısıyla eş zamanlı başlangıç gösteren, 5 yıldır var olan izole anjiyoödem atakları mevcuttu ve aile öyküsü bulunmamaktaydı. Tetkiklerinde mevcut KML'ye sekonder gelişen C1 inh. fonksiyonunda azalma ve C4 seviyelerinde düşüklük saptandı ve kazanılmış C1 inh. fonksiyonu bozukluğu/kazanılmış anjiyoödem tanısı konuldu.

Edinsel anjiyoödem hastalarında profilaksi ve tedavide dapson veya traneksamik asit verilebilir ancak tromboz öyküsü olan hastalarda traneksamik asit kontrendikedir. Spesifik B2 kinin antagonisti olan Ikatibant (bradikinin reseptör antagonisti) atakların tedavisinde semptomatik olarak kullanılmaktadır. Akut atak durumlarında taze donmuş plazma (TDP) ve C1 İNH konsantransı hayat kurtarıcı olabilmektedir. Olgumuzun da anjiyoödem atağı TDP tedavisi ile geriledi.

Anjiyoödem kontrol edilemeyen olgularda ve eşlik eden lenfoproliferatif hastalık durumunda rituksimab etkin bir tedavi seçeneğidir.

Antihistaminikler, kortikosteroidler ve adrenalin C1 inhibitör eksikliği olan hastalarda etkin değildir.

SONUÇ

Myeloproliferatif hastalıkların tedavisinde sıkça kullanılan Hidroksiüre, pigmentasyon ve ilaca bağlı lupus gibi dermatolojik açıdan zengin kliniği olan yan etkiler yapabilmektedir

Kutanöz lupusdan şüphelenildiğinde, ilaca bağlı lupusu ayırabilmek için şüpheli ilaçlar listesine bakılmalı, biyopsi ve DİF inceleme ile doğrulama ve sistemik açıdan tarama yapılmalıdır.

Subkutan enjeksiyon şeklinde uygulanan tedavilerde enjeksiyon yerinde ekzema benzeri deri reaksiyonları görülebilmektedir.

Tekrarlayan anjiyoödem atakları ile kliniğe başvuran hastalarda atakların başlangıç yaşı ve aile öyküsü, ilaç, lenfoproliferatif ve otoimmün hastalık öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır.

İzole anjiyoödem vakalarında serum kompleman düzeyleri, C1 esteraz inh. fonksiyon ve antijen düzeyi istenmelidir.

KAYNAKÇA:

- 1- Griesshammer M, Wille K, Sadjadian P, Stegelmann F, Döhner K. A review of hydroxyurea-related cutaneous adverse events. Expert Opin Drug Saf. 2021 Jun 28:1-7.
- 2- Yanes DA, Mosser-Goldfarb JL. A Cutaneous Lupus Erythematosus-Like Eruption Induced by Hydroxyurea. Pediatr Dermatol. 2017 Jan;34(1):e30-e31.
- 3- Yung R, Chang S, Hemati N, Johnson K, Richardson B. Mechanisms of drug-induced lupus. IV. Comparison of procainamide and hydralazine with analogs in vitro and in vivo. Arthritis Rheum. 1997 Aug;40(8):1436-43.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüsi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



- 4- Mistry N, Shapero J, Crawford RI. A review of adverse cutaneous drug reactions resulting from the use of interferon and ribavirin. *Can J Gastroenterol.* 2009 Oct;23(10):677-83.
- 5- Ruiz de Casas A, García-Bravo B, Camacho F. Generalized eczema secondary to combined treatment with peginterferon alfa-2a and ribavirin in a patient with chronic hepatitis from the hepatitis C virus. *Actas Dermosifiliogr.* 2005 Mar;96(2):122-3
- 6- Sobotkova M, Zachova R, Hakl R, et al. Acquired Angioedema with C1 Inhibitor Deficiency: Occurrence, Clinical Features, and Management: A Nationwide Retrospective Study in the Czech Republic Patients. *Int Arch Allergy Immunol.* 2021;182(7):642-649.
- 7- Furlanetto V Jr, Giassi Kde S, Neves Fde S, Zimmermann AF, Castro GR, Pereira IA. Intractable acquired autoimmune angioedema in a patient with systemic lupus erythematosus. *Rev Bras Reumatol.* 2010 Jan-Feb;50(1):102-6.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



POSTER SUNUMLAR



PS-01

HİDROKSİÜRE KULLANIMININ MUKOKUTANÖZ ADVERS ETKİLERİ

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı
Ahmet Onur Soğuksu, Mehmet Melikoğlu, Erdal Pala

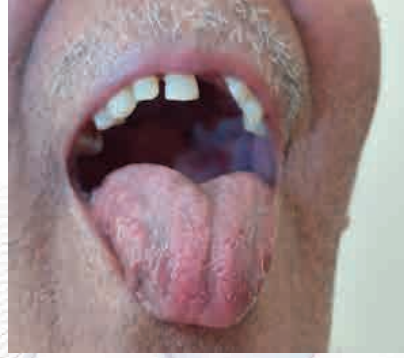
GİRİŞ VE AMAÇ

Hidroksiüre, miyeloproliferatif hastalıkların tedavisinde kullanılan sitostatik bir kemoterotik bir ajandır. Uzun dönem tedavide mukokutanöz yan etkiler ve tırnak değişiklikleri görülebilmektedir. Hidroksiüre tedavisi sonrası kseroz, edinsel iktiyoz, mukokutanöz hiperpigmentasyon, palmoplantar keratoderma, aktinik keratoz, yassı hücreli epitelyal karsinom, tırnaklarda renk değişikliği, onikolizis ve onikodistrofi gelişen polisitemi verası olan 68 yaşında bir erkek hastayı sunuyoruz.

OLGU SUNUMU



Figür1



Figür2



Figür3



Figür4

65 yaşında erkek hasta son 4 yıldır el-ayak derisinde çatlaklar, tırnaklarda renk değişikliği, bacaklarında kaşıntı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde 10 yıldır polisitemi vera tanısıyla 500 mg/gün hidroksiüre kullandığı öğrenildi. Tedavinin başlamasından yaklaşık 6 yıl sonra dermatolojik şikayetlerinin başladığını ifade eden hastanın bilinen farklı sistemik hastalık öyküsü ve sürekli kullandığı ilacı yoktu. Dermatolojik muayenede fasial bölgede aktinik keratozlar (figür 1), oral mukozada hiperpigmentasyon (figür 2), palmoplantar bölgede hiperkeratotik plaklar (figür 3), tüm vücutta yaygın kseroz, alt ekstremitelerde iktiyoz (figür 4) izlendi. El ve ayak tırnaklarında onikodistrofi, onikolizis, melanonişi (figür 5) görüldü. El üzerinde soliter lezyondan doku biyopsisi gönderildi yassı epitel hücreli karsinom (figür 7) saptandı. Hasta plastik cerrahi kliniğine yönlendirildi.



Figür5



Figür 7

TARTIŞMA

Hidroksiüre şelüler replikasyon sırasında, S fazına etki eden, DNA sentezini inhibe eden, ancak RNA sentezini etkilemeyen sitostatik bir ajandır. Kronik miyeloproliferatif hastalıkların tedavisinde 40 yıldır kullanılmaktadır (1). Hidroksiüreye bağlı major yan etkiler olarak kemik iliği supresyonu, gastrointestinal semptomlar, hepatotoksisite ve teratojenite çıkmaktadır. Öte yandan kutanöz reaksiyonlar sık değildir ve uzun süre tedavi alan hastaların %10-35'inde görülür (2,3). Genelde iyi tolere edilmesine rağmen, deri, muköz membran ve tırnaklarda bir takım değişikliklere yol açabilir. Bildirilen mukokutanöz yan etkiler: pigmentasyon artışı, hiperkeratoz, deri atrofisi, kserozis, likenoid erüpsiyonlar, palmoplantar keratoderma, kutanöz vaskülit, alopesi, melanonişi, kronik bacak ülserleri ve kutanöz karsinomlardır. Uzun dönem tedavi sonrası dermatomyozit benzeri erüpsiyon, oral ülserler, stomatit, orofaringeal mukozada hiperpigmentasyon gibi mukozal değişiklikler de görülmüştür. Hidroksiüre ile indüklenen tırnak bozuklukları; onikolizis, onikodistrofi, kırılmalı atrofik tırnaklar, onikoşizi ve melanonişidir (2,4). Bu olgu sunumunda hidroksiüre ile uzun süreli tedavinin bir sonucu olarak tek bir hastada kseroz, edinsel iktiyoz, mukokutanöz hiperpigmentasyon, palmoplantar keratoderma, aktinik keratoz, yassı hücreli epitelyal karsinom, tırnaklarda renk değişikliği, onikolizis ve onikodistrofi gibi birçok mukokutanöz advers etki olduğu görülmüştür. Miyeloproliferatif hastalıklarda ve orak hücreli aneminin tedavisinde hidroksiüre kullanımı yaygınlaştığından dermatologların bu ilacın çok sayıda mukokutanöz yan etkilerinin farkında olmaları amacıyla bu olgu sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Sirieix ME, Debure C, Baudot N, et al. Leg ulcers and hydroxyurea. Arch Dermatol 1999; 135(7): 818-20.
2. Issaivanan M, Mitu PS, Chakrabarti M, et al. Cutaneous manifestations of hydroxyurea therapy in childhood: case report and review. Pediatr Dermatol 2004; 21(2):124-7.
3. Oh ST, Lee DW, Lee JY, et al. Hydroxyurea-induced melanonychia concomitant with a dermatomyositis like eruption. J Am Acad Dermatol 2003; 49 (2):339-41.
4. Martorell-calatayoude A, Requena C, Nagore-Enguidanos E, GÜLLEN-Barona C. Multiple painful, treatment-resistance leg ulcers associated with dermatomyositis-like lesions over the interphalangeal joints induced by hydroxyurea. Actas Dermosifiliogr 2009 ;100(123):804-7.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021

SPICE HOTEL - BELEK *Antalya*



PS-02

ORAL İZOTRETİONİN KULLANIMI SONRASI GELİŞEN SAKROİLEİT

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı
Ahmet Onur Soğuksu, Erdal Pala, Tunçay Ağkurt

GİRİŞ

Akne vulgaris, derideki pilosebace folikülleri etkileyen bir bozukluktur. Şiddetli akne tedavisinde izotretioninin; artrit, myalji, hiperostoz, sakroileit gibi kas iskelet sistemi yan etkileri olabilir. Nadiren görülen sakroileit, izotretioninin kesilmesi ile genellikle düzelir. Bu makalede izotretionin kullanımı sonucu bilateral sakroileit gelişen iki hastamızı sunuyoruz

OLGU-1

3 ay önce akne vulgaris tanısıyla 30mg/gün izotretionin başlanan üniversite öğrencisi olan bekar 22 yaşındaki kadın olgu, 162 cm boyunda 70 kg ağırlığında idi. Polikliniğimize aylık kontrol muayenesine gelen hasta izotretionin tedavisi sonrası bel ve kalça ağrılarının olduğunu ifade etti. Gece ağrısı yoktu, 5-10 dk süren sabah tutukluğu tariflemekteydi. Ağrı hareketle artmakta, istirahatde değişmemekteydi. Ağrı en çok ayakta durma ve oturup kalkma sırasında oluyormuş. Travma öyküsü yoktu. Ağız-göz kuruluğu, ateş, periferik eklem tutulumu, cilt değişikliği, fotosensitivite gibi romatolojik sorgulamasında özellik bulunmuyordu. Bilinen ek hastalığı bulunmayan olgunun soy geçmişinde özellik yoktu. Son üç aydır akne için 30 mg/gün izotretionin kullanmakta idi, başka ilaç kullanımı yoktu. Bel ağrısı nedeniyle fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine konsulte edildi. Tam kan sayımı, sedimentasyon, C-reaktif protein (CRP), paratiroid hormon, D vitamini, kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri, ürik asit değerleri normal sınırlar içindeydi. Romatoid faktör (RF), HLA-B27 ve brusella aglütinasyon testleri negatifti. Sakroiliak MRG sonucu 'her iki sakroiliak eklem sakrum ve iliak kemik artiküler yüzeyde özellik inferior anteriorda sıvı duyarlı sekanslarda hiperintens, T1 AG lerdde hipointens patolojik sinyal değişimleri izlenmiş olup bu seviyelerde yer yer postkontrast kesitlerde kontrastlanmalar mevcuttur. Bilateral sakroiliit ile uyumlu' olarak rapor edildi. Hastamızda oral izotretionin tedavisine sekonder gelişen akut sakroileit tanısı kondu. Oral izotretionin tedavisi kesildi.

