



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND
COSMETOLOGY CONGRESS

08 - 12 HAZİRAN / JUNE 2022

PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya

TAM METİN BİLDİRİ VE
PROGRAM KİTABI





**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya **TURKEY**

KURULLAR

ONURSAL BAŞKANLAR

Prof. Dr. Zafer Kurumlu - Prof. Dr. Akın Aktaş

ORGANİZASYON KURULU

Kongre Başkanları

Prof. Dr. Mustafa Turhan Şahin - Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu

Kongre Eş Başkanı

Prof. Dr. Sanan Karimov

Kongre Sekreterleri

Prof. Dr. Nilgün Solak - Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala - Uzm. Dr. Rasime Erkan

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Zafer Kurumlu

Prof. Dr. Akın Aktaş

Prof. Dr. Meltem Önder

Prof. Dr. Mustafa Turhan Şahin

Prof. Dr. Erol Koç

Prof. Dr. Nilgün Solak

Prof. Dr. Aylin Türel Ermertcan

Prof. Dr. Zekayi Kutlubay

Prof. Dr. Selma Emre

Prof. Dr. D. Deniz Demirseren

Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu

Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala

Uzm. Dr. Rasime Erkan

Uzm. Dr. Hacı Ali Telbisoğlu

Uzm. Dr. Eda Tiftikçi

Uzm. Dr. Beliz Durmuş

Uzm. Dr. Hüray Hügül

Uzm. Dr. Zeynep Topkarcı

Uzm. Dr. Ayşe Nalan Avcı

Uzm. Dr. Cüneyt Soyol

Uzm. Dr. Pınar Yönter

Uzm. Dr. Funda Taş

Dr. Ahmet Onur Soğuksu

BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KURULU

Prof. Dr. Ercan Arca

Prof. Dr. Kenan Aydoğan

Prof. Dr. D. Deniz Demirseren

Prof. Dr. Selma Emre

Prof. Dr. Aylin Ermertcan

Prof. Dr. Kamer Gündüz

Prof. Dr. Işıl İnanır

Prof. Dr. Selda Pelin Kartal

Prof. Dr. Meltem Önder

Prof. Dr. Nilgün Solak

Prof. Dr. M. Turhan Şahin

Prof. Dr. Hatice Uce Özkul

Doç. Dr. Filiz Canpolat

Doç. Dr. Ercan Çalışkan

Doç. Dr. Bengü Çevirgen Cemil

Dr. Öğr. Üyesi Handan Bilen

Dr. Öğr. Üyesi Merve Erkayman

Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala

İsimler akademik ünvanlarına göre soyadı alfabetik sıralanmıştır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya **TURKEY**

KURULLAR

BİLİMSEL PROGRAM KURULU

Prof. Dr. Ayşe Akman Karakaş
Prof. Dr. Varol Lütfü Aksungur
Prof. Dr. Akın Aktaş
Prof. Dr. Meltem Alkan Melikoğlu
Prof. Dr. Ercan Arca
Prof. Dr. Kenan Aydoğan
Prof. Dr. Kıymet Baz
Prof. Dr. Andreas Blum
Prof. Dr. Emel Bülbül Başkan
Prof. Dr. Mir Riad Cavadzade
Prof. Dr. Selma Emre
Prof. Dr. Gönül Ergenekon
Prof. Dr. İjlal Erturan
Prof. Dr. Ayten Ferahbaş Kesikoğlu
Prof. Dr. Müzeyyen Gönül
Prof. Dr. Ayla Gülekon
Prof. Dr. Kamer Gündüz
Prof. Dr. Mehmet Ali Gürer
Prof. Dr. Kei Ikeda
Prof. Dr. Serhat İnalöz
Prof. Dr. Işıl İnanır
Prof. Dr. Başak Kandi
Prof. Dr. Ayşe Serap Karadağ
Prof. Dr. Ali Karakuzu
Prof. Dr. Sanan Karimov
Prof. Dr. Selda Pelin Kartal
Prof. Dr. Erol Koç
Prof. Dr. Nellie Konnikov
Prof. Dr. Ahmet Nezhik Kök
Prof. Dr. Zafer Kurumlu
Prof. Dr. Zekayi Kutlubay
Prof. Dr. Mümtaz Mazırcıoğlu
Prof. Dr. Meltem Önder
Prof. Dr. Günseli Öztürk
Prof. Dr. Ali Haydar Parlak
Prof. Dr. Nilgün Solak

Prof. Dr. Özlem Su Küçük
Prof. Dr. Mustafa Turhan Şahin
Prof. Dr. Özgür Timurkaynak
Prof. Dr. Zafer Türkoğlu
Prof. Dr. Ümit Türsen
Prof. Dr. Yalçın Tüzün
Prof. Dr. Hatice Uce Özkul
Prof. Dr. Derya Uçmak
Prof. Dr. Soner Uzun
Prof. Dr. Harun Üçüncü
Prof. Dr. Shyam Verma
Prof. Dr. Şahin Yazar
Prof. Dr. Mehmet Yıldırım
Prof. Dr. Ertan Yılmaz
Prof. Dr. Selçuk Yüksel
Prof. Dr. İlkin Zindancı
Prof. Dr. Nuran Alli
Prof. Dr. D. Deniz Demirseren
Prof. Dr. Didem Dinçer Rota
Prof. Dr. Nursel Genç Dilek
Prof. Dr. Osman İsmail Özdel
Prof. Dr. Şirin Yaşar
Doç. Dr. Mustafa Aksoy
Doç. Dr. İsa An
Doç. Dr. Filiz Canpolat
Doç. Dr. Ercan Çalışkan
Doç. Dr. Bengü Çevirgen Cemil
Doç. Dr. Munise Daye
Ass. Dr. Kattlein França
Doç. Dr. Fatma Aslı Hapa
Doç. Dr. Nermin Karaosmanoğlu
Doç. Dr. Esra Koku Aksu
Doç. Dr. Ömer Kutlu
Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu
Doç. Dr. Yasemin Oram
Doç. Dr. Erdiç Terzi

Doç. Dr. Halil Yavuz
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Atcı
Dr. Öğr. Üyesi Handan Bilen
Dr. Öğr. Üyesi Hülya Cenk
Dr. Öğr. Üyesi Merve Erkeyman
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Esen
Dr. Öğr. Üyesi Hüray Hügül
Dr. Öğr. Üyesi Esra İnan Doğan
Dr. Öğr. Üyesi Eda Öksüm Solak
Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala
Dr. Öğr. Üyesi Belma Türsen
Uzm. Dr. Ayşe Nalan Avcı
Uzm. Dr. Dilek Başaran
Uzm. Dr. Tubanur Çetinarslan
Uzm. Dr. Beliz Durmuş
Uzm. Dr. Çiçek Durusoy
Uzm. Dr. Ertuğrul Eğin
Uzm. Dr. Rasime Erkan
Uzm. Dr. Nezhik Karaca
Uzm. Dr. Gaye Sarıkan Ünal
Uzm. Dr. M. Cüneyt Soyol
Uzm. Dr. Funda Taş
Uzm. Dr. Eda Tiftikçi
Uzm. Dr. Selçuk Toklu
Uzm. Dr. Zeynep Topkarcı
Uzm. Dr. Zeynep Utlu
Uzm. Dr. Ayşegül Yalçinkaya İyidal
Uzm. Dr. Abdullah Yıldız
Uzm. Dr. Pınar Yönter
Uzm. Dr. Kubilay Yücel
Uzm. Dr. Aslan Yürekli
Dr. Ece Gökyayla
Dr. Toni Lonescu
Dr. Lali Mekokishvili
Dr. Ahmet Onur Soğuksu

İsimler akademik ünvanlarına göre soyadı alfabetik sıralanmıştır.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

08 HAZİRAN 2022 ÇARŞAMBA

SALON 1

13.30-13.45 AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Oturum Başkanları: Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu, Uzm. Dr. Ertuğrul Eğin

13.30-13.45 Akılcı ilaç kullanımı
Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala

13.45-16.20 DERMATOSKOPİ OTURUMU

Oturum Başkanları: Prof. Dr. M. Turhan Şahin, Prof. Dr. Ercan Arca

13.45-14.05 Dermoskopik deneyimim: Sıradışı olgular
Prof. Dr. M. Turhan Şahin

14.05-14.25 SCC dermoskopisi
Prof. Dr. Ercan Arca

14.25-14.45 BCC dermoskopisi
Doç. Dr. Özgür Timurkaynak

14.45-14.50 Tartışma

14.50-15.15 Kahve arası



15.15-15.35 Poliklinikte sıradan bir gün
Uzm. Dr. M. Cüneyt Soyak

15.35-15.55 Bir asistanın dermoskopi maceraları
Dr. Ece Gökyayla

15.55-16.15 Melanoma at different areas of the body
Prof. Dr. Andreas Blum

16.15-16.20 Tartışma



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya **TURKEY**

BİLİMSEL PROGRAM

08 HAZİRAN 2022 ÇARŞAMBA

SALON 1

16.20-17.00 KONFERANS

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Sanan Karimov, Prof. Dr. M. Turhan Şahin