TARTIŞMA

Spondiloartropati (SpA)'larda ilk görülen yakınma, enflamatuvar karakterde kronik bel ağrısıdır. Ayrıca sakroileit, periferik artrit, entezit ve daktilit gibi artiküler belirtiler ve anterior üveit, psoriasis ve enflamatuvar barsak hastalığı gibi ekstraartiküler belirtiler de görülebilir [1]. Bizim olgularımızda tipik kronik enflamatuvar bel ağrısı yoktu. Üstelik hareket etmek ağrılarının daha da artmasına neden oluyordu. Hastalarımızda HLA-B27 negatif olması; psoriasis, entezit, üveit, konjonktivit, üretrit ve kanlı ishalin bulunmaması bizi SpA tanısından uzaklaştırdı. Bu nedenle sakroileit yapan diğer etkenleri araştırıldı. Enfeksiyonlar sakroileit yapan etkenler arasında bulunur. En sık brusellaya bağlı oluşur ve unilateral tutulumu neden olur [2]. Olgularımızda ateş veya herhangi bir konstitüsyonel semptom olmaması, brusella aglütinasyon testlerinde patolojik bulguya rastlanmaması, sakroileitin bilateral olması enfeksiyöz nedenleri ekarte etmemizi sağladı. Olgularımızda metabolik, endokrin veya malign bozukluğu gösteren bulguların da olmaması nedeniyle izotretionin kullanımına sekonder sakroileit düşündük. İzotretinoine bağlı gelişen sakroileit, unilateral veya bilateral olabilir, nadir görülür. Literatürdeki bilgiler olgu sunumları ile sınırlıdır [3,4]. Hastalarda izotretionin kullanımı ile yeni başlayan şiddetli ağrı olması ve bu ağrının izotretionin tedavisinin kesilmesi ile kaybolması, diğer etiyolojik nedenler ekarte edildiğinde tanıda yol gösterici olabilir. Sakroileit gelişiminde altta yatan mekanizma halen net olarak açıklanamamaktadır. HLAB27 pozitif olan ve izotretionin kullanan hastalarda sakroileit daha fazla görülmektedir [3,5]. 2015 yılında yapılan bir çalışmada, izotretioninin kullanan olguların %23,1'inde spondilartropati geliştiği bildirilmektedir [4]. Olgularımızda, ne kendisinde ne de ailesinde SpA saptanmadı. HLA-B27 antijeni negatifti. İzotretionin ile indüklenen sakroileit mekanizması henüz tam olarak açıklanamamıştır. İzotretioninin, lipozomal membranın çözünürlüğünü ve bunun sonucu olarak sinovyumun sitopatik yıkımını indükleyebileceği ve bunun da arthrite neden olduğu ileri sürülmüştür [6]. İn vitro araştırmalar retinoik asidin Matrix metalloproteinaz -2(MMP-2) aktivitesini indüklediğini göstermiştir. Bir retinoik asit türevi olan izotretionin, MMP-2 aktivitesini ve buna bağlı zar yıkımını arttırdığı düşünülmektedir [7,8]. Kas-iskelet sistemi yakınmaları genellikle hafif ile orta derecede seyrederek ancak bazen tedavinin kesilmesini gerektirebilir. Sonuç olarak; akne tedavisi için izotretionin başlanan hastalar, kas iskelet sistemi yan etkileri açısından bilgilendirilmelidir. Sakroileit geliştiğinde erken tanı ve izotretioninin kesilmesi fayda sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- 1)Solmaz D, Akar S, Soysal O, Akkoc Y, Can G, Gerdan V, et al. Performance of different criteria sets for inflammatory back pain in patients with axial spondyloarthritis with and without radiographic sacroiliitis. Clin Rheumatol 2014;33:1475-9.
- 2)Priest JR, Low D, Wang C, Bush T. Brucellosis and Sacroiliitis: A common presentation of an uncommon pathogen. J Am Board Fam Med 2008;21:158-61.
- 3)Geller AS, Alagia RF. Sacroiliitis after use of oral isotretinoin--association with acne fulminans or adverse effect? An Bras Dermatol 2013;88(6 Suppl 1):193-6.
- 4)Alkan S, Kayiran N, Zengin O, Kalem A, Kimyon G, Kilinc EO, et al. Isotretinoin-induced Spondyloarthropathy-related Symptoms: A Prospective Study. J Rheumatol 2015;42:2106-9.
- 5)Eksioglu E, Oztekin F, Unlu E, Cakci A, Keyik B, Karadavut IK. Sacroiliitis and polyneuropathy during isotretinoin treatment. Clin Exp Dermatol 2008;33:122-4.
- 6)De Francesco V, Stinco G, Campanella M. Acute arthritis during isotretinoin treatment for acne conglobata. Dermatology. 1997;194(2): 195.
- 7)Levinson M, Gibson A, Stephenson G. Sacroiliitis secondary to isotretinoin. Australas J Dermatol 2012;53(4):298-300.
- 8)Baykal Selçuk L, Aksu Arica D, Baykal Şahin H, Yaylı S, Bahadır S. The prevalence of sacroiliitis in patients with acne vulgaris using isotretinoin. Cutan Ocul Toxicol. 2017;36(2): 176-179.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



PS-03

GÖZDEN KAÇAN BİR TANI:DEMODİKOZİS

Beyza Türe Avcı, Kamer Gündüz

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Manisa

GİRİŞ

Demodex akarı, insan derisinin en yaygın ektoparazitidir. Genel popülasyonda yaygınlığı yaş ile artar. İnsanlarda görülen 2 tip demodex akarı tanımlanmıştır: Demodex folliculorum ve Demodex brevis. Bu akarlar sıklıkla kıl follikülerinde ve sebace glandlarda kolonize olurlar, epidermal hücreler ve sebum komponentleriyle beslenirler. Bu nedenle en çok alın bölgesi, yanaklar, çene ve gözdeki meibomian bezleri gibi yağdan zengin bölgelerde çoğalırlar. Ancak saçlı deri, dış kulak yolu, göğüs ve genital bölgede de görülebilirler.

Demodex varlığı sıklıkla asemptomatik olsa da bazı olgularda semptomatik seyrederek. Akarların sayısında artışa yol açan immün yetmezlik ya da akara karşı derinin anormal immünolojik reaksiyonu sonucu semptomatik olguların geliştiği düşünülmektedir. Pitriyazis follikulorum (PF), rozase-benzeri demodikozis (RBD) ve demodikozis gravis olmak üzere üç klinik formu bulunur.

Burada tipik olarak eritem ve papülopüstülleri olan, ancak frontal bölge orta hatta lineer yerleşim gösteren tek soliter plak görünümüyle atipik bir demodikozis olgusu sunulmaktadır.

OLGU

45 yaş erkek hasta dermatoloji polikliniğine alın bölgesinde 6 aydır sebat eden kaşıntılı, kızamık lezyon nedeniyle başvurdu. Hasta mevcut lezyonu nedeniyle daha önce hiç tedavi kullanmamıştı.

Dermatolojik muayenesinde glabella üzerinden frontal saç çizgisine uzanım gösteren eritemli zeminde papül ve püstüllerle seyreden lineer bir plağı mevcuttu. (Resim 1) Hastanın eşlik eden başka bir hastalığı ya da ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Hasta güneş ışığı maruziyetiyle ya da sıcaklık artışıyla lezyonda alevlenme tariflemiyordu. Mevcut bulgularla, lezyonun soliter olması ve tipik olmayan yerleşimi şüpheye düşürse de deri kazıntı örneğinin direkt mikroskopik incelemesinde demodex akarları izlendi. Tedavide oral ve topikal metronidazol uygulandı ve 2 haftalık tedavinin sonunda klinik yanıt elde edildi.

TARTIŞMA

Demodikozis sık olmasına rağmen akla gelmesi zor olan, tanısız gecikmelerin çokça yaşandığı bir durumdur. Semptomların akarların sayısında artışa yol açan immün yetmezlik ya da akara karşı derinin anormal immünolojik reaksiyonu sonucu geliştiği düşünülmektedir. Genellikle de folliküllerde yerleşmiş Demodex folliculorum'a karşı gelişen gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonları sorumlu tutulmaktadır.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamuz anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Demodikoziste tipik lezyonlar simetrik yerleşmiş eritem ve papülopüstüller şeklindedir. Tedavide topikal metronidazol, salisilik asit, benzil benzoat veya selenyum sülfid ile oral metronidazol veya ivermektin gibi ilaçlar kullanılır.

Tipik olgular yanı sıra, literatürde atipik olgular tanımlanmıştır. Göz lateralinde tek taraflı yerleşmiş soliter plakla seyreden ve topikal ivermektin ile tedavi edilen bir primer demodikoz olgusu; oftalmik zona kliniğini taklit eden unilateral yerleşimli ve topikal permetrin ile tedavi edilen atipik bir demodikozis olgusu mevcuttur.

Bizim olgumuzda frontal bölge orta hatta yerleşmiş, lineer görünümde eritemli zemin üzerinde küçük papülopüstüllerden oluşan soliter bir plak mevcuttu, oral ve topikal metronidazol ile başarılı bir şekilde tedavi edildi.

Sonuç olarak demodikozis çok sık görülmesine rağmen akla daha nadir gelen, direkt mikroskopik incelemeyle tanısı rahatlıkla koyulabilen paraziter bir hastalıktır. Sebase bölgelerde kaşıntılı lezyonları bulunan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka demodikozis düşünülmelidir.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



PS-04

ASEMPTOMATİK COVID-19 ENFEKSİYONU ALTINDA GELİŞEN LİVEDOİD VASKULOPATİ OLGUSU

Bilgen Erdoğan¹, Elif Nur Özler¹, Zeynep Topkarcı¹, Damlanur Sakız²

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

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

ÖZET

COVID-19 enfeksiyonunun hızla pandemi haline gelmesiyle birlikte hastalığın deri belirtileri de saptanmış ve literatürde bildirilmeye başlanmıştır. COVID-19 ile enfekte olduğu doğrulanmış veya şüphelenilen hastalarda ürtikeryal, makulopapuler, papulovesiküler, peteşial-purpurik, chillblain benzeri akral lezyonlar ve livedoid lezyonlar gibi birçok farklı kutanöz bulgulara neden olduğu bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında livedoid lezyonların diğer lezyonlara göre daha nadir görüldüğü dikkat çekmektedir. Freeman ve ark. tarafından 716 hastadan oluşan geniş vaka serilerinde, livedo reticularis benzeri lezyonlar, retiform purpura ve livedo rasemoza benzeri lezyonlar, tüm kutanöz bulguların sırasıyla %3.5, 2.6 ve %0.6'sını oluşturduğu bildirilmiştir.(1) Bu olguda asemptomatik Covid-19 enfeksiyonu sonrası alt ekstremitede livedoid vaskulopati gelişen pediatrik hasta sunulmaktadır.

Bilinen ek komorbiditesi olmayan 13 yaşındaki kız hasta yaklaşık 1 yıl önce başlayan her iki ayak üzerinde dağınık yerleşimli eritemli yama şeklindeki lezyonlar ile polikliniğimize başvurdu. Hasta mevcut lezyonları için daha önce herhangi bir tedavi almamıştı. 2020 yılında lezyonların başladığı dönemden kısa bir süre önce ailesinin SARS-CoV-2 için nazofaringeal sürüntü testi pozitif olduğu öğrenildi. O dönemde hasta asemptomatik olup ve SARS-CoV-2 PCR testi yapılmamış. Daha önce COVID-19 için herhangi bir aşılama uygulanmadığı bilinen hastanın SARS-CoV-2 IgG antikor testinin pozitif geldiği görüldü.

Dermatolojik muayenesinde her iki ayak dorsal yüzde yer yer retiform yer yer anuler soluk morumsu yamalar mevcut idi.(Resim 1a,1b.) Başka bir bölgede kutanöz lezyon veya mukozal lezyon saptanmadı. Hastanın yapılan tetkiklerinde ANA, Anti-ds-DNA, kriyoglobulin, antikardiyolipin,



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



antifosfolipid antikorları ve lupus antikoagulanları negatif idi. Hastanın tetkiklerinde ek patoloji saptanmadı.

Hastanın ayak üzerinden alınan biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde papiler dermiste bir adet damar duvarında lenfositik hasar, retiküler dermiste bir adet orta çaplı damar duvarında ek olarak fibrin trombus görülmüş olup klinik ile beraber değerlendirildiğinde hastada olası Covid-19 enfeksiyonu sonrası gelişen livedoid vaskülopati düşünüldü.

Livedoid vaskülopati ,nadir görülen, patogenezinde inflamasyon ve pıhtılaşma bozukluklarının yer aldığı, , kronik seyirli bir hastalıktır. Genellikle alt ekstremitelerde kendini gösteren livedo racemosa, purpurik maküller, beyaz atrofik sikatrisler ve histopatolojik olarak trombotik değişiklikler ile karakterizedir.

Literatüre bakıldığında Covid-19 ile ilişkilendirilen lezyonlar arasında livedoid lezyonların diğer lezyonlara göre en nadir görülen grupta olduğu görülmektedir. COVID-19 ile enfekte 375 hastada yapılan bir çalışmada kutanöz belirtileri olan hastaların yalnızca %6'sı değişen derecelerde liveoid lezyonlar ve nekroz ile başvurmuştur. Çalışmada lezyonların diğer Covid-19 semptomlarıyla aynı zamanda ortaya çıktığı ve öncelikle daha şiddetli seyreden ve daha çok yaşlı hastalarda görüldüğü gözlemlenmiştir. (3) Bir İspanyol vaka serisinde ise liveoid lezyonları olan hastalar arasındaki ölüm oranının, %10 ile tüm kutanöz bulgular arasında en yüksek ölüm oranı olduğu bildirilmiştir.(3) Bu bakımdan hastamızın pediatrik hasta olması ve Covid-19 açısından asemptomatik seyretmesi olgumuzu diğer bildirilen olgulardan ayırmaktadır.

Livedoid erüpsiyonların COVID-19 ile enfekte hastalarda sistemik trombotik vaskülopati sonucu oluştuğu bilinmektedir. Bu nedenle bu deri lezyonlarının prognostik değeri vardır ve klinik olarak erkenden tanımak son derece önemli olacaktır.

Anahtar kelimeler: Covid-19, livedoid erüpsiyon, livedoid vaskülopati



Resim 1a,1b: her iki ayak dorsal yüzde bilek çevresine uzanan yer yer retiform yer yer anuler soluk morumsu yamalar

KAYNAKÇA

1. Freeman EE, McMahon DE, Lipoff JB, Rosenbach M, Kovarik C, Desai SR, et al. The spectrum of COVID-19-associated dermatologic manifestations: an international registry of 716 patients from 31 countries. J Am Acad Dermatol. 2020 Oct;83(4):1118–29.
2. Young S, Fernandez AP. Skin manifestations of COVID-19. Cleve Clin J Med. 2020.
3. Galván Casas C, Català A, Carretero Hernández G, et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. Br J Dermatol 2020;183:71–77. Crossref, Medline, Google Scholar



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Beğcet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



PS-05

KERATİT İLE TANI ALAN BİR PEDIATRİK OKÜLOKUTANÖZ ROZASE OLGUSU

Buse Gümüş¹, Ece Gökyayla¹, Beyza Türe Avcı¹, Aylin Türel Ermertcan¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Manisa

Giriş

Rozase, özellikle yüzün santral kısmını etkileyen ve eritem, flushing, telenjektaziler, inflamatuvar papül ve püstüller ile karakterize kronik bir deri hastalığıdır (1). Genellikle 30-50 yaş kadın hastalarda görülmekle birlikte pediatrik popülasyonda da izlenebilmektedir, ancak puberte öncesi nadir olarak görülmektedir (2). Pediatrik rozasenin vasküler, papülopüstüller ve oküler olmak üzere 3 farklı alt tipi tanımlanmıştır. Tanı için; flushing, papül/püstüller, fasial telenjektaziler, papül/püstüller, lezyonların yüzün konveks alanlarında dağılımı ya da oküler manifestasyonlar (tekrarlayan şalazyon, oftalmik hiperemi, keratit gibi oftalmolojik hastalıklardan biri) dan en az ikisinin bulunması gerekir (3).

Gereç & Yöntem

Başlangıçta tekrarlayan oftalmolojik bulgular ile prezente olan bir pediatrik rozase olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

5 yaşında kız hasta burun bölgesinde tekrarlayan kırmızı renkli döküntüler ve yüzde aralıklı olarak artış gösteren kızarıklık yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Yakınmaları yaklaşık 1 yıl kadar önce başlayan hastaya daha önceki çoklu dış merkez başvurularında topikal sülfazamid, rifampisin ve mupirosin reçete edilmiş ancak tedaviden fayda görmemiş. Özgeçmişinde 3 yıldır sık blefarit geçirme öyküsü olan hasta yaklaşık 3 gün önce sol gözde yanma, batma, kızarıklık şikayetleriyle göz hastalıkları polikliniğine başvurmuş ve keratit tanısı almış. Soygeçmişinde özellik yok. Yapılan dermatolojik fizik muayenede, burun bölgesinde eritemli papül ve püstüller saptandı (Resim 1).



Resim 1: Burun dorsumunda eritemli papül ve püstüller.

Demodex spp. araştırmak için siyanoakrilat ile yapılan yüzeysel deri biyopsisi pozitif olarak sonuçlandı.

Hasta demodeks ile sekonder infeste rozase olarak değerlendirildi. Topikal metronidazol tedavisinin yanında şiddetli oküler tutulum ile birlikte deri tutulumununun da olması üzerine oral metronidazol tedavisi 20 mg/kg dozunda başlandı. Takip devam ediyor.

Sonuç

Çocukluk çağında rozase tanısı koyarken akne vulgaris, periorifisyal/perioral dermatit ve demodikoz dahil olmak üzere diğer klinik olarak rozaseyi taklit eden papülopüstüler hastalıklar ayırıcı tanıda düşünülmelidir (1,2). Primer demodikoz altta yatan inflamatuvar bir deri hastalığı olmaksızın gelişen bir infestasyondur ve özellikle HIV enfeksiyonu ve maligniteler gibi immunsupresif süreçlerde izlenir. Sekonder demodikoz ise bizim olgumuzda olduğu gibi rozase benzeri inflamatuvar deri hastalıklarının zemininde gelişen sekonder bir infestasyon olup şüphelenilen olgularda siyanoakrilat ile yüzeysel deri biyopsisi yapılmalıdır (2-4).



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Pediyatrik rozasede sınırlı kutanöz tutulum varlığında tedavide ilk seçenek topikal metronidazol veya topikal niasinamiddir (2). Benign oküler tutulumda ılık su ile masaj, günde 3-4 kez sodyum klorid damla uygulaması önerilir. Ciddi oküler tutulum ya da deri tutulumu ile birlikte oküler tutulum varlığında topikal tedavinin yanında sistemik tedavi de gereklidir (2,3). Sistemik tedavi gerektiren rozase varlığında yetişkin hastalarda en sık kullanılan ajanlardan olan sistemik tetrasiklinler 8 yaşından küçük çocuklarda kontrendikedir (2). Bir diğer sistemik ajan olan metronidazolün de tetrasiklinler kadar etkili olduğu gösterilmiştir ancak nörolojik yan etki insidansını azaltmak için intermittan tedavi önerilmektedir (3). Demodex superpozisyonu olması durumunda ilk seçenekler metronidazol, ivermektin, sülfür preparatları ve permetrin %5 krem gibi topikal tedavilerdir (4). Dirençli ve yanıtız hastalarda oral metronidazol ve isotretinoin verilebilir. Relapslardan kaçınmak için idame tedavi olarak 2-4 hafta boyunca haftada bir kez topikal metronidazol uygulaması etkilidir (4,5). Pediyatrik yaş grubunda rozase nadir olarak görülmekle birlikte tanıdaki gecikmeler özellikle tekrarlayan oftalmolojik patolojilere bağlı fonksiyon kayıplarına neden olabilmektedir. Bu nedenle tekrarlayan göz bulguları olan hastalarda dermatolojik muayene dikkatlice yapılmalı ve kooperasyon içinde çalışılmalıdır.

References

1. Kang CN, Shah M, Tan J. Rozase: An Update in Diagnosis, Classification and Management. *Skin Therapy Lett.* 2021 Jul;26(4):1-8. PMID: 34347259.
2. Kellen R, Silverberg NB. Pediyatrik rozase. *Cutis.* 2016 Jul;98(1):49-53. PMID: 27529708.
3. Chamailard M, Mortemousque B, Boralevi F, Marques da Costa C, Aitali F, Taieb A, Léauté-Labrèze C. Cutaneous and ocular signs of childhood rozase. *Arch Dermatol.* 2008 Feb;144(2):167-71. doi: 10.1001/archdermatol.2007.50. PMID: 18283173.
4. Douglas A, Zaenglein AL. A case series of demodicosis in children. *Pediatr Dermatol.* 2019 Sep;36(5):651-654. doi: 10.1111/pde.13852. Epub 2019 Jun 13. PMID: 31197860.
5. Introcaso C. Demodicidosis (Other acariasis, including chiggers and Demodex folliculorum or Trombicula infestation). *Dermatology Advisor.*



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



PS-06

MULTİPL PENİL ŞANKR: PRİMER SİFİLİZİN NADİR GÖRÜLEN BİR KLİNİK TABLOSU

Esra Özkürkçü, Melis Bal Akdoğan, Merve Ekren Öztürk, Selda Pelin Kartal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ

Sifiliz *Treponema pallidum* bakterisinin sebep olduğu ve bulaşların çoğunlukla cinsel yolla görüldüğü, birçok organ ve sistemi etkileyebilen bir hastalıktır. Bulaş cinsel yol dışında, kan transfüzyonu, transplental ve açık lezyon ile temas sonucunda da olabilmektedir. Sifiliz primer, sekonder, latent ve tersiyer olmak üzere farklı klinik evrelerle görülebilmektedir.

Primer sifilizin en sık ve karakteristik görünümü bakterinin girişi bölgesinde bulaştan yaklaşık 3 hafta sonra görülen, şankr olarak adlandırılan, temiz tabanlı endüre ülserdir. Çoğunlukla soliter ülser şeklinde görülse de bazı durumlarda multiple ülserle birlikte görüldüğü durumlar da olabilmektedir. HIV pozitif, herpes ile birlikte görülen durumlarda, immunsupresyona sebep olan komorbid hastalığı olan hastalarda primer sifiliz multiple şankr ile görülebilir. Onun dışında *Haemophilus ducreyi* ile primer sifilizin birlikte görüldüğü ulkus mixtum tablosunda da multiple penil şankr görülebilmektedir. Burada multipl penil şankr ile tarafımıza başvuran bir hasta sunulmaktadır.

GELİŞME

42 yaşında penisinde 5 gündür asemptomatik lezyonları olan bilinen bir hastalığı olmayan bir erkek hasta değerlendirildi. Penis glans ve shaft bölgesinde 6 adet endüre, yüzeysel, ağrısız ülser lezyonları mevcuttu (şekil 1a). Hastadan alınan öyküye göre lezyonların ilki 5 gün önce başlamış diğerleri sonraki 3 gün içinde belirmişti. Hastada üretral akıntı veya dizüri şikayeti yoktu. Bilateral inguinal lenfadenopatisi mevcuttu. VDRL ve FTA-ABS IgM pozitif. Hastanın multipl penil şankr ile görülmesine sebep olabilecek immunsupresif hastalığı yoktu. Herpes ve HIV serolojisi de negatif olan hastada primer sifilizin multipl penil şankr ile görülmesini açıklayacak *Haemophilus ducreyi* (h. ducreyi) ile birlikte görüldüğü ulkus mixtum tablosu dışındaki diğer sebepler ekarte edilmişti. Hastaya H. Ducreyi ekartasyonu için test yapılamaması sebebiyle, hastada ulkus mixtum ekarte edilemedi. Hastaya ulkus mixtum tablosunu da kapsayacak şekilde 1 hafta ara ile 2 doz 2.4 mg benzatin penisilin ve seftriakson 500mg tedavisi birlikte verildi. Hastanın bir hafta sonraki takiplerinde lezyonları epitelize olmaya başlamıştı (şekil 1b).



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



SONUÇ

Primer sifiliz şankrı çoğunlukla soliter görülür. Multipl penil şankr görüldüğü durumlarda mutlaka HIV ve Herpes açısından araştırılmalıdır. İmmüsupresyonla seyreden ek hastalığı olup olmadığı sorgulanmalı, h.ducreyi ile birlikte görülen ulkus mikstum tablosu akılda tutulmalı ve yapılabiliriyorsa kültür veya pcr ile ayırıcı tanıya yönelik testler yapılabilir.

Hastamızın HIV ve herpes serolojisi negatifti ve ek bir hastalığı yoktu. Hasta bu sebeple primer sfilizin multiple şankrla görülen nadir klinik tablosu olarak değerlendirildi. Ekartasyon amacıyla kültür yapılamadığı için ulkus mixtum tablosunu da kapsayacak şekilde ikili antibiyotik tedavisi verildi.

Bu olgu sunumuyla ulkus mixtum ve sifilizin multiple şankrla birlikte görüldüğü durumlarda ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gerekenlere dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Langley C. Update on chancroid. An important cause of genital ulcer disease. *AIDS Patient Care STDS*. 1996;10:221-226.
2. R.Wade T., Huntley A. Multiple penile chancres. An atypical manifestation of primary syphilis. *Arch Dermatol*. 1979; 2:115-227.
3. Kalasapura RR., Yadav DK., Jain SK. .Multiple primary penile chancre: A re-emphasize. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2014; 35:71-3.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



PS-07

PALMOPLANTAR BÖLGEDE İRRİTAN KONTAKT DERMATİT BENZERİ ŞİKÂYETLE BAŞVURAN BİR SİFİLİZ OLGUSU

Melike Güven, Erdal Pala, Mehmet Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ

Sifiliz, *Treponema pallidum* bakterisinin neden olduğu bir enfeksiyondur. Yeni sifiliz vakalarının çoğu cinsel yolla bulaşır. Klinik belirtiler hastalığın evresine bağlıdır. Erken (primer sifiliz, sekonder sifiliz) ve geç sifiliz olarak klinik evreler ikiye ayrılır. Bu olguda ilk bakışta irritan kontakt dermatit kliniğini düşündürülen palmoplantar papuloskuamoz lezyonu olan sifiliz tanısı konulan 36 yaşındaki kadın hastayı sunmaktayız.