16.20-17.00 Melanoma: Know the basics and manage the complex

Prof. Dr. Andreas Blum

17.00-17.20 Kahve arası



17.20-18.05 ZÜHREVİ HASTALIKLAR

Oturum Başkanları:

Prof. Dr. İlkin Zindancı, Prof. Dr. Harun Üçüncü, Prof. Dr. Kenan Aydoğan

17.20-17.35 HIV deri belirtileri

Doç. Dr. Mustafa Aksoy

17.35-17.50 Kanser ve HPV ilişkisi, aşılar

Prof. Dr. Kenan Aydoğan

17.50-18.05 Sifiliz

Prof. Dr. İlkin Zindancı

18.05-19.05 DERMATOLOJİDE TANI VE TEDAVİ

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Varol Lütfü Aksungur, Prof. Dr. Akın Aktaş

18.05-18.20 Dokunsam mı? Dermatolojide palpasyonun dünü bugünü yarını

Prof. Dr. Varol Lütfü Aksungur

18.20-18.35 İntertrijöz bölge lezyonlarında ayırıcı tanı

Dr. Öğr. Üyesi Merve Erkeyman

18.35-18.50 PRF (trombositten zengin fibrin) ve uygulamaları

Prof. Dr. Ayşe Akman Karakaş

18.50-19.05 Oral mukozal hastalıkları, aft tanı zorlukları

Dr. Öğr. Üyesi Handan Bilen



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya **TURKEY**

BİLİMSEL PROGRAM

09 HAZİRAN 2022 PERŞEMBE

SALON 1

08.30-09.00 **AÇILIŞ**

09.00-10.20 **ANTIİNGİNG OTURUMU**

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Kıymet Baz, Prof. Dr. İjhal Erturan, Prof. Dr. Işıl İnanır

09.00-09.15 Antiagingde antioksidanlar ve vitaminler
Prof. Dr. Işıl İnanır

09.15-09.30 Antiaging beslenme
Prof. Dr. Kıymet Baz

09.30-09.45 Güneş koruyucular
Doç. Dr. Nermin Karaosmanoğlu

09.45-10.00 Hiyaluronik asitin farklı endikasyonlarda kullanımı
Dr. Öğr. Üyesi Belma Türsen

10.00-10.15 Saç dökümlerinde takviyeler
Dr. Öğr. Üyesi Hülya Cenk

10.15-10.20 Tartışma

10.20-10.40 **Kahve arası**



10.40-11.20 **UYDU SEMPOZYUMU 1**

abbvie

SKYRIZI ile fark yaratan etkililik ve iyileşen yaşamlar

Moderatörler: Prof. Dr. Selma Emre, Prof. Dr. Derya Uçmak

Konuşmacılar: Doç. Dr. İsa An, Uzm. Dr. Zeynep Topkarcı



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

09 HAZİRAN 2022 PERŞEMBE

SALON 1

11.20-12.30 TEDAVİDE ZORLANDIKLARIMIZ - 1

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ayla Gülekon, Prof. Dr. Özlem Su Küçük

11.20-11.35 Toksik epidermal nekroliz tedavisi

Prof. Dr. Müzeyyen Gönül

11.35-11.50 Hidradenitis supürativa

Prof. Dr. D. Deniz Demirseren

11.50-12.05 Herediter anjiyoödem güncel tedavisi

Prof. Dr. Özlem Su Küçük

12.05-12.20 SLE güncel tanı ve tedavi özeti

Prof. Dr. Meltem Alkan Melikoğlu 

12.20-12.30 Tartışma

12.30-13.30 Öğle yemeği





**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

09 HAZİRAN 2022 PERŞEMBE

E-POSTER ALANI

12.30-13.30	E-POSTER BİLDİRİ OTURUMU (PS-01 / PS-12)	KİOSK 1
	<i>Oturum Başkanları: Prof. Dr. İjlal Erturan, Uzm. Dr. Ayşe Nalan Avcı</i>	
PS-01	Wolf'un post-herpetik izotopik yanıtı olarak gelişen ürtikeryal vaskülit <i>Ece Gökyayla, Müge Gündüz, Aylin Türel Ermertcan</i>	
PS-02	Birt-Hogg-Dubé sendromlu bir olgu <i>Sheyda Gharehdaghi, Ahmet Soyugür, Esra Adışen, Betül Ögüt</i>	
PS-03	Medüller tiroid karsinomu tedavisinde vandetanip kullanımı sonrası ışıkla indüklenen deri toksitesisi: Olgu sunumu <i>Nur Büşra Akdağ, Murat Borlu, Salih Levent Çınar, Demet Kartal, Eda Öksüm Solak</i>	
PS-04	Kronik myeloid lösemi tanılı hastada tirozin kinaz inhibitörleri kullanımı ile indüklenen vitiligo-benzeri lezyonlar <i>İrem Özdemir, Name Cemşitoğlu, Muhammed Kaan Temirkaynak, Esra Adışen</i>	
PS-05	Burun üzerinde spontan regresyon gösteren nodül: Olgu sunumu <i>İbrahim Cem Hekimoğlu, Zafer Türkoğlu</i>	
PS-06	Kronik hidroksiüre kullanımına bağlı gelişen melanonisi striata, mukozal pigmentasyon ve aktinik keratoz: Olgu sunumu <i>Ayşenur Durdu, Muhammet Haneft Dirican, Demet Kartal, Salih Levent Çınar, Eda Öksüm Solak, Murat Borlu</i>	
PS-07	Aplazya kutis konjenitanın eşlik ettiği nadir bir sendrom olarak Adam's Oliver sendromu <i>Elif Bengü Daşcı, Perihan Öztürk, Mehmet Kamil Mülayim, Mine Müjde Kuş</i>	
PS-08	Klinik ve histopatolojik yaklaşım ile Pernio <i>Damla Gök</i>	
PS-09	Topikal insülin - bacak ülseri tedavisinde yeni bir yardımcı tedavi ajanı <i>Yusuf Can Edek, Esra Adışen, Ahmet Burhan Aksakal</i>	
PS-10	Psödopelad of Brocq <i>Ahmet Onur Soğuksu, Erdal Pala, Bilal Akif Babacan</i>	
PS-11	Prostat adenokarsinomlu diyabetik olguda penil ülser <i>Munise Daye, Büşra Duman, Selçuk Güven, Pembe Oltulu</i>	
PS-12	SARS-CoV-2 aşılı ile psoriasis alevlenmesi: Bir olgu <i>Yusuf Can Edek, Yelda Günsoy Kılıç, Esra Adışen</i>	



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

09 HAZİRAN 2022 PERŞEMBE

E-POSTER ALANI

12.30-13.30	E-POSTER BİLDİRİ OTURUMU (PS-13 / PS-24)	KİOSK 2
	<i>Oturum Başkanları: Doç. Dr. Erdinç Terzi, Dr. Öğr. Üyesi Çiğec Durusoy</i>	
PS-13	Ayak tabanında büllöz eritema ab iğne: Nadir bir yerleşim yeri <i>Murat Öztürk, Erhan Ayhan, İsa An</i>	
PS-14	Trigger factors in the development of rosacea <i>Abdulaziz Abdujabbarovich Yakubov</i>	
PS-15	Molecular genetic aspects: Bsm1 c.IVS7 gene polymorphism G>A VDR gene polymorphism and vitamin D content in blood serum in patients with vitiligo <i>Azizakhon Saidkasimovna Yakubova, Momin Masharipovich Jabbarov</i>	
PS-16	Renal transplantasyon sonrası gelişen erüptif sebace hiperplazi olgusu <i>Büşra Solak Esen, Merve Hatun Erkayman</i>	
PS-17	Manisa ilinde artan insidansı ile bir kutanöz leishmaniasis olgusu <i>Beyza Türe Avcı, Kamer Gündüz</i>	
PS-18	Sistemik kemoterapi ile tetiklenen aktinik keratoz inamasyonu: Olgu bildirisi <i>Dilay Yerlioğlu Ak, Şule Öztürk Sarı, Algün Polat Ekinci</i>	
PS-19	Kombine tedavi ile başarı sağlanan evre IIA MF olgusu <i>Rabia Yamak, Mehmet Melikoğlu</i>	
PS-20	Hipopigmente makül ayırıcı tanısında unutulmaması gereken bir tanı: Progresif maküler hipomelanozis <i>Rabia Yamak</i>	
PS-21	Ksantoma striatum palmare ile tanı konulan lipid metabolizma bozukluğu <i>Ecem Kaya Kızıoğlu, Demet Kartal, Salih Levent Çınar, Eda Öksüm Solak, Murat Borlu</i>	
PS-22	Liken pilanopilaris ile eş zamanlı ortaya çıkan liken planus follikülaris tumidus olgusu <i>Hilal Çolak, Mualla Polat, Çetin Boran</i>	
PS-23	Acil kliniğinden selülit nedeni ile konsulte edilen kurutlu skabies (norvec gali, kabuklu uyuz, scabies crustosa) olgusu <i>Rabia Yamak, Merve Hatun Erkayman</i>	
PS-24	Büllöz pemfigoid tanılı tedaviye dirençli genç bir hastada omalizumab tedavisine dramatik yanıt <i>Yasemin Erdem, Tuğba Atıcı, Ömer Mangır, Rifkiye Küçükkoğlu</i>	