OLGU SUNUMU

36 yaş kadın hasta 1 aydır el içi ve ayak tabanında döküntü ve hafif kaşıntı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede palmoplantar bölgede, eritemli, ince squamlı, papuler lezyonlar, perine bölgesinde, verrukoz görümlü plak lezyon izlendi (figür 1'a-b-c), palpe edilebilir lenfadenopati yoktu. Oral mukoza ve gövdede patolojik bir lezyon izlenmedi. Hastanın alınan anamnezinde yaklaşık 1 ay öncesinde genital bölgede bir yara çıkışı olduğunu ifade etmiştir. Eş zamanlı olarak hastanın eşinden alınan anamnezde, eşinin 4 ay öncesinde idrar yaparken akıntı, kasıkta şişlik ve sonrasında yara şikayeti nedeniyle aile hekimliğine başvurduğu ve ilaç başladığı tespit edilmiştir. Hastanın eşinin e nabız kontrollerinde **intramusküler** seftriakson ve doksisisiklin reçete edildiği görülmüştür. Tedaviden sonra yaranın iyileştiğini ifade eden hastanın eşinin yapılan dermatolojik muayenesinde oral bakışı dâhil herhangi bir patolojik lezyon izlenmedi; sağ inguinal bölgede palpe edilebilir < 1cm çapında mobil lenfadenopati vardı. Her iki hastada da sifiliz etyolojisine yönelik olarak yapılan *Treponema pallidum* Hemaglütinasyon (TPHA), Rapid Plasma Reagin (RPR) testleri pozitif olarak sonuçlandı. Klinik bulgular, anamnez ve laboratuvar bulgularına göre sifiliz tanısı konulan her iki hastanın bildirim yapılarak, İntramusküler Penisilin G Benzatin 2,4 milyon IU/ hafta, 3 hafta olacak şekilde tedavi başlanarak kontrole çağırıldı.



figür 1-a



figür 1-b



Figür 1 a, b ve c palmoplantar bölgelerde eritemli, papuloskuamoz döküntüler



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



TARTIŞMA

Sifiliz, *Treponema pallidum* bakterisinin neden olduğu genellikle cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondür. Edinsel sifilizde klinik evreler erken (primer sifiliz, sekonder sifiliz) ve geç (tersiyer sifiliz, geç latent sifiliz) olmak üzere ikiye ayrılır (1). Primer sifilizde ağrısız şankr ve lokalize lenfadenopati görülür (2). Bizim hastalarımızda da dermatolojik muayenede saptanmasa da anamnezlerinde genital bölgede şankr olabileceği düşünülen yaralar çıktığı tespit edilmiştir. Hastanın aktif genital ülseri olmadığından lenfadenopati muayenesinde patolojik bir bulguya rastlanmamıştır. Sekonder sifilizli hastalarda ateş, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, boğaz ağrısı, kas ağrısı ve kilo kaybı gibi sistemik semptomlar, sinovit, osteomyelit ve periostit gibi kas-iskelet anormallikleri, gastrointestinal anormallikler, renal anormallikler, menenjit, kranial sinir defisitleri, meningovasküler hastalık, inme gibi nörolojik anormallikler ve göz tutulumu gelişebilir. Geç sifilizli hastalarda, merkezi sinir sistemi tutulumu görülebilir. Sekonder sifiliz deri bulguları arasında; rozeol, kırmızı-kahverengi papüller, püstül, plak mukoz, kondiloma lata, alopesi görülebilir (3). Bizim hastamızda palmoplantar bölgede ilk bakışta iritan kontakt dermatiti düşündüreren eritemli, üzeri sokuamli papüler lezyonlar mevcuttu. Tanıda; treponemal olmayan testler (RPR, VDRL) ve treponemal olmayan testler (TPHA, MHA-TP, TPPA, FTA-ABS) kullanılır (4). Bizim hastamızda da TPHA ve RPR testleri pozitif olarak sonuçlandı. Tedavide; erken dönemde, benzatin penisilin 2,4 milyon birim ım haftada bir kez iki hafta, geç dönemde, benzatin penisilin 2,4 milyon birim intramuskuler haftada bir kez, üç hafta şeklinde uygulanması ilk tercihtir (5).

İrritan kontakt dermatit, eritemli sokuamli hastalıklar, *Tinea pedis et manum* gibi birçok dermatolojik hastalık palmoplantar bölgede eritemli sokuamli lezyonlara yol açabileceği gibi, büyük taklitçi olarak kabul edilen sifilizin de palmoplantar bölgede eritemli sokuamli lezyonlar yapabileceğini ve bu nedenle ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulması gereken bir hastalık olduğunu vurgulamak için bu vakayı sunmayı uygun gördük.

KAYNAKLAR:

1. Ghanem KG, Workowski KA. Management of adult syphilis. Clin Infect Dis 2011; 53 Suppl 3:S110.
2. Clark EG, Danbolt N. The Oslo study of the natural course of untreated syphilis: An epidemiologic investigation based on a re-study of the Boeck-Bruusgaard material. Med Clin North Am 1964; 48:613.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Syphilis (*Treponema pallidum*) 2018 Case Definition. <https://ndc.services.cdc.gov/case-definitions/syphilis-2018/> (Accessed on June 17, 2021).
4. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64:1.
5. World Health Organization. Guidelines for the treatment of *Treponema Pallidum*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf?ua=1> (Accessed on September 07, 2016).



PS-08

GENERALİZE BÜLLÖZ FIX İLAÇ ERÜPSİYONU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı
Merve Bingöl, Erdal Pala, Mehmet Melikoğlu, Sanem Çolak

GİRİŞ

Fix ilaç erüpsiyonu, 100'den fazla ilaçla ilişkili nispeten yaygın bir ilaç reaksiyonudur. Belirli bir ilaca maruz kalma sonrası aynı deri ve/veya mukozal alanlarda gelişen eritem, nadiren büll gelişiminin olduğu plaklar ile karakterize nöksler olarak tanımlanır. Çok fazla lezyonun olması jeneralize fix ilaç erüpsiyonu olarak adlandırılır ve mukozal tutulumu olduğu zaman eritema multiforme/ Steven Johnson sendromundan ayırt etmek zordur. Lezyonlar genellikle birkaç gün içinde postinflatuar bırakarak solar. Burada, nadir olması sebebiyle, kliniğimizde takip edilen ve tedavisi düzenlenen generalize büllöz fix ilaç erüpsiyonu olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

67 yaşında kadın hasta, bruselloz tanısıyla başlanan trimetoprim-sulfametoksazol tabletten bir adet içtikten dört- beş saat sonra, tüm vücutta yaygın döküntüyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Hasta tarafımıza konsülte edildi. Bilinen tiroid papiller karsinom öyküsü ve daha önce de geçirilmiş bruselloz öyküsü mevcuttu. Hasta, on yıl önceki bruselloz hastalığında aynı ilaçtan içtiğini ve günler sonra aynı şekilde vücudunda döküntüler olduğunu ifade etmekteydi. Hastanın genel muayenesi doğal, vitalleri stabildi. Yapılan dermatolojik muayenesinde vücutta; karında, sırtta ve bacaklarda yaygın pembe-mor renkte yuvarlak plaklar (Figür 1.a-b), sol ayak plantar yüz medialinde ve sağ göğüs altında pembe-mor renkte plak lezyon üzerinde büllöz lezyonlar (Figür 2.a-b) mevcuttu. Mukozal tutulum yoktu. Rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Hastadan alınan anamnez ve dermatolojik muayene doğrultusunda, generalize büllöz fix ilaç erüpsiyonu tanısıyla kliniğimize yatışı uygun görüldü. Yatış sonrası tedavisi; intravenöz prednizolon, topikal kortikosteroid, oral antihistaminik ve yaş pansuman olarak düzenlendi. Bruselloz nedeniyle enfeksiyon hastalıklarını kliniğine konsülte edilen hastanın tedavisi siprofloksasin tablet olarak değiştirildi. Kısa sürede dermatolojik şikayetleri gerileyen hasta, önerilerle taburcu edildi.



(Figür 1. a)



(Figür 1. b)



(Figür 2. a)



(Figür 2. b)

TARTIŞMA

Fix ilaç erüpsiyonu 100' den fazla ilaçla ilişkili olsa da en sık sebep olan ilaçlar arasında sülfonamidler, non-steroid antiinflatuar ilaçlar, barbitüratlar, oral kontraseptifler ve kinin türevleri yer almaktadır [3, 4]. Fix ilaç erüpsiyonunda lezyonlar ilaca ilk maruziyetten bir-iki hafta sonra gelişmeye başlar fakat ilaca önceden maruz kalmışsa ilk 24 saat içinde görülebilir [3]. Tüm fix ilaç reaksiyon türleri için birincil yaklaşım ve tedavi; kapsamlı bir ilaç öyküsü, diğer kimyasal maruziyetleri sorgulamak ve muhtemel önceki atakları gerçekleştirilen nedensel ajamı belirleyerek ortadan kaldırmaktır [1, 2].

Bruselloz, dünya çapında her yıl tespit edilen yaklaşık 500.000 vaka ile en sık karşılaşılan zoonotik hastalıklardan biridir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde hala ciddi bir problem olmaya devam etmektedir [5]. Brusellozun tedavisinde sıklıkla antibiyotiklerden doksisisiklin, gentamisin, streptomisin, rifampin, trimetoprim-sulfametoksazol tercih edilmektedir [6]. Mevcut olgudaki hasta da, bruselloz nedeniyle trimetoprim- sulfametoksazol tablet kullandığını belirtmekteydi.

Generalize büllöz fix ilaç reaksiyonlarında, deri bulguları sadece neden olan ilacın kesilmesi ve destekleyici tedaviyle düzelen çok sayıda hasta rapor edilmiştir. Bununla birlikte; en yaygın olarak oral prednizon veya prednizolon olan kısa süreli sistemik steroidlerin yanı sıra, topikal steroidler de tedavi için sıklıkla kullanılır. Fakat bu müdahalelerin tek başına etiyolojik ilacın kesilmesine kıyasla döküntülerin iyileşmesini hızlandırıp hızlandırmadığı veya mortaliteyi azaltıp azaltmadığı belirsizliğini korumaktadır [7].

KAYNAKÇA

1. Fixed Drug Eruption on the Tongue Due to Naproxen, Ferreira, Corrales, Guilherme, J Investig Allergol Clin Immunol 2020; Vol. 30(5): 358-359.
2. Klaritromisin ile İndüklenen Büllöz Fiks İlaç Erüpsiyonu , Uzm. Dr Hilal Gökalp, Uzm. Dr Ayşenur Akatlı , Dermatol 2013 ; 4(2) : 61-65.
3. Drug reactions, Jean L Bologna, Joseph L Jorizzo, Ronald P Rapini, dermatology second edition Chapter 4, Page 311.
4. A case of entecavir-associated bullous fixed drug eruption and a review of literature , Selami Aykut Temiz , İlkay Özer , Arzu Ataseven , Siddıka Fındık, Turk J Gastroenterol 2019; 30(3): 299-302.
5. Clinical Manifestations and Complications in 1028 Cases of Brucellosis: A Retrospective Evaluation and Review of the Literature. Buzgan T, Karahocagil MK, Irmak H, et al. Int J Infect Dis. 2010;14(6):e469-e478
6. Human brucellosis, Maria Pia Franco MD, Maximillian Mulder MD, Prof Robert H Gilman MD, Dr Henk L Smits PhD, the Lancet Infectious Disease Review, Volume 7, P775-786.
7. A Review of Fixed Drug Eruption with a Special Focus on Generalized Bullous Fixed Drug Eruption, Hannah J. Anderson and Jason B. Lee, Medicina 2021, 57, 925.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



PS-09

HİDROKSİÜRE KULLANIMI SONRASI GELİŞEN LONGİTÜNAL MELANONİŞİ, BİR OLGU SUNUMU

Müge Gündüz, Cemal Bilaç

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Manisa

GİRİŞ

Melanonişi; enfeksiyonlar, bazı sistemik hastalıklar, metabolik bozukluklar, melanositik ve ekzojen nedenlerle, ayrıca belirli ilaçların tırnak plağında depolanması ile ortaya çıkabilir. Hidroksiüre, miyeloproliferatif hastalıkların tedavisinde kullanılan sitostatik bir kemoterapotik bir ajandır. Uzun dönem kullanımında mukokütanöz yan etkiler ve tırnak pigmentasyonu görülebilmektedir. Hidroksiürenin indüklediği melanonişi vakaları nadir olarak görülmektedir. Burada kronik miyeloproliferatif hastalık (KMPH) tanısıyla hidroksiüre kullanan, tedavisinin 12.ayı sonunda el ve ayak parmak tırnaklarında longitudinal melanonişi ortaya çıkan 51 yaşında kadın hasta sunulmuştur.