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

09 HAZİRAN 2022 PERŞEMBE

SALON 1

13.30-14.20 TEDAVİDE ZORLANDIKLARIMIZ - 2

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Kamer Gündüz, Prof. Dr. Selçuk Yüksel

13.30-13.45 Hemanjiom, vasküler lezyonlar ve tedavi yaklaşımları

Prof. Dr. Şirin Yaşar

13.45-14.00 Atopik dermatit tedavisinde yenilikler

Prof. Dr. Kamer Gündüz

14.00-14.15 Pediatrik otoinflamatuar hastalıklar

Prof. Dr. Selçuk Yüksel

14.15-14.20 Tartışma

14.20-15.00 UYDU SEMPOZYUMU 2



**Tremfya ile ciltte hafıza hücrelerinde azalma ve
sürdürülebilir tam temizlenme**

Moderatörler:

Prof. Dr. Akın Aktaş, Prof. Dr. Hatice Uce Özkul, Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu

Konuşmacılar:

Prof. Dr. İlkin Zındancı, Prof. Dr. Didem Rota Dinçer, Uzm. Dr. Zeynep Topkarcı

15.00-15.20 Kahve arası





**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

09 HAZİRAN 2022 PERŞEMBE

SALON 1

15.20-17.00 PSORİAZİS OTURUMU

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Şahin Yazar, Prof. Dr. Emel Bülbül Başkan

15.20-15.35 Psoriasis patogeneğinde yenilikler

Prof. Dr. Emel Bülbül Başkan

15.35-15.50 Psoriasis tedavisinde yeni ufuklar

Doç. Dr. Fatma Aslı Hapa

15.50-16.05 Pediatrik psoriasis

Uzm. Dr. Zeynep Topkarcı

16.05-16.25 Psoriatic artrit

Prof. Dr. Kei Ikeda 

16.25-17.00 Tartışma

17.00-17.20 Kahve arası



17.20-18.00 UYDU SEMPOZYUMU 3

İmuneksFarma

Laktoferrinin dermatolojideki yeri ve kullanım alanları

Konuşmacı: Prof. Dr. Nilgün Solak

18.00-18.30 KONFERANS

Oturum Başkanı: Prof. Dr. M. Turhan Şahin

18.00-18.30 Psoriasisde psikodramatik grup terapisi

Prof. Dr. Osman İsmail Özdel

18.30-19.00 DEMODİCOS KURSU

Uzm. Dr. Aslan Yürekli



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

09 HAZİRAN 2022 PERŞEMBE

SALON 1

19.00-19.45 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU (SS-01 / SS-09)

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Hatice Uce Özkul, Prof. Dr. Derya Uçmak

- 19.00-19.05 **SS-01:** Dermatologların ve diğer hekimlerin dermatoloji hakkındaki görüş ve düşünceleri
Gaye Sülükçü, Işıl İnanır
- 19.05-19.10 **SS-02:** Erişkin ve çocuk hastalarda görülen ksantogranulomun klinik ve histopatolojik özellikleri
Fatma Kaya Kırış, Cem Leblebici, Vildan Manav, Asude Kara Polat, Ayşe Esra Koku Aksu
- 19.10-19.15 **SS-03:** Pigmente purpurik dermatozlu hastalarda ortalama trombosit hacminin değerlendirilmesi
Funda Erduran, Akın Aktaş
- 19.15-19.20 **SS-04:** Büllöz pemfigoid tanılı 6 hastada omalizumab deneyimi
Yusuf Mert Döş, Ayşe Esra Koku Aksu, Fatma Kaya Kırış
- 19.20-19.25 **SS-05:** Vitiligo hastalarda dermatolojik yaşam kalite indeksi uygulanarak yaşam kalitesinin etkilenme derecesinin belirtilmesi
Erdal Pala, Mustafa Atasoy
- 19.25-19.30 **SS-06:** Yüksek doz omalizumab tedavisi alan kronik spontan ürtikerli hastaların değerlendirilmesi: Tek merkezli 5 yıllık retrospektif bir çalışma
Yıldız Gürsel Ürün, Gülden Karakalem, Mustafa Ürün, Sezgi Sarıkaya Solak
- 19.30-19.35 **SS-07:** Behçet hastalarında kolşisin tedavisinin tam kan sayımına dayalı parametreler üzerine etkisi
Dilek Tezcan, Çağrı Turan, Sema Yılmaz, Zeynep Utlu
- 19.35-19.40 **SS-08:** 808 nanometre diod lazer ile epilasyon tedavisi uygulanmış hidradenitis süpürativa hastalarında hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesinin retrospektif değerlendirilmesi
Ahmet Kağan Özdemir, Emine Tamer
- 19.40-19.45 **SS-09:** Kronik spontan ürtikerde omalizumabın antiinflamatuvar etkinliğinin araştırılmasında yeni bir inflamatuvar belirteç: Sistemik immün inflamasyon indeksi (SII)
Nurcan Metin, Çağrı Turan



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

10 HAZİRAN 2022 CUMA

SALON 1

07.45-08.30 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU (SS-10 / SS-18)

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Kamer Gündüz, Prof. Dr. Işıl İnanır

- 07.45-07.50 **SS-10:** Altı kişilik bir ailede gelişen fitokontakt dermatit
Murat Öztürk
- 07.50-07.55 **SS-11:** Uzun dönem lepra komplikasyonlarının yönetimi: İki olgu sunumu
Ece Gökyayla, Gizem Özge Öztürk, Işıl İnanır
- 07.55-08.00 **SS-12:** Erkek Behçet hastalarında hormon düzeyleri
Tuna Sezer, Hilmi Cevdet Altınyazar, Rafet Koca, Nilgün Solak, Saniye Çınar
- 08.00-08.05 **SS-13:** Antimicrobial peptide cathelicidin LL37 within a complex skin in ammation
Marius Anton Ionescu
- 08.05-08.10 **SS-14:** The lupus signature: From type I interferonopathies to COVID-19
acro-syndromes
Marius Anton Ionescu
- 08.10-08.15 **SS-15:** Berber ve kuaförlerde demodeks akarı varlığı ve yoğunluğunun
prevalansı
Zuhal Metin, Koray Durmaz, Güzde Emel Gökçek
- 08.15-08.20 **SS-16:** 2010-2020 tarihleri arasında üçüncü basamak dermatoloji kliniğinde
yapılan yama test sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi
*Ayşe Nilhan Atsü, İbrahim Cem Hekimoğlu, Şenay Ağırğöl, Nazlı Caf,
Bilgen Erdoğan*
- 08.20-08.25 **SS-17:** Treatment of rosacea based on the rs1544410 polymorphism of the
VDR gene
*Saidkasim Saydazimovich Arifov, Oybek Abdujabbarovich Babajanov,
Kodirjon Tokhtabaevich Boboev*
- 08.25-08.30 **SS-18:** *Bu bildiri yazarları tarafından geri çekilmiştir.*



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

10 HAZİRAN 2022 CUMA

SALON 1

08.30-09.00 KONFERANS

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Sanan Karimov, Prof. Dr. Ümit Türsen

08.30-08.45 The science behind the use of botulinum toxin as a complementary treatment of depression

Ass. Prof. Katlein França 

08.45-09.00 Ürogenital klamidyada pratik tavsiyeler

Prof. Dr. Mir Riad Cavadzade

09.00-10.20 ULUSLARARASI DERMATOLOJİ DERNEĞİ (ISD) OTURUMU

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Nellie Konnikov, Prof. Dr. M. Turhan Şahin

09.00-09.15 Energy based devices in the treatment of rosacea

Prof. Dr. Nellie Konnikov / USA

09.15-09.30 Psoriasis ve metabolik sendrom

Prof. Dr. Sanan Karimov / Azerbaijan

09.30-09.45 New trends in rosacea management

Prof. Dr. Lali Mekokishvili / Georgia

09.45-10.00 Dermatophytosis

Prof. Dr. Shyam Verma / India

10.00-10.20 Systemic treatment in plaque psoriasis and psoriatic arthritis:
Which drug for which patient to meet patient's needs and expectations?

Prof. Dr. Toni Ionescu / France

10.20-10.40 Kahve arası





**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

10 HAZİRAN 2022 CUMA

SALON 1

10.40-11.20 UYDU SEMPOZYUMU 4

✓ TOBIO® PHARMACEUTICALS

**Kutanöz T Hücreli lenfoma tedavisinde
etkili ve güvenli seçenek Bexaten**

Moderatör: Prof. Dr. Serhat İnalöz

Konuşmacı: Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu

11.20-12.35 MİKOZİS FUNGOİDES OTURUMU

*Oturum Başkanları: Prof. Dr. Mehmet Ali Güreer, Prof. Dr. Günseli Öztürk,
Prof. Dr. Ertan Yılmaz*

11.20-11.50 MF mi, değil mi?

Uzm. Dr. Ayşegül Yalçınkaya İyidal

11.50-12.05 MF'de konvansiyonel

Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu

12.05-12.20 MF'de evreleme ve laboratuvar tetkikleri

Doç. Dr. Filiz Canpolat

12.20-12.35 Pediatrik MF

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Atıcı

12.35-13.30 Öğle yemeği





**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

10 HAZİRAN 2022 CUMA

E-POSTER ALANI

12.35-13.20	E-POSTER BİLDİRİ OTURUMU (PS-25 / PS-33)	KİOSK 1
	<i>Oturum Başkanları: Prof. Dr. Nursel Genç Dilek, Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala</i>	
PS-25	Piyoderma gangrenosum sebebiyle tedavi yöntemi değişen prostat kanseri olgusu <i>Munise Daye, Şeyma Kaya Bulut, Pembe Oltulu</i>	
PS-26	Ürtikeryal vaskülit etyolojisinde yeni bir ajan: SARS-CoV-2 <i>Ecem Ertürk, Yusuf Can Edek, Esra Adışen</i>	
PS-27	Clinical aspects of acne vulgaris in uzbek population. Acne vulgaris is a chronic, multifactorial disease of the sebaceous glands and hair follicles and still remains an urgent problem in dermatocosmetology <i>Nilufar Nusratullaevna Malikova, Saidkasim Saidazimovich Arifov</i>	
PS-28	Dowling-degos hastalığı: Bir olgu <i>Rabia Yamak, Merve Hatun Erkayman, Numan Bulut</i>	
PS-29	Atopik hastada gelişen kolinerjik ürtiker: Bir olgu <i>Rabia Yamak, Mehmet Melikoğlu</i>	
PS-30	Multiple mukokütanöz bulgular ile Cowden sendromu <i>Dilan Baştuğ, Ceyda Çaytemel, Ozan Erdem, Zafer Türkoğlu</i>	
PS-31	Eritemli annuler sınırlı ekstragenital liken sklerosus et atrofikus <i>Büşra Zıplar, Şenay Ağırgöl, Ozan Yıldırım, Fatmagül Kuşku Çabuk, Zafer Türkoğlu</i>	
PS-32	Hekim olmayan kişi tarafından uygulanan plazma cilt rejevunasyonu sonucu gelişen herpes aktivasyonu ve impetiginasyon olgusu <i>Aslan Yürekli, Esra Merve Evran</i>	
PS-33	Pakidermoperiostozis <i>Ahmet Onur Soğuksu</i>	



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

10 HAZİRAN 2022 CUMA

E-POSTER ALANI

12.35-13.20	E-POSTER BİLDİRİ OTURUMU (PS-34 / PS-45)	KİOSK 2
	<i>Oturum Başkanları: Doç. Dr. Halil Yavuz, Dr. Öğr. Üyesi Esra İnan Doğan</i>	
PS-34	Erişkin hastalarda da unutulmaması gereken bir tanı; el ayak ağız hastalığı <i>Rabia Yamak, Mehmet Melikoğlu</i>	
PS-35	Erasmus sendromu: Silika ilişkili sistemik sklerozis <i>Kamer Faruk Coşkun, Meryem Aysit, Şenay Ağırgöl, Begüm Çalım Gürbüz, Fatih Yıldırım, Zafer Türkoğlu</i>	
PS-36	Nadir bir erüptif ksantom olgusu: Palmar tuberoz ksantom <i>Elif Çetinkaya, Meryem Aysit, Şenay Ağırgöl, Kamer Faruk Coşkun, Seyran Özbaş Gök, Elif Gökçe Devocioğlu, Zafer Türkoğlu</i>	
PS-37	Orf sonrası gelişen lenfanjit: İki kardeş olgu <i>Sanem Çolak, Merve Bingöl, Erdal Pala</i>	
PS-38	Sistemik isotretinoin ve sistemik steroid ile tedavi edilen bir persistan rosacea vakası <i>Aylin Öztürk</i>	
PS-39	COVID-19 aşısı sonrası gelişen Steven Stevens-Johnson Sendromu-toksik epidermal nekroliz geçiş sendromu <i>Hülya Cenk, Mahmut Anıl Karataş, Niyazi Çetin, Şule Gökşin, Özge Sevil Karstarlı Bakay, Nida Kaçar</i>	
PS-40	Saçlı deride nevüs sebaceus üzerinde mavi nodül ile başlayan bazal hücreli kanser gelişimi <i>Elif Çetinkaya, Şenay Ağırgöl</i>	
PS-41	Risankizumab tedavisine cevap veren dirençli bir psoriasis vulgaris olgusu <i>Kağan Cingöz</i>	
PS-42	Pediyatrik yaygın kutanöz leishmaniazis olgusu <i>Afra Mualla Cesur, Bilgen Erdoğan, Zeynep Topkarcı, Nevin Hatipoğlu</i>	
PS-43	Renal hücreli karsinom deri metastazı <i>Sera Kayhan, Hatice Büşra Karaman, Akın Aktaş</i>	
PS-44	Metilfenidat ile tetiklenen Alopesi Universalis olgusu <i>Mehmet Ali Seyirci, Mehmet Yıldırım, İjlal Erturan, Selma Korkmaz, Havva Hilal Ayvaz Çelik</i>	
PS-45	Folikülit ile karıştırılan pyoderma gangrenosum olgusu <i>Mehmet Cirit, İjlal Erturan, Selma Korkmaz, Havva Hilal Ayvaz Çelik, Rahime Cankat Gürel, Mehmet Yıldırım</i>	



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

10 HAZİRAN 2022 CUMA

SALON 1

13.30-14.55 SİSTEMİK HASTALIKLAR VE DERMATOLOJİ

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Yalçın Tüzün, Prof. Dr. Ali Karakuzu

13.30-13.45 Romatolojik hastalıklarda estetik uygulamaların prosedürü
Prof. Dr. Ümit Türsen

13.45-14.05 Porfiriyalarda spot tanı ve tedavi
Doç. Dr. Esra Koku Aksu

14.05-14.30 Kırmızı yüz
Dr. Öğr. Üyesi Eda Öksüm Solak

14.30-14.45 Yeni nesil kemoterapötiklerin dermatolojik yan etkileri ve tedavisi
Uzm. Dr. Zeynep Utlu

14.45-14.55 Tartışma

14.55-15.15 Kahve arası



15.15-15.55 UYDU SEMPOZYUMU 5



Secukinumab ile psoriasisde hızlı, güvenli ve sürdürülebilir etkinlik

Moderatör: Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu

Konuşmacılar:

Doç. Dr. Ömer Kutlu, Uzm. Dr. Zeynep Topkarcı, Doç. Dr. Aslı Hapa

15.55-16.20 AKNE OTURUMU

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Soner Uzun, Prof. Dr. Mehmet Yıldırım