OLGU

Elli bir yaşında kadın hasta, el tırnaklarında renk değişikliği şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın sorgulamasında KMPH tanısıyla, 12aydır 1000-1500 mg/gün hidroksiüre kullandığı ve tırnaklarındaki renk değişikliğinin hidroksiüre kullanımından 1 yıl sonra ortaya çıktığı öğrenildi. Dermatolojik fizik muayenesinde her iki elin 1.tırnakları, sağ el 5. tırnak, sol ayak 1. tırnağında proksimal tırnak kıvrımından başlayarak tırnak distal ucuna kadar uzanan kahverengi-gri renkli longitudinal melanonişi bantları görüldü. El tırnaklarının çoğunda ek olarak onikoliz de mevcuttu. Dermoskopide regüler dağılımlı değişken genişliklerde gri renkli bantlar izlendi. Deride, mukozal yüzeylerde, dişlerde ve skleralarda pigmentasyon saptanmadı.

SONUÇ

Hidroksiüre, DNA sentezinin S fazını inhibe eden sitostatik bir ajandır. Deri, müköz membran ve tırnaklarda değişikliklere yol açabilmektedir. Bildirilen mukokütanöz yan etkiler: pigmentasyon artışı, hiperkeratoz, atrofi, kserozis, likenoid erüpsiyonlar, palmoplantar keratoderma, kutanöz vaskülit, alopesi, melanonişi, kronik bacak ülserleri ve kutanöz karsinomlardır. Hidroksiüre ile indüklenen tırnak bozuklukları; onikoliz, onikodistrofi, kırılğan atrofik tırnaklar, onikoşizi ve melanonişidir. Hidroksiürenin indüklediği melanonişi, tedavinin başlangıcından sonra en erken 3 hafta, en geç 8 yıl sonra görülebilir. Kadınların %4'ünde, sıklıkla da longitudinal bantlar şeklinde gözlenir. Hidroksiürenin indüklediği melanonişinin mekanizması tam olarak aydınlatılmamıştır. Ayırıcı tanıda, subungual melanom, subungual hematoma, pigmente skuamöz hücreli karsinom, tırnak matriks melanositik nevüsü, lentigo, diğer ilaçlarla olan hiperpigmentasyon, tekrarlayan travmanın indüklediği pigmentasyon ve subungual hemorajiler yer alır. Longitudinal melanonişi özellikle tek tırnaktaki ise, melanom olasılığını ekarte etmek için biyopsi yapmak gerekebilir. Longitudinal melanonişi ve periungual hiperpigmentasyon beraber görüldüğünde melanomdaki Hutchinson işaretini ile karışabilmektedir. Anti-neoplastik ilaçlar nedeniyle olan tırnak değişiklikleri asemptomatiktir ve ajanın kesilmesini takiben tamamen geri dönüşümlüdür. Son yıllarda miyeloproliferatif hastalıklarda ve orak hücreli aneminin tedavisinde hidroksiüre kullanımı yaygınlaştığından ayırıcı tanıda melanom ve diğer longitudinal melanonişi nedenleri ile karışabileceği için anamnezde ilaç öyküsünün sorgulanmasının önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: hidroksiüre, melanonişi, pigmentasyon



Resim 1.



Sağ el tırnakları uzaktan görünümü

Resim 2.



Sol el tırnakları uzaktan görünüm



Resim 3.



Sol el 1. parmak tırnağındaki longitudinal melanonişi

Resim 4.



Sağ el 1. El parmak tırnağındaki longitudinal melanonişi

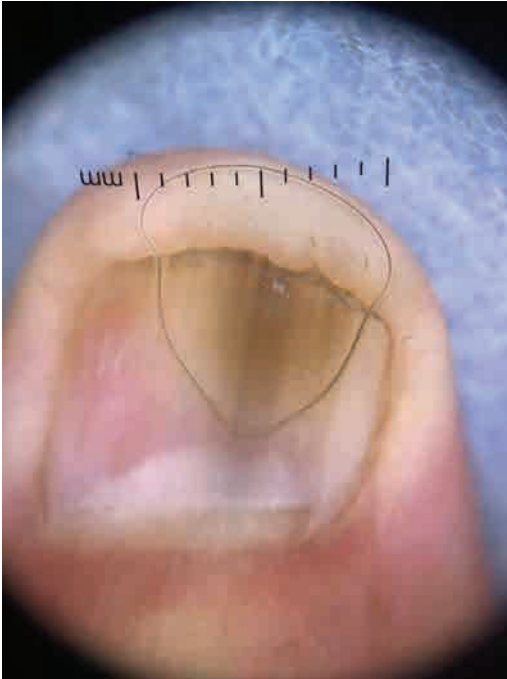


Resim 5.



Sol 1. Ayak parmağı tırnağında longitudinal melanonişi

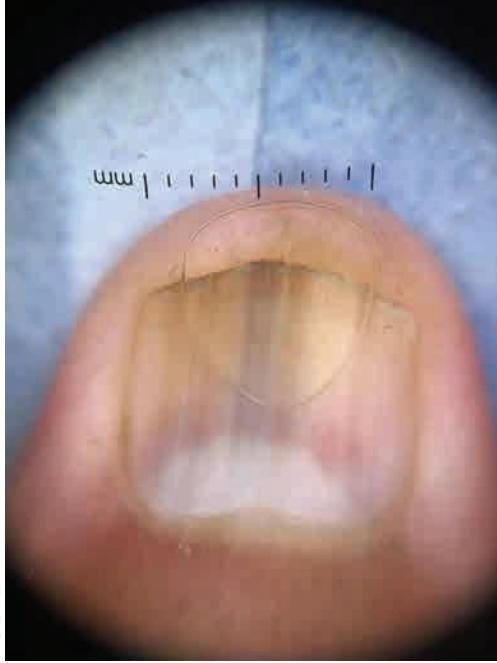
Resim 6.



sağ el 1. parmak tırnağı dermoskopik görüntü, regüler dağılımlı değişken genişliklerde gri renkli bantlar



Resim 7.



sol el 1. parmak tırnağı dermoskopik görüntü, regüler dağılımlı değişken genişliklerde gri renkli bantlar



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



PS-10

BIONTECH COVID-19 AŞISI SONRASI GELİŞEN PTYRIASİS ROSEA BENZERİ DÖKÜNTÜ: BİR OLGU

Nurgül Bayram, Bilgen Erdoğan, Zeynep Topkarcı

Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Pityriasis rosea (PR), genellikle akut ilerleyen, haberci bir yama ve ardından gövde ve ekstremitelerde daha fazla olmak üzere tüm vücutta dağınık halde ortaya çıkan akut papüloskuamöz bir kutanöz hastalıktır. PR'nin kesin patogenezi bilinmemekle birlikte, etyolojide herpes virüs-6 ve 7'nin yeniden aktivasyonu, olası bir etiyolojinin yanı sıra bakteriyel enfeksiyonlar, aşılar ve bazı ilaçlar olduğu düşünülmektedir.

Mevcut covid aşılarından olan Biontech aşısı sonrası yaygın olarak tanımlanan aşıyla ilgili yan etkiler, enjeksiyon bölgesinde ağrı, şişme ve/veya kızarıklık, yorgunluk, baş ağrısı, titreme ve ateşi içerir. Biz de nadir görülen COVID-19 aşısını takiben pityriasis rosea (PR) geliştiren bir hastayı sunmaktayız. Olgumuz, 38 yaşında erkek, yaklaşık 2 ay önce vücutta döküntü şikayeti başlamış. Dermatolojik muayenesinde gövde ön yüzde sırtta ve üst ekstremitelerde proksimallerinde numuler karakterde bazılarında yakacık skuamı da bulunan soluk pembe eritemli plakları mevcuttu. Kaşıntı eşlik etmiyordu. Oral mukoza salimdi. Bilinen hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın anamnezi detaylı sorgulandığında 1 hafta öncesinde Biontech Covid-19 2.doz aşısı olduğu öğrenildi. Aşıya sekonder pityriasis rosea benzeri döküntü olduğu düşünüldü.

Tedavide mometazon furoat pomad 1x1 verildi. 2 hafta sonra kontrole çağırıldı. COVID-19 aşısının çeşitli yan etkileri tespit edilmiştir. Pityriasis rosea (PR) benzeri döküntü, bağışıklamanın nadir görülen kutanöz komplikasyonudur. Aşılama programlarının dünya çapında yürütüldüğü göz önüne alındığında, aşılar karşı kutanöz yan etki gelişen hastalarda uygun yönetimin sağlanabilmesi için tıp camiasında farkındalığın artırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: aşı, covid-19, pytriasis rosea,



Resim 1



Gövde ön yüzde sırtta ve üst ekstremitte proksimallerinde numuler karakterde bazılarında yakacak skuamı da bulunan soluk pembe eritemli plaklar.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



PS-11

BACAĞTA ANÜLER ERİTEM: ERİTEMA MİGRANS

Osman Ezim¹, Bilgen Erdoğan¹, Zeynep Topkarcı¹, Damlanur Sakız²

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

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

Giriş

Lyme hastalığı, "Ixodes" cinsi keneler tarafından bulaşan, "Borrelia burgdorferi" spiroketinin neden olduğu multisistemik bir hastalıktır.

Erken Lyme hastalığının karakteristik lezyonu Eritema kronikum migrans(EKM) dir. EKM, Lyme hastalığının ilk deri bulgusu olup tanı alan hastaların %60-90'nda görülür.

Biz de tipik EKM kliniği ile başvuran klinik, serolojik ve histopatolojik olarak Lyme hastalığı tanısı konulan 53 yaşındaki kadın hastayı sunmak istedik.

Olgu sunumu

53 yaşında kadın hasta.

3 ay önce sol bacak iç yüzünü kene ısırması ve kenenin baş kısmı deri altında kalmış.

Dermatolojik muayenede, hastanın zamanla genişlediğini ifade ettiği, ısırılan yer çevresinde 25 cm çapında merkezi soluk, kenarları eritemli anüler plak lezyon mevcuttu. Diz ekleminde ağrı yakınması vardı.

Nörolojik ve göz tutulumu yoktu. EKG normaldi. Tam kan sayımı, koagülasyon parametreleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi.

Lyme hastalığı ön tanısı ile anüler eritemli plak kenarından biyopsi alınan hastada histopatolojik olarak yüzeysel ve derin perivasküler inflamasyon görüldü.

Borrelia burgdorferi Ig M= 4 U/mL (normal değer 0-2,9), Ig G =0,5 U/mL (normal değer 0-2,9) geldi.

Hastaya klinik, serolojik ve histopatolojik olarak Lyme hastalığı tanısı konuldu.

Doksisisiklin ile tedavi edilen hastanın 14. günkü kontrolünde anüler eritemi tamamen kaybolmuştu.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Tartışma

Lyme hastalığı erken lokalize hastalık, erken disemine hastalık ve kronik olmak üzere 3 döneme ayrılır. Erken disemine hastalığın deri bulgusu eritema kronikum migrans iken kronik dönemin bulgusu akrodermatitis kronika atrofikanstır.

Lyme hastalığı ileri evrelerde multisistemik tutulum yapabilir. Hastalar nörolojik, göz, kardiyak, kas iskelet sistemi, iç organ tutulumu açısından takip edilmeli gerekirse ilgili branşlarla ortak çalışılmalıdır.

İxodes cinsi kenelerle bulaşan Erlichia ve Babesia koenfeksiyon oluşturabilir. Antibiyotik tedavisine rağmen düşmeyen ateşi ve kan tablosu değişiklikleri olan hastalarda koenfeksiyon araştırılmalıdır. Hastamızda ateş, lökopeni veya trombositopeni yoktu.

Bulaşma için kenenin 24 saatten daha uzun süre deriye tutunması gereklidir. Bizim hastamızda kenenin yanlış çıkarılması sonucu baş bölgesi deri altında kalmıştı.

Eritema migrans tedavisinde birinci seçenek doksisiklin olup, hamile ve 8 yaş altı çocuklarda amoksisilin ile oral antibiyotik tedavisi önerilir. Biz de hastamıza oral doksisiklin 2*100mg başladık ancak mide rahatsızlığı sebebiyle tolere edemediği için 1*100mg ile tedaviyi 28 güne tamamladık.

Sonuç

Keneler, kenenin tamamını içerecek şekilde dikkatlice çıkarılmalıdır.