15.55-16.10 Akne de beslenme
Prof. Dr. Ayşe Serap Karadağ

16.10-16.20 Akne tedavisinde zorluklar
Prof. Dr. Ayten Ferahbaş Kesikoğlu



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

10 HAZİRAN 2022 CUMA

SALON 1

16.20-17.00 UYDU SEMPOZYUMU 6



Dermatolojide yeni nesil kök hücre teknolojileri

Konuşmacı: Prof. Dr. Zekayi Kutlubay

17.00-17.20 Kahve arası



17.20-17.50 KONFERANS

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Akın Aktaş

17.20-17.50 Estetik uygulamaları kapsamayan sigorta ve hukuki durumumuz
Prof. Dr. Ahmet Nezh Kök

17.50-19.05 ZOR HASTALIKLAR - 2

*Oturum Başkanları: Prof. Dr. Serhat İnalöz, Prof. Dr. Ali Haydar Parlak,
Prof. Dr. Selma Emre*

17.50-18.05 Leishmanianın farklı yüzleri
Doç. Dr. İsa An

18.05-18.20 Vitiligo tedavisinde yeni ufuklar
Doç. Dr. Bengü Çevirgen Cemil

18.20-18.35 Androjenetik alopeside FDA onaylı tedaviler
Doç. Dr. Munise Daye

18.35-18.50 Baska bir troponema! Bejel
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Esen

18.50-19.05 Nonenfeksiyöz ve enfeksiyöz yeni doğan hastalıkları
Uzm. Dr. Tubanur Çetinarslan



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

10 HAZİRAN 2022 CUMA

SALON 1

19.05-19.50 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU (SS-19 / SS-27)

Oturum Başkanları:

Prof. Dr. Mehmet Yıldırım, Prof. Dr. Nursel Genç Dilek, Dr. Öğr. Üyesi Esra İnan Doğan

- 19.05-19.10 **SS-19:** Androjenetik alopesi olgularında klinik ve dermoskopik bulguların değerlendirilmesi
Aslan Yürekli, Ercan Arca, Ercan Çaliskan
- 19.10-19.15 **SS-20:** Malassezia kolonizasyonunun maskne hastalarında, seboreik dermatit olgularında ve sağlıklı bireylerde karşılaştırılması
Ayşe Nilhan Atsü, Nazlı Caf, Defne Özkoca, Ozan Yıldırım, Zafer Türkoğlu, Çağrı Ergin
- 19.15-19.20 **SS-21:** Multiple sklerozlu bir hastada lineer eritemle karakterize ektoparazit olgusu
Zeynep Kulcu, Demet Çiçek
- 19.20-19.25 **SS-22:** Akne vulgarisli bireylerde hastalık şiddetinin yaşam kalitesi ve psikiyatrik komorbidite üzerine etkisinin değerlendirilmesi
Veysel Duru, Fatma Efsun Tanaçan, Ahmet Gül, Didem Dinçer Rota, Fatma Gülrü Erdoğan
- 19.25-19.30 **SS-23:** Postherpetik nevralji tedavisinde kryoanaljezi
M. Can Emeksiz
- 19.30-19.35 **SS-24:** COVID-19 pandemisi sırasında sağlık çalışanlarında gözlenen saç hastalıklarının incelenmesi: 513 katılımcı ile web tabanlı bir anketin sonuçları
Aysel Çakır, Ecem Bostan
- 19.35-19.40 **SS-25:** Non-melanom cilt kanserinde adjuvan radyoterapi sonuçlarımız
Lasif Serdar
- 19.40-19.45 **SS-26:** Pityriasis Rosea hastalarının demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi
Didem Kazan, Selve Arslan Uku, Nazlı Dizen Namdar
- 19.45-19.50 **SS-27:** Akne vulgaris hastalarında sosyal medya kullanımı ve diyet farkındalığı
Simay Bayrak Öztürk



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya **TURKEY**

BİLİMSEL PROGRAM

11 HAZİRAN 2022 CUMARTESİ

SALON 1

08.30-10.20 ESTETİK KOZMETİK DERMATOLOJİ KOZMETİK - 1 OTURUMU

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Gönül Ergenekon, Prof. Dr. Nuran Allı

08.30-08.50 Üst, orta yüz toksin uygulamaları
Prof. Dr. Didem Dinçer Rota

08.50-09.10 Alt yüz, boyun toksin uygulamaları
Doç. Dr. Ercan Çalışkan

09.10-09.40 Anatamik bölgelere göre dolgu uygulamaları. Üst/orta yüz
(alın, şakak, yanak, göz çevresi, burun, nazolabial bölge dolgusu)
Uzm. Dr. Nezih Karaca

09.40-10.10 Anatamik bölgelere göre dolgu uygulamaları. Alt yüz
(dudak, çene, jawline, mandibular bölge dolgusu)
Uzm. Dr. Kubilay Yücel

10.10-10.20 Soru ve katkılar

10.20-10.40 Kahve arası



10.40-11.10 ESTETİK KOZMETİK DERMATOLOJİ KOZMETİK - 2 OTURUMU

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

10.40-11.10 Lazerle leke, damar, skar, cilt yenileme tedavisi
Uzm. Dr. Abdullah Yıldız

11.10-11.50 UYDU SEMPOZYUMU 7

PRF (trombositten zengin fibrin) ve uygulamaları

Konuşmacı: Prof. Dr. Ayşe Akman Karakaş

Uygulama:

Uzm. Dr. Kifayet Mammadlı, Dr. Malik Güngör, Hemşire Fatma Erkuş



11.50-12.30 UYDU SEMPOZYUMU 8

Mezoterapi

Uzm. Dr. Gaye Sarıkan, Uzm. Dr. Eda Tiftikçi



12.30-13.30 Öğle yemeği





**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya **TURKEY**

BİLİMSEL PROGRAM

11 HAZİRAN 2022 CUMARTESİ

SALON 1

13.30-14.55 ESTETİK KOZMETİK DERMATOLOJİ KOZMETİK - 3 OTURUMU

Oturum Başkanları:

Prof. Dr. Zafer Türkoğlu, Prof. Dr. Selda Pelin Kartal, Doç. Dr. Yasemin Oram

13.30-13.55 Estetik kozmetik dermatolojide ip (PDO, PLLA, silikon kalıcı ip)

Uzm. Dr. Hüray Hügül

13.55-14.20 Estetik kozmetik dermatolojide kök hücre

Doç. Dr. Yasemin Oram

14.20-14.45 Estetik kozmetik dermatolojide PRP

Uzm. Dr. Selçuk Toklu

14.45-14.55 Soru ve katkılar

14.55-15.15 Kahve arası



15.15-15.35 MİNİ UYDU SEMPOZYUMU

KOCYİĞİT
MEDICAL ESTETİK

Secret altın iğne ile cilt tedavileri

Konuşmacı: Uzm. Dr. Dilek Başaran

15.35-19.00 DOLGU VE İP UYGULAMA

Oturum Başkanları:

Prof. Dr. Başak Kandi, Prof. Dr. Zekayi Kutlubay, Dr. Öğr. Üyesi Hüray Hügül

15.35-16.35 İp uygulama burun

Prof. Dr. Başak Kandi

16.35-16.45 Kahve arası



16.45-17.45 Dolgu uygulama

Prof. Dr. Zekayi Kutlubay

17.45-18.00 Kahve arası



18.00-19.00 İp uygulama

Dr. Öğr. Üyesi Hüray Hügül



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİLİMSEL PROGRAM

12 HAZİRAN 2022 PAZAR

SALON 1

08.30-08.50 KONFERANS

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Kamer Gündüz, Prof. Dr. Bilal Doğan

08.30-08.50 Tıbbi sahtekarlıklar: Yalancı bilim
Prof. Dr. Mümtaz Mazırcıoğlu

08.50-10.40 ESTETİK KOZMETİK DERMATOLOJİ KOZMETİK - 4 OTURUMU

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Meltem Önder, Prof. Dr. Erol Koç

08.50-09.10 Dolgu komplikasyon yönetimi
Prof. Dr. Erol Koç

09.10-09.30 Toksin komplikasyon yönetimi
Prof. Dr. Zekayi Kutlubay

09.30-09.50 Lazer komplikasyon yönetimi
Uzm. Dr. Abdullah Yıldız

09.50-10.10 İp komplikasyon yönetimi
Prof. Dr. Başak Kandı

10.10-10.30 Mezoterapi, PRP komplikasyon yönetimi
Prof. Dr. Meltem Önder

10.30-10.40 Soru ve katkılar

10.40-11.10 Kapanış Töreni



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

08 - 12 HAZİRAN / JUNE 2022

PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya

KONUŞMA ÖZETLERİ





**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

HER YÖNÜYLE AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Dr. Öğr. Üyesi Erdal Pala

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

Tüm dünyada ilaçların yaklaşık DSÖ'ye göre%50'si uygunsuz şekilde kullanılmaktadır. Akılcı İlaç Kullanımı tanımı ilk defa 1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır

AKILCI İLAÇ KULLANIMI NEDİR?

Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre doğru tanı ve tedavi yöntemi belirlenmesi şartıyla

- uygun ilacı,
- uygun süre ve dozda,
- en düşük fiyata ve
- kolayca sağlayabilmeleridir(1).

AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI

- ↑ Hastaların tedaviye uyumunun azalmasına,
- ↑ İlaç etkileşimlerine,
- ↑ **Antibiyotiklere karşı direnç gelişmesine,**
- ↑ Hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına,
- ↑ Advers olay görülme sıklığının artmasına ve Tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur (2).

AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA SORUMLULUK SAHİBİ TARAFLAR:

Hekim, Eczacı, Hemşire, Diğer sağlık personeli, Hasta/ hasta yakını, Üretici, Düzenleyici Otorite, Diğer (Medya, Akademi vb.).

AKILCI İLAÇ KULLANIM İLKELERİ

Etkililik, Güvenlilik, Uygunluk, Maliyet

ETKİNLİK

Reçete edilmesi düşünülen ilacın etkinliğine ilişkin kanıtlar nelerdir? Tedavi hedefleriyle endikasyon uyumlu mudur? İlaç istenilen etkileri gösterebilir olmalıdır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

GÜVENLİLİK

Öngörülen tedavi süresince, özellikle kronik kullanımda, kullanılması düşünülen ağrı kesicinin istenmeyen/ters etkileri nelerdir? Hastanın aldığı risk var mıdır? “İlaçların istenmeyen etkileri kabul edilebilir olmalıdır.”

UYGUNLUK

Reçete edilmesi düşünülen ilacın kontrendikasyonları nelerdir, hamilelerde kullanılabilir mi? İlacın verilmiş yolu hasta için uygun mudur? “İlaç kolayca kullanılabilir formda olmalıdır.”

TEDAVİ MALİYETİ

İlacın hastaya günlük toplam maliyeti nedir? Tedavi etmemenin iş gücü kaybı vb. nedeniyle toplumsal bir maliyeti var mıdır? Komplikasyonlar (olası) çıkarsa tedavi maliyeti nasıl etkilenir? “Tedavinin maliyeti düşük olmalıdır” (3).

AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA ÖZEL GRUPLAR

Çocuklar, Yaşlılar, Hamilelik ve emzirme dönemindeki kadınla, Böbrek ve karaciğer yetmezliği olan hastalar, Kronik hastalığı olanlar, İlaç ve besin alerjisi öyküsü olanlar daha dikkatli olunmasını gerektiren gruplardır.

UYGUN OLMAYAN İLAÇ KULLANIM ŞEKİLLERİ:

- ↑ Çoklu ilaç kullanımı
- ↑ İlaçların gereksiz ve aşırı kullanımı
- ↑ Klinik rehberlere uyumsuz tedavi seçimi
- ↑ Piyasaya yeni çıkan ilaçların uygunsuz tercihi
- ↑ İlaç kullanımında özensiz davranılması (uygulama yolu, süre, doz..)
- ↑ Uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması
- ↑ Gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi (4).

UYGUN OLMAYAN İLAÇ KULLANIMININ ETKİLERİ:

Tedavi kalitesinin düşmesi

- ↑ Belirli bir toplumda görülen ölüm sıklığında artma
- ↑ Belirli bir toplumda görülen hastalık sıklığında artma



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Kaynakların boş yere kullanılması:

- ↑ Sağlığa ayrılan bütçede ilaç harcamalarının gereksiz oranda fazla yer tutması
- ↑ Tedavi süresinin uzaması nedeni ile zaman kaybı

İstenmeyen etkilerin oluşma riski:

- ↑ İlaça bağlı yan etkiler
- ↑ Bakteriyel direnç gelişimi sonucunda tedaviye yanıt alınamaması

Psiko-sosyal etkiler

- ↑ İlaçların uygunsuz kullanımı sonucunda tedavi başarısının azalması ve hastaların tedaviye olan güveninin azalması
- ↑ İlaçların alışkanlık oluşturması (5).

ANTİBAKTERİYEL İLAÇLARIN AKILCI KULLANIMI:

Antibiyotik kullanımı için kanıtlanmış bir enfeksiyon varlığı sorgulanmalıdır. Antibiyotikleri ne zaman ve nasıl kullanılacağı hakkında daima hekim tavsiyeleri uygulanmalıdır. Hasta kendisini iyi hissetse bile tedaviyi hekimin belirttiği süreden önce sonlandırmamalıdır. Antibakteriyel ilaçların doğru kullanımı, mikrobiyolojik teşhis, antibiyogram ve ilaç farmakokinetiği ile dozaj rejimi arasındaki uyuma bağlıdır.

Akılcı antibiyotik kullanımı, bakteriyel direncin önlenmesinde, sağlık hizmetinin en üst düzeyde verilmesinde ve sağlık harcamalarının azaltılmasında en önemli rolü oynamaktadır.

Gebelik, emzirme durumu, kronik hastalıkların varlığı ve başka ilaçların kullanımı hekime bildirilerek uygun antibiyotiğin seçilmesi sağlanmalıdır.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, antibiyotik tedavisinin gerekli olmadığı ya da dar spektrumlu antibiyotik tedavisinin uygun olduğu birçok durumda, geniş spektrumlu antibiyotiklerin reçete edilmesinin giderek artmakta olduğunu göstermektedir.

Toplumun bilinçlendirilmesi, meslek içi eğitimlerin devamı, ayrıca çoklu ilaç direnci olan gram negatif bakterilerin kontrolü için programlar geliştirilmesi, hastanede yatan ve ayaktan hastalarda antibiyotik kullanımının yakın takibi ve patojen mikroorganizmaların direnç oranlarının izlenmesi önem arz etmektedir



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

AB KULLANIMINDA SIK YAPILAN HATALAR:

- Herhangi bir enfeksiyon yokken AB kullanma
- Yanlış tanı ve tedavi seçimi (antibiyoqram sonucuyla değil ampirik AB kullanma)
- Dozun eksik yada fazla olması
- Yeterli olmayan yada uzun süre kullanım
- Daha pahalı olan ilaçların seçimi
- Profilaksi nedeniyle geniş spektrumlu AB seçilmesi
- Grip veya viral enfeksiyonlarda AB kullanımı (6).

GEBELİKTE AKILCI İLAÇ KULLANIMI:

Gebelikte ilaç kullanımı hem annenin, hem de fetüsün sağlığını yakından ilgilendirmekte olup, birçok ilacın potansiyel teratojenik etkisi tam olarak bilinemediğinden dikkatle ele alınması gereken bir konudur (7).

Gebelik, var olan kronik hastalıklar, bazı şikâyetler veya gebelikte birlikte yeni gelişen durumlar nedeniyle çeşitli ilaçların yaygın olarak kullanıldığı bir dönemdir. Teratojenite riskinin olduğundan daha az olarak değerlendirilmesi, fetüste anomali riskini artırırken; olduğundan fazla olarak değerlendirilmesi, annenin hastalığının yetersiz tedavi edilmesine veya istenmesine rağmen gebeliğin sonlandırılmasına neden olabilir.

Gebelikte ilaç kullanımı konusundaki bilgiler, gebelerde ilaçların etkilerine yönelik prospektif klinik çalışma yapmak etik olmayacağı için sınırlıdır ve elde edilen verilerin çoğu literatürdeki bildirilmiş sınırlı sayıda olgu sunumlarından ve bildirimlerinden elde edilmektedir. Gebeliğin ilk aylarında hiçbir ilacın tümüyle güvenli olmadığı unutulmamalıdır

Akılcı ilaç kullanımı doğrultusunda gebelik boyunca, anneye yararı fetüse vereceği zarardan fazla olması beklenen ilaçlar tavsiye edilmeli, ilk trimesterde mümkünse hiç ilaç kullanılmamalıdır. Yeni ya da denenmemiş ilaçlar yerine gebelikte yaygın olarak kullanılmış ve genellikle güvenli olduğu kabul edilen ilaçlar reçetelenmeli, etki gösteren en düşük doz olabilecek en kısa süreli tedavi planlanarak kullanılmalıdır (8).