EKM, Lyme hastalığının ilk deri bulgusu olup tanı alan hastaların %60-90'nda görülür. Bu nedenle dermatolojik muayene disemine olmadan tanımak ve tedaviye başlamak için son derece önemlidir.

Kaynakça

Edlow JA. Erythema migrans. Med Clin North Am 2002; 86:239.

Steere AC, Bartenhagen NH, Craft JE, et al. The early clinical manifestations of Lyme disease. Ann Intern Med 1983; 99:76.

Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Academy of Neurology (AAN), and American College of Rheumatology (ACR): 2020 Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Lyme Disease.



PS-12

ALOPESİ SİFİLİTİKA

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Rümeysa Calp, Erdal Pala, Mehmet Melikoğlu

GİRİŞ

Sifiliz, Treponema pallidum bakterisinin neden olduğu bir enfeksiyondur . Yeni sifiliz vakalarının çoğu cinsel yolla bulaşır. Klinik belirtiler hastalığın evresine bağlıdır. Erken (primer sifiliz, sekonder sifiliz) ve geç sifiliz olarak klinik evreler ikiye ayrılır, sekonder sifilizde alopesi görülebilir. Bu olguda güve yeniği şeklinde saç kaybı olan 34 yaşındaki erkek hastayı sunmaktayız.

OLGU SUNUMU

34 yaşında erkek hasta ,2 yıldır saç dökülmesi şikayeti ile, polikliniğimize başvurdu. Hasta tarafımıza başvurmadan bir sene önce saç dökülmesi şikayeti ile dış merkezde dermatoloji kliniğine başvurmuş ,alopesi areata olarak değerlendirilip, bir seans intralezyon streoid uygulanmış, bir ay betametazon dipropiyonat ve salisilik asit kombine preparatını topikal olarak kullanmış fakat fayda görmemiş. İki yıl önce oluşup tedavisiz gerileyen genital ülser öyküsü mevcuttu. Sistemik muayene doğaldı. Dermatolojik muayenede temporal ve oksipital bölgede güve yeniği şeklinde alopesik alanları mevcuttu, dermoskopik muayenede nokta ünlem işareti ve skatris yoktu . Laboratuar testlerinde ; TPHA pozitif, HAS test negatif. Erken sifiliz olarak değerlendirdiğimiz hastaya benzatin penisilin 2.4 milyon birim im hafatda bir kez ,iki hafta şeklinde tedavi uyguladık. Kontrolde çağırılan hasta şehir dışından geldiği için polikliniğimize gelemedi, yapılan telefon görüşmesinde saçlarının çıktığını ifade etti.

Figür 1



Figür 1.a-b-c) temporal ve oksipital bölgede güve yeniği şeklinde alopesik alanlar

TARTIŞMA

Sifiliz, Treponema pallidum bakterisinin neden olduğu genellikle cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondur . Dünya Çapında - Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2016 yılında dünya çapında 15 ila 49 yaşları arasındaki ergenlerde ve yetişkinlerde 19,9 milyon yaygın sifiliz vakası ve 6,3 milyon yeni vaka olduğunu tahmin etmektedir(1).Edinsel sifilizde klinik evreler erken(primer sifiliz,sekonder sifiliz) ve geç (tersiyer sifiliz, geç latent sifiliz) olmak üzere ikiye ayrılır. Primer sifilizde ağrısız şankr ve lokalize lenfadenopati görülür(2).Sekonder sifilizli hastalarda ateş, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, boğaz ağrısı, kas ağrısı ve kilo kaybı gibi sistemik semptomlar , sinovit, osteomyelit ve periostit gibi kas-iskelet anormallikleri , gastrointestinal anormallikler , renal anormallikler, menenjit, kraniyal sinir defisitleri, meningovasküler hastalık ,inme gibi nörolojik anormallikler gelişebilir (3). Göz tutulumu olabilir(4) . Rozeol ,kırmızı-kahverengi papüller ,püstül, plak mukoz, kondiloma lata, alopesi gibi deri bulguları görülebilir, alopesia sifilitika, ikincil sifilizin nadir görülen bir belirtisidir. Diffüz patern, güve yemiş patern veya her ikisinin kombinasyonu şeklinde ortaya çıkabilen inflamatuvar olmayan ve sikatrisyel olmayan saç dökülmesidir . Alopesi oksipital ve parietal bölgeleri sık tutar(5,6).Bizim vakamızda temporal ve oksipital bölgelerde tutulumu olmuştur. Geç sifilizli hastalarında, merkezi sinir sistemi tutulumu görülebilir(7).Tanıda ; treponemal olmayan testler(RPR,VDRL) ve treponemal olmayan testler (TPHA, MHA-TP, TPPA, FTA-ABS) kullanılır. Tedavide ; erken dönemde , benzatin penisilin 2.4 milyon birim im haftada bir kez iki hafta, geç dönemde , benzatin penisilin 2.4 milyon birim im haftada bir kez, üç hafta şeklinde uygulanması ilk tercihtir(8).

Birçok farklı klinik durumla karşılaşabilecek bulaşıcı bir hastalık olan sifilizin , saç dökülmesi şikayeti ile gelen hastalarda ,ayırıcı tanıda her zaman aklımızda olması gerektiğini düşündüğümüz için bu vakayı sunmayı uygun gördük.

KAYNAK

- 1) Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, et al. Chlamydia, gonore, trichomoniasis ve sifiliz: küresel prevalans ve insidans tahminleri, 2016. Bull World Health Organ 2019; 97:548. Sparling PF.
- 2) Young MF, Sanowski RA, Manne RA. Syphilitic hepatitis. J Clin Gastroenterol 1992; 15:174.
- 3) Oliver SE, Aubin M, Atwell L, et al. Ocular Syphilis - Eight Jurisdictions, United States, 2014-2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016; 65:1185.
- 4) Chapel TA. The signs and symptoms of secondary syphilis. Sex Transm Dis 1980; 7:161.
- 5) Pleimes M, Hartschuh W, Kutzner H, et al. Malignant syphilis with ocular involvement and organism-depleted lesions. Clin Infect Dis 2009; 48:83.
- 6) D'Amico R, Zalusky R. A case of lues maligna in a patient with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Scand J Infect Dis 2005; 37:697.
- 7) Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Frengi tedavisi: sistematik bir derleme. JAMA 2014; 312:1905.
- 8) Natural history of syphilis. In: Sexually Transmitted Diseases, Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, et al (Eds), McGraw-Hill, New York 1990. p.213.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



KONUŞMA ÖZETLERİ



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamuz anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



KURKUMİN: İNFLAMASYON, KANSER, ANTIAGING

Hülya Cenk

Pamukkale Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

Özet

Kurkuma longa bitkisinin kökleri zencefil ailesine ait turmerik olarak bilinmektedir. Polifenol yapıdaki kurkumin, turmeriğin ana biyoaktif komponentini oluşturmaktadır. Kurkumin, yaklaşık 4000 yıldır, Asya ve Orta Doğu’da geleneksel bir ilaç olarak kullanılmaktadır. Kurkumin ilk olarak 1949 yılında bakteriyostatik özelliğiyle literatürdeki yerini aldıktan sonra, nöroprotektif, kardiyoprotektif, antidiyabetik, antihiperlipidemik ve immünmodülatuar etkileri ile birçok alanda kullanılmıştır. Topikal, oral ve intravenöz formları da bulunan kurkumin, dermatolojik hastalıklarda, antiinflamatuvar, antitümoral ve antioksidan etkileri ile dikkat çekmektedir.

Antiinflamatuvar etkilerini daha çok nükleer faktör kappa beta ve tümör nekroz faktörü- α 'yı inhibe ederek göstermektedir. Psoriasis ve atopik dermatitle ilgili yapılan çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı iyileşme olduğu gösterilmiştir. Asitretin kullanan psoriasis hastalarında, hastalar oral kurkumin ile desteklendiğinde, kolesterol seviyelerinin daha iyi kontrol altında tutulduğu ve psoriatik lezyonlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde iyileşme görüldüğü bildirilmiştir.

Antitümöral etkisi ile ilgili çalışmalara bakıldığında; ultraviyole ile tetiklenen deri kanserlerini azalttığı, karsinogenezdeki birçok basamağı inhibe ettiği, malign melanom gelişimindeki sinyal yollarını inhibe ettiği gösterilmiştir. Bunun dışında skuamöz hücreli ve bazal hücreli kanserlerle ilgili yapılan, çoğunlukla fotodinamik tedavi esasına dayanan çalışmalarla antikanser tedavide etkili olduğu gösterilmiştir.

Topikal ve oral olarak uygulandığında antioksidan etkisi nedeniyle fotoprotektif etkinliğe sahip olduğu ve jelatinaz enzimini inhibe ederek deri elastikiyetini artırdığı, matriks metalloproteinaz enzim inhibisyonuyla deride kollajen artışına yol açtığı ve transepidermal su kaybını azalttığı gösterilmiştir. Bu nedenle yaşlanma karşıtı tedavilere adjuvan olarak kullanılabilirliği düşünülmektedir.

Hafif gastrointestinal şikayetler, demir şelasyonuna bağlı demir eksikliğine yol açabilmesi, sitokrom p450 enzim inhibisyonu ve antikoagülasyon etkisi, kurkumini kullanırken dikkat edilmesi gereken yan etkiler arasındadır.

Kurkumin, antiinflamatuvar, antioksidan, antikanser etkilerinin yanında, yüksek tolerabilitesi, düşük yan etki profili ve hastaların doğal tedavilere olan ilgisi nedeniyle, dermatolojik hastalıklarda giderek artan oranda kullanılmaya başlamıştır, fakat tüm bitkisel takviyelerde olduğu gibi, kurkumin için de ileri çalışmalara ihtiyaç devam etmektedir.

Anahtar kelimeler: kurkumin, antiinflamatuvar, antioksidan, fotoproteksiyon, antiaging, antikanser, psoriasis



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



MİKOZİS FUNGOİDES RADYOTERAPİNİN YERİ

Dr. Öğretim Üyesi Özlem Aynacı

Primer deri lenfomaları (PDL) farklı histoloji, immunofenotip ve prognoz ile seyreden T ve B lenfositlerinden köken alan heterojen bir grup hastalıktır. Tüm deri lenfomalarının %40'ını oluşturan Mikozis fungoides (MF), en yaygın görülen kutanöz T hücreli lenfomalardır (1). Olguların %3-5'inde Sezary Sendromu (SS) gelişir. Epidermotropik CD4+ T hücrelerinin monoklonal çoğalmasıyla karakterize MF'de etyopatogenez net değildir (2). Deri lezyonunun tanımlanması (yama/plak, tümör ve eritrodermi), lenf nodlarının ve diğer organların muayenesi tanı koymada ve tedavi kararında en önemli basamaktır. Yama ve plak evresinde prognoz mükemmel iken, tümöral lezyon ve eritrodermik deri tutulumu kötü prognoz işaretidir. %50 den fazla deri hastalıklarına benzemektedir. Şüpheli deri lezyonlardan (varsa >1,5 cm, sert, düzensiz, kümelenme gösteren lenf bezlerinden) alınan 4 mm'den az olmayan eksizyonel- insizyonel veya punch deri biyopsi yapılır. Elde edilen materyallerde histopatolojik ve immünolojik değerlendirmeler yapılır. Biopsiden 2 -4 hafta önce tüm topikal ve sistemik tedaviler kesilmelidir. Tam kan sayımı, periferik yayma, akım sitometri (CD4/CD8 oranının yükselmesi) TCR gen düzenlenmesinin ve bazı olgularda doku-organ tutulumlarının tespit edilmesi için tomografi çalışmaları gerekmektedir.

MF için 1979'de TNM evreleme sistemi kullanılmaya başlanmış olup 2007'de Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Topluluğu- European Organization of Research and Treatment of Cancer (EORTC) ve Uluslararası deri lenfomaları topluluğu (International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL) tarafından revize edilmiştir (3). Evre IA, IB ve IIA erken evre; Evre IIB ve üzeri, yanıtız, kötü prognozlu olgular ileri evre olarak kabul edilir.

MF'de doğru tanı ve evreleme yapıldıktan sonra multidisipliner yaklaşım ve kişiye özel tedavi gerekir. Erken evre hastalığı olanlar, deriye yönelik ve kombine biyolojik tedavilerle etkin bir şekilde tedavi edilebilir. Topikal kortikosteroidler, topikal nitrojen mustard, topikal beksaroten, lokal radyoterapi ve lokal PUVA tedavi seçenekleri arasındadır. Hastaların % 90 ve üzerinde klinik tama yanıt elde edilse de, olguların önemli bir kısmında tedaviden yaklaşık 12-14 ay sonra nüksler görülmektedir (4,5). Tekrarlayan olgularda kombine ve sistemik tedaviler önerilmektedir.