DERMATOLOJİDE SIKLIKLA KULLANILAN TOPIKAL TEDAVİLER İLE İLGİLİ DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR:

TOPIKAL KORTİKOSTEROİDLER:

Dermatozun klinik evresine göre uygun KS seçilmelidir. Tedavi edilecek deri bölgesi ve hasta yaşı dikkate alınarak uygun potens KS'ler seçilmelidir. Yüz, kıvrım bölgeleri ve bebeklerde düşük potens KS 'ler tercih edilmelidir. Palmoplantar ve likenifiye lezyonlarda ise çok güçlü gruptan bir topikal seçimi yapılmalıdır. Sonuç alındıktan sonra bir alt potens KS ile tedaviye devam edilmelidir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Gebelerde topikal steroid kullanımında ciddi yan etkiler görülmemiştir. Ama geniş alan kullanımlarında adrenal süpresyona dikkat etmelidir.

Vücut yüzeyinin % 20'sini aşan dermatozlarda, steroidleri diğer topikal ilaçlarla kombine şekilde kullanarak yan etki riski azaltılabilir.

Rebound fenomenine yol açmamak için, özellikle uzun süreli kullanım larda, topikal steroidleri keserken ya alt potense geçerek yada kullanım aralığını seyrelterek kesmek önerilmektedir.

Uygun müstahzar ve potens seçimine rağmen, iyileşmeyen hatta kötüleşen durumlarda kortikosteroidle bağlı allerjik kontakt dermatit akla gelmeli, bu durumda, florlu preparatlar tercih edilmelidir (9).

TOPIKAL ANTİFUNGALLER:

İntertriginöz alanlarda 6 hafta, açık alanlarda 2-4 hafta süreyle günde 2 defa uygulanmaları önerilmektedir. Tedavide tek ajan veya kimyasal yapısı farklı 2 antifungal tercih edilebilir.

İnflamasyonun fazla olduğu durumlarda, kortikosteroidli antifungaller ile tedaviye başlanabilir. Uygulama, lezyon kenarlarının 2 cm kadar sağlam sınırını da içine almalıdır (10).

TOPIKAL ANTİBİYOTİKLER:

Dermal yerleşimli ve şiddetli seyreden bakteriyel enfeksiyonlarda sis temik tedavi tercih edilmeli, topikal antibiyotikler destekleyici olarak kullanılmalıdır.

Direnç gelişme riskinden dolayı geniş spektrumlu ilaçlardan, allerji riskinden dolayı da neomisin ve nitrofurazon içeren topikal AB'den kaçınılmalıdır. Günde 2 defa uygulanmaları önerilmektedir (11).

NEMLENDİRİCİLER:

Atopik dermatit başta olmak üzere deri kuruluğu ile seyreden bütün deri hastalıklarında, etkili bir nemlendiricinin, en az aktif ilaçlar kadar etkili olduğu hastaya anlatılmalı ve özellikle banyolardan sonra mutlaka uygulaması sağlanmalıdır (12).

MAJİSTRAL İLAÇLAR:

Son zamanlarda yazılması ve yapılması azalan ilaçlardır. Uzman ve mesleğini seven eczacılar tarafından hazırlandığı takdirde halen oldukça etkili preparatlardır.

Ancak, "ben yaptım oldu" mantığı ile hazırlanan birbiriyle uyumsuz ve birbirinin etkisini ortadan kaldıran maddelerden oluşan majistral yazımından uzak durulmalıdır. Bu tür ilaçları yazarken, geçmiş tecrübelerden ve bilimsel çalışmalar dan yararlanmak akılcı bir yol olacaktır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

SONUÇ OLARAK:

Hekim tarafından bilinçli bir şekilde reçete edilen, eczacı tarafından uygun bir şekilde takdim edilen ve hasta tarafından da doğru bir şekilde kullanılan dermatolojik tedavi ürünleri, minimum yan etki ile maksimum terapötik faydayı sağlamanın yanında, kişinin ve toplumun ekonomisini de olumlu yönde etkileyecektir.

KAYNAKLAR:

1. The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts. Geneva, World Health Organization, 1985.
2. World Health Organization. Promoting Rational use of Medicines: Core Components. WHO Policy Perspectives on Medicines. Report WHO/EDM/2002.3. Geneva: WHO; 2002.
3. Akıcı A, Oktay Ş, Kayaalp SO. Reçete Yazma Kuralları ve Akılcı İlaç Kullanımı. Akılcı Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 13üncü ed (Kayaalp SO) Ankara, Pelikan Yayıncılık. 2012. 140-154..
4. Akılcı İlaç Kullanımı. Erişim tarihi: 13 Mart 2018. Available from: <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=368>.
5. Kayaalp SO. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. 12. Baskı. 2009
6. Gökalp O, Mollaoğlu H. Uygunsuz ilaç kullanımı. Süleyman demirel üniversitesi tıp fakültesi dergisi 2003; 10 (2): 17-20
7. Öztürk Z. Gebelikte İlaç Kullanımı ve Risk Değerlendirmesi: Beni kategorize etme. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2018;49:109-12.
8. Miral M, K.Beji N. Gebelikte ilaç kullanımı ve danışmanlık. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2017;4.:142–8.
9. Durmazlar SP, Eskiöglü F, Oktay B, Eren C. Current threats and problems in the topical use of steroids?: Review. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(1):194-201
10. Gül Ü. Yüzeysel mantar hastalıklarının tedavisi. T Klin Dahili Tıp Bil Derg 2005;1(31):45-52.
11. Kavak A. Topikal antibiyotikler. T Klin Dermatoloji 2002;12:70-2.
12. Baz K, Güvenç U. Derinin nemlendirilmesi. T Klin Dahili Tıp Bil Derg 2006;3(17):20-7.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

BİR ASİSTANIN DERMOSKOPİ MACERALARI

Dr. Ece Gökyayla

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Manisa

Dermoskop, derinin 10-30 kat büyütme ile incelenebildiği özel bir in vivo mikroskop sistemi, non-invaziv bir yardımcı tanı aracıdır. Deriye gelen ışığın yansımalarını en aza indirerek, absorbe edilen ve doku içinde saçılan ışık ile yüzeyin altındaki yapıların görünür hale gelmesi prensibi ile çalışır. Bir ışık kaynağı ve büyütme özelliği olan optik sisteminden oluşan bir donanımı vardır. Böylelikle makroskopik olarak görülen lezyonun hangi yapının (melanin, vasküler yapılar, kolajen, keratin ve serokrutlar gibi) ne miktarda, hangi dağılım ve lokalizasyonda olduğu demonstre edilebilir. Yine dermoskopinin görüntüleme araçları ile adapte edilmesi sonucu görüntünün büyütme katsayısı ve netliği oldukça artırılabilir.

Displastik lezyonlar ve kutanöz malignitelerin tanısında oldukça önemli olan dermoskopi, zaman içinde kendine çok daha geniş bir kullanım alanı oluşturmuştur. Günümüzde inflamatuvar dermatozlar, enfeksiyöz hastalıklar, saç ve tırnak hastalıkları da dahil hemen her dermatolojik hastalıkta dermoskopiden faydalanıyoruz. Geliştirilen dermoskopik algoritmalar ile de doğru tanı koyma oranı oldukça artmış, gözlemciler arası değerlendirme farkı ve invaziv diagnostik işlem ihtiyacı azalmıştır.

Dermoskopi eğitiminde usta çırak ilişkisi ve kişisel deneyim çok önemlidir. Dermoskopi günlük pratiğe dahil etmek, mümkün olan her hastaya dermoskopik inceleme yapmak eğitimin en büyük parçasıdır. Bunun yanında çok sayıda görsel materyal ve akredite kurs mevcuttur. COVID-19 pandemisi ile dünya çapında daha da yaygınlaşan çevrimiçi eğitim ve toplantılar, dermoskopi gibi sanal ortamda eğitime oldukça uygun olan bir alanda hızlı gelişmelerin kaydedilmesine olanak sağlamış, dermoskopi eğitimini oldukça ulaşılabilir hale getirmiştir.