Lokal radyoterapi erken evre hastalıkta etkin tedavi modaliteleri arasındadır. Tam cevap oranları T1 evresinde % 90'larda, T2 evresinde %76-90 arasındadır (6,7). Lezyon çevresine küratif amaçlı tedavilerde 2 cm, palyasyon gerektiren lezyonlarda 1-2 cm emniyet sınırı oluşturarak tedavi alanları belirlenir. Cilt lezyonlarında daha yüksek etki bırakabilen elektronlar öncelikle tercih edilen radyasyon türüdür. Günlük 2 Gy dozlarla toplam 24-30 Gy küratif doz; aynı günlük dozlarla toplam 8-12 Gy palyatif dozlar olarak sıklıkla kullanılmaktadır (8).



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



T3 ve üzeri olgularda tüm cilt elektron ışınlamaları (Total skin electron irradiation- TSEI) uygulanabilmektedir. 1900 'lu yıllarda düşük enerjili X ışınları kullanılmakta iken 1930'lu yıllarda ciltte daha yüksek dozların oluşturulduğu ve cilt altı dokularda bu dozun en aza indirildiği elektronlar kullanılmaya başlanmıştır. Son yıllarda teknolojiye ilerlemelerle yüksek enerjili X ışınları ile çalışmalar artırılarak tedavi etkinliği incelenmektedir. TSEI, geniş cilt alanlarını tutan malignitelerde, T hücreli deri lenfomaları, MF, Sezary sendromu, deri lösemileri, kaposi sarkomları tüm cildin elektron veya foton ışınları ile tedavi edildiği özel bir radyoterapi tekniğidir. Amaç tüm cilt yüzeyinde homojen doz dağılımı elde ederken cilt altındaki organları korumaktır. Kaynak-cilt mesafesi, hasta pozisyonu, kullanılan radyasyon türü ve yardımcı aparatlara göre RT tekniği belirlenmektedir. Cilt altındaki yapıların daha iyi korunması, cilt dozu homojenliği, yan etkilerin azaltılması ve hasta konforu bakımından mükemmelere ulaşmak için farklı ışınlama teknikleri geliştirilmiştir. 2002 yılında EORTC tarafından yayınlanan rapora göre TSEI 'Rotasyonel teknikler', 'geniş elektron alanı teknikleri' ve 'ışınlama sırasında hastanın konum değiştirmesini içeren teknikler' olarak üç başlık altında sınıflandırılmıştır (9). Günümüzde en yaygın hasta dönüşlü çoklu çakışan alanlar tekniği olarak bilinen Stanford Tekniği kullanılmaktadır. Stanford tekniğinin standart enerjisi 4 MeV olarak modifiye edilmiş ve TSEI uygulama standartları 1987 yılında yayınlanan AAPM 23 numaralı raporu ile belirlenmiştir (10). Yüzey dozu 30- 36 Gy 9-10 haftada 12 Gy2lik periyotlarla uygulanmaktadır. Her 12 Gy'de bir 10 gün ara verilir. Son yıllarda 12 Gy'lik düşük doz etkinliği de çalışmalarla karşılaştırılmaya başlanmıştır. Üç prospektif çalışmanın sonucunda 12 Gylik TSEI uygulamalarının güvenli ve etkin bir doz olduğu gösterilmiştir (11-13)

TSEI sonrası en sık görülen yan etkiler;

Bulantı, iştahsızlık,....

Geçici saç dökülmesi

Geçici tırnak büyümesinde durma

El ve ayaklarda ödem

Az miktarda burun kanamaları

El ve ayak parmaklarında su toplaması

Göz içi koruması nedeniyle korneada yaş (14)

Özetle;

MF hücreleri radyosensitiftir. Elektron tedavileri tüm radyoterapi merkezlerinde uygulanabilen yöntemlerdendir. TSEI uygulanacaksa özel deneyimli ekipler gerekmektedir. Altı alan Stanford tekniği güvenilirliği kanıtlanmış TSEI yöntemidir. Erken ve ileri evre, rekürren ve persistan lezyonlarda tek başına veya kombine tedavilerde uygulanabilecek önemli tedavi modalitesidir.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Kaynaklar

Ferahbaş A. Mikozis fungoides, klinik varyantları ve subtipleri. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007;17(4):242-51.

Whittemore AS, Holly EA, Lee IM ve ark. Mycosis fungoides in relation to environmental exposures and immune response: A case-control study. J Natl Cancer Inst 1989; 81: 1560–1567.

Olsen E, Vonderheid E, Pimpinelli N ve ark. ISCL/EORTC. Revisions to the staging and classification of mycosis fungoides and Sezary syndrome: a proposal of the International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL) and the cutaneous lymphoma task force of the European Organization of Research and Treatment of Cancer (EORTC). Blood 2007; 110: 1713-1722.

Horwitz SM, Olsen EA, Duvic M, Porcu P, Kim YH. Review of the treatment of Mycosis fungoides and Sezary syndrome: a stage based approach. J Natl Jompr Canc Netw 2008; 6: 436-442.

Trautinger F, Knobler R, Willemze R ve ark. EORTC consensus recommendations for the treatment of Mycosis fungoides/Sezary syndrome. Eur J Cancer 2006; 42: 1014- 1030.

Sager O, Gamsiz H, Dincoglan, ve ark. Radiotherapy for mycosis fungoides. 2017;3(1);1-5.

Jones G, Wilson LD, Fox-Gougen L. Total skin electron beam radiotherapy for patients who have mycosis fungoides. Hematol Oncol Clin North Am. 2003;17(6):1421-1434.

Mazzeo E, Rubino L, Buglione M, et al. The current management of mycosis fungoides and Sezary syndrome and the role of radiotherapy: Principles and indications. Reports of Practical and Radiotherapy. 2014; 19:77-91.

Piotrowski T, Milecki P, Skorska M, Fundowicz D. Total Skin Electron Irradiation Techniques: a Review. Postep Derm Alergol. 2013;30(1):5-50.

Karzmark C, Anderson J, Buffa A, Fessenden P. Total Skin Electron Therapy: Technique and Dosimetry AAPM Report No:23. California.: American Institute of Physics, 1988.

Hoppe RT, Harrison C, Tavallae M, et al. Low-dose total skin electron beam therapy as an effective modality to reduce disease burden in patients with mycosis fungoides: Results of a pooled analysis from 3 phase- II clinical trials. J Am Acad Dermatol. 2014;72(2):286-292.

Georgakopoulos I, Papadavid E, Platoni K, et al. Clinical application of total skin electron beam (TSEB) therapy for the management of T cell cutaneous lymphomas. The evolving role of low dose (12 Gy) treatment schedule. Clinical and Translational Radiation Oncology. 2019;15;26-30.

Kroeger K, Elsayad K, Moustakis C, et al. Low-dose total skin electron beam therapy for cutaneous lymphoma: Minimal risk of acute toxicities. Strahlenther Onkol. 2017;193(12);1024-1030.

Hauswald H, Zwicker F, Rochet N, et al. Total skin electron beam therapy as palliative treatment for cutaneous manifestations of advanced, therapy-refractory cutaneous lymphoma and leukemia. Radiation Oncology. 2012;7;118.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



İNFLAMATUVAR HASTALIKLARIN DERİ BULGULARI

Erdal Pala

**Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,
Erzurum**

Hem Romatolojik hem de deri bulgusu ile seyreden birçok hastalık vardır. Sistemik lupus eritematozus, dermatomyozit ve Sistemik skleroz gibi bağ doku hastalıklarının, Psöriatik artrit, Reiter sendromu gibi spondilartropatilerin, Behçet hastalığı ve akut eklem romatizmasının deri bulguları tanı için önemlidir.

REİTER SENDROMU:

- Reiter sendromu, artrit, üretrit ve konjonktivit üçlüsünden oluşan deri bulgularının da eşlik ettiği reaktif artrit
- Reaktif artritli olguların %5-30'unda mukokutanöz bulgular bulunur.

Deride plazma hücreleri ve lenfositlerden zengin inflamasyon bulguları görülür (1).

BEHÇET HASTALIĞI:

Oral ülserasyonlar:

Tekrarlayan oral aftlar bir yıl içinde en az 3 kez tekrar eden hekim yada hasta tarafından tespit edilen minör, majör veya herpetiform ülserasyonlar olarak tarif edilir. Lezyonlar net sınırlara sahiptir. Ülser tabanında sarı-beyaz nekrotik psudomembran bulunmaktadır (2).

Genital ülserasyonlar:

Morfolojik olarak oral aftlara benzer ve oldukça ağrılıdır. 2-4 hafta içinde, sıklıkla skar bırakarak iyileşir. Skar oluşumu, aktif lezyonun bulunmadığı durumlarda tanınışal açıdan kolaylık sağlamaktadır. Keskin bir sınıra sahip olan ülserlerin tabanı fibrin tabaka ile kaplıdır ve çevresinde ödemli bir alan bulunur(3).

Deri Bulguları:

Eritema nodozum sıklıkla alt ekstremitelerde görülen 1-5cm çapında ağrılı, sert, eritemli lezyonlarla karakterize nodüllerdir. Sıklıkla alt ekstremitte pretibial bölgede, simetrik olarak yerleşir ancak kollar, kalça veya uyluk bölgesinde de görülebilir(4).

Yüzeysel ve gezici tromboflebit, özellikle erkek Behçet hastalarında sık görülen lezyonlardır. Nodüller çoğunlukla tibia mediyal yüzde ve vena safena magna trasesi boyunca lineer olarak yerleşir (5).



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



Behçet hastalığında sık görülen kutanöz belirtilerden biride papülopüstüler lezyonlardır. Sıklıkla sırtta, göğüs ön duvarında ve omuzda görülürken, akne vulgarisin aksine yüz bölgesinde nadiren rastlanır. Behçet hastalığının papülopüstüler lezyonları artrit e eşlik ettiği hastalarda daha sık görülür (6).

Paterji testi; Paterji testi Behçet hastalığı tanısında ve hastalık aktivitesi değerlendirilmesinde kullanılan bir testtir Minör travma sonrası görülen ve derinin aşırı duyarlılığını yansıtan bir testtir (7).

Diğer kutanöz lezyonlar:

Akut gelişen, sıklıkla yüzde ve ekstremitelerde yerleşen ağrılı ve eritemli papül ve nodüller ile seyreden Sweet sendromu görülebilir. Palpabl purpuralar, subungual infarktlar, piyoderma gangrenozum benzeri ülserasyonlar veya eritema multiforme benzeri lezyonlar Pernio benzeri lezyonlar, nötrofilik ekrin hidradenit görülebilir (8).

PSÖRİASİZ:

Eritelim, skuamlı bir hastalıktır. Üzerinde- Parlak gümüş sedefi renkte skuamaların olduğu plaklar, Ekstensör bölgeler, diz, dirsek saçlı deri ,tırnaklar ve sakral bölge sıklıkla tutulur. Yaygın beyaz-gümüş rengi skuamalar ve tabanında eritemle karakterize; genellikle saçlı deri sınırını geçer. Retroauriküler ve frontal saç sınırları daha çok etkilenir (9).

AUSPİTZ FENOMENİ;

Lezyon kazındığında önce mum lekesi gibi skuamaların dökülmesi ve sonra noktavi kanama odaklarının görülmesi psöriazis bulgusudur.

Psoriasis ile komorbidite gösteren hastalıklar psoriatik artrit (PsA), obesite/metabolik sendrom, otoimmün hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, uyku apnesi, alkolik olmayan steatohepatoz ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olarak bilinir.

Psoriatik artrit psoriasisli hastaların yaklaşık %5-30’unda gözlenir. Olguların çoğunda deri bulguları eklem bulgularından önce görülür. Yaklaşık %10 hastada PsA deri lezyonlarından önce başlar. Sabahları 30 dakikadan uzun süren el, ayak, kalça eklemde tutukluk olup olmadığı rutin anamnezde sorgulanmalıdır Dermatolojik muayenede, tendon, ligaman ve eklem kapsülünün kemiğe yapıştığı alanlarda inflamasyon olup olmadığına, entezit ve daktilit varlığına dikkat edilmeli, gerekli görüldüğünde X-ray, serum inflamatuvar belirteçleri ve romatoloji konsültasyonu istenmelidir (10).

Pitting %29 Renk değişikliği %11, Onikoliz, subungal hiperkeratoz sıklıkla psoriasis vulgarise eşlik eder nadiren ilk ve tek bulgudur. PSA lı hastaların%80’inde tırnak değişiklikleri görülür. Tırnak psöriazisi ile distal interfalangeal eklem tutulumu arasında güçlü bir ilişki gösterilmiştir.

PÜSTÜLER PSÖRİAİS:

Generalize püstüler psoriasis otoinflamatuvar hastalık olarak kabul ediliyor. Genetik geçişlidir. Özellikle IL-1 ve IL36 proteinlerinde ekspresyon ya da fonksiyon bozukluğundan kaynaklanır. Tetikleyiciler ; İlaçlar, Bakteriyel infeksiyonlar, Güneş yanıkları, Katran kullanımı, Emosyonel stres, Aşılar, Hipokalsemi, Kortikosteroid kesilmesidir (11).



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



SİSTEMİK POLİARTERİTİS NODOZA (PAN):

Deride eritem, Digital gangren, Peteşi ve purpurik lezyonlar, Damar trasesi boyunca dağılan subkutanöz nodüller (ülserle olabilirler), En tipik ve en sık bulgusu ağrılı pembe-mor kırmızı renkte nodüllerdir. Kutanöz poliarteritis nodosa ile ilişkili durumlar arasında streptokok enfeksiyonları, inflamatuvar bağırsak hastalığı ve hepatit B ve C yer alır (12).

ROMATOİT ARTRİT:

Nodüller, olekranon gibi basınç noktalarında yaygındır, ancak vücudun her yerinde bulunabilir. İlk başvurusunda % 7 hastalık seyrinde %30-40 hastada bildirilmiştir. Genellikle RF+ dir. RA seyrinde vaskülit ve buna bağlı ülserle lezyonlar ve nötrofilik dermatitler ortaya çıkabilir. Nodülleri olanlarda vaskülit gelişme ihtimali daha fazladır. Pyoderma gangrenozum ve Sweet sendromu RA’de de görülebilmektedir (13).

SJÖGREN SENDROMU:

Tükürük bezi tutulumları (lenfositik infiltrasyonu ve B lenfosit hiperreaktivitesi ile karakterize) kronik, sistemik, otoimmün bir hastalıktır. En sık deri bulgusu kserosizdir. Kuruluğa bağlı olarak ciltte kaşıntı, kepeklenme ve saçlarda parlaklık kaybı, Ağız kuruluğu, Oral enfeksiyonlarda artış, Diş ve dişetlerinde sorunlar, Dilde fissürler, papilla kaybı, vaskülit ve reynaud fenomeni eşlik edebilir (14).

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUZ:

SLE poliklonal B hücre aktivasyonu ve otoantikörler ile karakterize, kronik, inflamatuvar, otoimmün sistemik bir hastalıktır.

Mukokutanöz semptomlar:

SLE’ye spesifik olanlar:

Akut; Lokalize, Jeneralize

Subakut; Anüler, Papuloskuamoz (psoriaziform)

Kronik; DLE , Verrüköz DLE , Lupus pannikülit, Mukosal LE

SLE spesifik olmayanlar:

Kutanöz vasküler hastalık; Vaskülit, Livedo retikularis, Tromboflebit

Diğerleri; Ürtiker, akantozis nigrikans, periungal telenjektazi, Eritema multiforme, bacak ülserleri, lichen planus, alopesi, romatoid nodüller.

SLE ‘de Deri Bulguları ortalama % 73 hastada görülür. Malar raş; Akut bulgulardan Klasik «kelebek şeklinde», genellikle güneşe maruziyet ile ortaya çıkan, eritemli, ciltten kabarık, nazolabial sulkusların korunduğu lezyondur (15).



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



SAPHO:

SAPHO (sinovit, akne, hiperostoz ve osteit) sendromu kemik, eklem ve deri tutulumuyla seyreden, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Dermatolojik olarak ise palmoplantar püstüloz, püstüler psoriazis, akne konglobata, akne fulminans, süpüratif hidradenitis gibi çeşitli bulguların tespit edildiği bir hastalıktır (16).

SARKOİDOZ:

Sistemik granülomatöz bir hastalıktır. Kutaneoz sarkoidoz hastaların ¼ 'ünde görülür. Sarkoidozun spesifik deri belirtileri papüller, nodüller, plaklar ve atrofik veya ülseratif lezyonlar. Atrofik ve/veya ülseratif lezyonlar olarakta karşımıza çıkarlar ve venöz ülser sanılarak yanlış tanı alabilirler.

Lupus pernio; Lupus pernio özellikle kadınlarda görülmektedir. Birçok hastada solunum yolu ve Akciğer tutulumu mevcuttur. Tedavi edilmezse infiltrate olur kıkırdak ve kemik erozyonuna neden olur. Sarkoidoz için eritema nodosum-nonspesifik bulgudur (17).

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ – FMF:

Peritonit, artrit veya plörit ile birlikte ateş ataklarının eşlik ettiği genetik geçişi olan otoinflamatuvar bir hastalıktır. %12-%40 oranında bildirilmiştir. Yanlış olarak sellülit, erizipel tanısı alabilirler. Dermatolojik bulgular nonspesifikdir (18).

SİSTEMİK SKLERODERMA:

Deri kalınlaşması, parmaklarda şişlik, el sertliği ve / veya ağrılı distal parmak ülseri olan hastalarda Sistemik skleroderma tanısı akla gelmelidir. Azalmış ağız açıklığı, perioral deride sertleşme sıkılaşıma gerilme ile kuru muköz membranlar, dudakların etrafında oluklanma, diş etinin gerilemesi ve dişlerin gevşemesiyle seyreden periodontal hastalık, dudaklarda ve dilde telenjektaziler olabilir (19).

DERMATOMİYOZİT; DERİ TUTULUMU:

UV maruziyeti ile ilişkili olabilir. Ellerde dorsal yüzde eklem bölgelerinde, morumsu, pembemsi papüller. Kas bulgularından önce veya eşzamanlıdır. Kas güçsüzlüğü tedaviye yanıt verse bile deri bulguları tedaviye dirençli olabilir. Gottron papülleri: En spesifik bulgu. Daha çok elde dorsal yüzde eklem bölgelerinde, morumsu, pembemsi papüller El bileği, ayak bileği, dizde de olabilir. Psoriasis benzeyebilir (20).

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARINDA DERİ BULGULARI:

En sık kutanöz bulguları eritema nodosum ve pyoderma gangrenozumdur. Bağırsakla ilişkili dermatit-artrit sendromu, Sweet sendromu, Metastatik chron hastalığı, Vaskülit, Akkiz epidermolizis bülloza, Psoriazis, Aseptik apse sendromu olabilir (15).

RELAPSİNG POLİKONDRİT:

Relapsing polikondrit, kıkırdak dokuların tekrarlayan inflamasyon atakları ve yıkımı ile karakterize, nadir görülen bir otoimmün bozukluktur. Kulak kıkırdağında enfeksiyöz selülit benzeyen kırmızı kulak iltihabı en sık görülen bulgudur. Burun kıkırdağı tutulmasına bağlı semer burun, trakea kıkırdağı tutulmasına bağlı solunum problemleri ve artrit görülür. Kalp kapağı ,sinir sistemi, göz ve renal tutulumda eşlik edebilir (21).



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinarius Profesör Dr. Hüseyin Behçet Hocamız anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



KAYNAKLAR:

1. Bölükbaşı N. Reaktif artritler "Reiter sendromu" klinik, radyolojik ve laboratuvar özellikler. Romatizma. 2000; 15:23–29
2. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. International Study group for Behçet's Disease. Lancet. 1990;335:1078.
3. Mat C, Goksugur N, Engin B, Yurdakul S, Yazıcı H. The frequency of scarring after genital ulcers in Behçet's syndrome: a prospective study. Int j Dermatol. 2006;45:554-6.
4. Demirkesen C, Tuzuner N, Mat C, et al. Clinicopathologic evaluation of nodular cutaneous lesions of Behçet syndrome. Am j Clin Pathol. 2001;116:341-6.
5. Tunç R, Saip S, Siva A, Yazıcı H. Cerebral venous thrombosis is associated with major vessel disease in behçet's syndrome. Ann Rheum Dis. 2004;63:1693-4.
6. Alpsoy E, Aktekin M, Er H, Durusoy Ç, Yılmaz E. A randomized, controlled and blinded study of papulopustular lesions in Turkish Behçet's patients. Int j Dermatol. 1998;37:839-42.
7. Friedman-Birnbaum R, Bergman R, Aizen E. Sensitivity and specificity of pathergy test results in Israeli patients with Behçet's disease. Cutis 1990;45:261-4.
8. Magro CM, Crowson AN. Cutaneous manifestations of Behçet's disease. Int j Dermatol. 1995;34:159-65.
9. Mrowietz U, Steinz K, Gerdes S. Psoriasis: to treat or to manage? Exp Dermatol 2014;23:705-9.
10. Enno C, Mrowietz U. Psoriasis. In: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC (eds). Braun-Falco's Dermatology. 3rd ed. Springer, New York. 2009
11. Umezawa Y, Ozawa A, Kawasima T, Shimizu H, Terui T, Ikeda S, Ogawa H, Kawada A, Tezuka T, Harada S. Therapeutic guidelines for the treatment of generalized pustular psoriasis (GPP) based on a proposed classification of disease severity. Arch Dermatol Res 2003; 295: 43-54.
12. Merkel P.A. Clinical manifestatitons and diagnosis of polyarteritis nodosa in adults. Treatment and prognosis of polyarteritis nodosa. In: UpToDate, Hunder G.G, Curtis M.R.C. Waltham, MA: UpToDate; 2016.
13. Sayah A, English JC 3rd. Rheumatoid arthritis: a review of the cutaneous manifestations. J Am Acad Dermatol 2005;53:191-20.
14. Fox RI. Sjogren's syndrome. Lancet 2005;366 (9482):321-31.
15. Lebowitz M. Cutaneous manifestations of systemic diseases. ACP Medicine, 2008.
16. Sallés M, Olivé A, Perez-Andres R, Holgado S, Mateo L, Riera E, et al. The SAPHO syndrome: a clinical and imaging study. Clin Rheumatol 2011;30(2):245-9.
17. Wanat KA, Rosenbach M. Cutaneous sarcoidosis. Clin Chest Med 2015;36(4):685-702.
18. Tunca M, Akar S, Onen F, Ozdogan H, Kasapcopur O, Yalcinkaya F, et al. Familial Mediterranean fever (FMF) in Turkey: results of a nation wide multicenter study. Medicine (Baltimore) 2005;84(1):1-11.
19. Baroni SS, Santillo M, Bevilacqua F, Luchetti M, Spadoni T, Mancini M, et al. Stimulatory autoantibodies to the PDGF receptor in systemic sclerosis. N Engl J Med 2006; 354: 2667-76.
20. Kasteler JS, Callen JP. Scalp involvement in dermatomyositis: often overlooked or misdiagnosed. JAMA 1994; 272: 1939-41.
21. Puéchal X, Terrier B, Mouthon L, Costedoat-Chalumeau N, Guillevin L, Le Jeune C. Relapsing polychondritis. Joint Bone Spine 2014 Mar;81:118-24.



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet Hocamuz anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



İNDEKS



AVRASYA MULTİDİSİPLİNER DERMATOVENEROLOJİ GÜNLERİ

“İnflamasyon ve Antiaging”

Ordinaryüs Profesör Dr. Hüseyin Bekçet Hocamıza anısına

04 - 07 KASIM 2021
SPICE HOTEL - BELEK

Antalya



-A-

Ağaoğlu, Esra SS-06
Ağkurt, Tunçay PS-02
Akman Karakaş, Ayşe SS-02
Akpolat, Nebahat Demet SS-04
Altınışik, Muhammed SS-03
Alyanak, Alper SS-01
Atsü, Ayşe Nihan SS-05

-B-

Bal Akdoğan, Melis PS-06
Bayram, Nurgül PS-10
Bilaç, Cemal PS-09
Bilgiç, Aslı SS-02
Bingöl, Merve PS-08
Bozca, Burçin Cansu SS-02

-C-

Caf, Nazlı SS-05
Calp, Rümeyza PS-12

-Ç-

Çatak, Binali SS-06
Çolak, Sanem PS-08

-D-

Dicle, Özlem SS-02
Dönmez, Levent SS-02

-E-

Ekren Öztürk, Merve PS-06
Erdogan, Bilgen PS-04
Erdogan, Bilgen PS-10, PS-11
Ezime, Osman PS-11

-G-

Gökdeniz, Osman SS-05
Gökyayla, Ece PS-05, SS-03
Gümüş, Buse PS-05
Gündüz, Kamer PS-03
Gündüz, Müge PS-09
Güngör, Malik SS-02
Güven, Melike PS-07

-K-

Karaca Ural, Zeynep SS-06
Kartal, Selda Pelin PS-06

-M-

Melikoğlu, Mehmet PS-07, PS-01,
PS-12, PS-08

-O-

Onsun, Nahide SS-01
Ortalık Devebacak, Elif SS-01

-Ö-

Özdemir, Adem SS-02
Özkürkçü, Esra PS-06
Özler, Elif Nur PS-04

-P-

Pala, Erdal PS-07, PS-01,
PS-02, PS-12, PS-08

-S-

Sakız, Damlanur PS-11, PS-04
Soğuksu, Ahmet Onur PS-01, PS-02

-T-

Temiz, Peyker SS-03
Topkarcı, Zeynep PS-10, PS-11,
PS-04
Türe Avcı, Beyza PS-05, PS-03
Türel Ermertcan, Aylin PS-05, SS-03
Türkoğlu, Zafer SS-05

-Y-

Yılmaz, Oğuz SS-02