Dermoskopi, iyi bir anamnez ve fizik muayene ile birlikte tanı oranını oldukça arttıran, kolay uygulanabilir bir yöntem olarak günlük pratiğimizin vazgeçilmez bir parçasıdır. Çoğu dermatolojik hastalıkta altın standart tanı yöntemi olan histopatolojik inceleme ile tamamen korele olan bu yöntemin en iyi şekilde kullanılması ile tanı koyma ve tedavi takibinde başarıyı oldukça arttıracaktır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

DOKUNSAM MI? DERMATOLOJİDE PALPASYONUN DÜNÜ, BUGÜNÜ, YARINI

*Prof. Dr. Varol Lütfü Aksungur, A. Doğukan Dağdaş
Çukurova Üniversitesi, Adana*

Birkaç ay önce serviste öğrenciler ile dolaşıyordum. Makülopapüler döküntülü bir hastanın başına geldik. Öğrencilere hep “dermatolojik muayene, yalnız inspeksiyon değil, palpasyon da gerektirir” derim. Ancak “çıplak elle deriye dokunabilmek için deri bütünlüğü olmalı; kanlı, sulu, irinli kabarcık olmamalı; bunların kurumuş biçimi olan kabuk da olmamalı” diye eklerim. Karşımdaki öğrenci eldiven giymişti. Hastada deri yüzeyinde açık yara, sıvı, kabuk olmadığı için eldivenini çıkarmasını, gözle pek seçilmeyen kabartıları dokunarak saptamasını istedim. Gönülsüz de olsa dediğimi yaptı. O gün öğleden sonra hastanın HIV seroloji sonucu çıktı: Pozitif. Öğrenci bunu duyduğunda korkuya kapılabilir diye yanıma çağırdım. Dediğim gibi korkuya kapıldı. Öğrenciyi enfeksiyon hastalıkları uzmanı arkadaşımıza gönderdim. Uzman, uzun uzun bir sorun olmayacağını anlatmış. Kısaca “doğrudan kan ellenmediyse, elde de sıyrık, çatlak yoksa bir sorun olmaz” demiş. Öğrencinin üstelemesine karşın HIV profilaksisi de önermemiş. COVID-19 pandemisi nedeniyle uzun süre yalnız uzaktan eğitim alan öğrencilerimiz, hasta başı uygulamalara aç. Ancak bir yandan da hastalara dokunmakta eskisinden de çekingenler. Yalnız onlar mı? El-Abdülkerim’in dediği gibi, artık hastaya dokunmayı en aza indirmek, yeni ilke olmuştur [1]. Oysa dokunmak, tanı açısından ek ipuçları sağladığı gibi, çoğunlukla hastaya güven veren insancıl bir yaklaşımdır [2].

Palpasyonda en sık uygulamalardan biri, parmak ucunun avuç yüzünü deriye dokundurup bir yöne doğru bastırmadan sürtmektir. Böylece aktinik keratoz gibi pürüzlü yüzeyler kolayca saptanır. Gözle seçilemeyen kabartılar bulunur. Bir purpura böyle ele geliyorsa, vaskülit düşünülür. Bu yüzeysel dokunma, kuruluk ile terleme konusunda da bilgi verir. Sıcaklığı değerlendirmek için, bu kez el sırtıyla bölgeye yalnız dokunmak yeterlidir. Palpasyonda en sık uygulamalardan bir başkası, parmak ucunun avuç yüzünü deriye dokundurup bastırmaktır. Böylece bir kızartının solup solmayacağı, bir ödemde çukurcuk bırakılıp bırakılamayacağı anlaşılabilir. Bir yandan da hastanın yüzüne bakılmalıdır. Duyarlılık varsa, hasta yüzünü ekşitecektir. Bu derin dokunma, kıvam değişikliği konusunda da bilgi verir. Gerek morfea gibi bir endürasyon, gerekse lipom gibi bir nodül, ancak böyle saptanabilir, derinliği de belirlenebilir. İki parmak arasında sıkıştırılarak, nodülün gösterdiği direnç ölçülebilir. Yine yerinden oynayıp oynamadığı, bir başka deyişle deriye veya alttaki dokulara yapışık olup olmadığı anlaşılabilir. Derin dokunmada kıvamda artışın tersine gevşeklik ile de karşılaşılabılır. Anetoderma, bu duruma bir örnektir. Yüzeysel veya derin dokunma ile özellikle birtakım vasküler lezyonlardan nabız veya titreşim alınabilir [3]. Görsel bulguları açığa çıkaran başka dokunma uygulamaları da vardır. Baş ile işaret parmakları ayırık



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

olarak bölgeye basılır, sonra parmaklar birbirine doğru yaklaştırılır. Yaşlılığa bağlı atrofide aşırı kırışma olur. Baş ile işaret parmakları kullanılarak falanklar üzerinde deri kıvrımı oluşturulmaya çalışılır. Skelerodaktili varsa oluşmaz. Kıl follikülleri galea aponeurotica'ya sıkıca yapışık olduğu için, saçlı deride olağan koşullarda kıvrım oluşmaz. Ancak traksiyon alopesisi varsa oluşabilir [4]. Kızarık bir kabartının iki yanına basılan parmaklar, bu kez birbirinden uzaklaştırılır. Ürtiker gibi ödemli papüllerde en kabarık olan orta bölüm soluklaşır. Doğrudan elle veya bir araçla dokunarak yapılan daha birçok eylem, birtakım bulguları görünür kılabılır.

1900'lerin başında Fox, ekzema ile psoriasis arasındaki ayırıcı tanıda skuamaların yararlı olacağını anlatmış [2]; 2000'lerin başında ise Cox, yalnız skuamlara dokunarak bu iki hastalığı ayırt etmeye uğraşmıştır [5]. Bir hemşire, atopik dermatitli 5 ve psoriasisli 11 hasta seçmiş; Cox, perde arkasından elini uzatarak, bir yardımcının kılavuzluğunda deri lezyonlarına dokunmuş; 7 atopik dermatit, 9 psoriasis tanısı koymuş; yalnız 2 olguda yanılmıştır. Yaptığım olasılık işlemlerine göre, böyle 16 olguda 14 doğru tanıya ulaşma olasılığı, ancak binde 5'tir.

Eldivenlere geri dönmeden önce bir başka nodülü, lenf nodülünü palpe etmenin dermatolojideki yerini vurgulayım. Asistanlarımız, bugünlerde palpasyon yerine ultrasonu yeğliyor. Oysa 264 melanomalı hastada servikal, aksiller ve inguinal bölgeler, lenf nodülü metastazı açısından gerek palpasyon, gerekse ultrason ile incelenmiş; şu sonuca varılmıştır [6]: Palpasyon negatif ise, ultrasona gerek yoktur. Bir başka deyişle, önce palpasyon yap, eline gelen olursa ultrason iste! Şimdi yine 1900'lerin başına gidelim. Sabouraud'nun yazmış olduğu kitapta [7] "palpasyon" sözcüğünü tarayalım. On yedi yerde geçiyor. Bunların on birinde lenf nodülü tutulmasıyla ilgili. Bunların da çoğu sifilizle ilişkili.

Eldivenlere geri dönelim. WHO'nun eldiven kullanma piramidine göre, kana, vücut sıvılarına, atıklarına ve salgılarına, bir de bunların bulaştığı nesnelere dokunma olasılığı yoksa, eldivene gerek yoktur. Ancak "kontakt önlemleri" de göz ardı edilmemelidir. Bu önlemlerden önce "vücut salgısı" olarak teri ele alalım. 2007 yılında Bereket-Yücel, 70 Türk güreşçinin 8'inde terde HBV DNA'sını pozitif bulup, kanayan yaralar ve mukozalara ek olarak, terin de güreş gibi eylemlerde hepatit B bulaşmasında bir araç olabileceğini ileri sürmüştür [8]. Ancak 2016 yılında yayımlanan, sağlık çalışanlarında HBV ve HCV enfeksiyonlarını ele alan bir derlemede, Bereket-Yücel'in çalışması anılmadığı gibi, ter ile karşılaşma sonucu HBV ve HCV bulaşmasının o güne dek bildirilmediği söylenmiştir [9]. Yine 2017 yılında yayımlanan, dermatoloji ofisinde HIV, HBV ve HCV ile karşılaşmayı ele alan bir derlemede, terden de söz edilmemiş, Bereket-Yücel'in çalışması da anılmamıştır [10]. Bu üç kan yoluyla bulaşan enfeksiyonun sağlık çalışanlarına bulaşmasında üç yol üzerinde durulmaktadır: (1) Kanla bulaşık iğne batması gibi olaylar, (2) mukozalara kan sıçraması, (3) bütünlüğü bozulmuş deriye kan sıçraması. Kısacası, en başta söylediğim



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

gibi, hastanın derisinde kanlı, ter dışı sıvılı, kabuklu bir durum yoksa, üstelik elimde de bir sıyrık bir çatlak yoksa, hastanın derisine çıplak elle dokunurum. Sencan ve arkadaşları, 278 sağlık çalışanına “elinizde sıyrık-çatlak var mı” diye sormuş; 133’ü “yok” demiş; ancak dermatolog muayene etmiş; 45’inde, bir başka deyişle üçte birinde sıyrık-çatlak bulmuştur [11]. Sorun yok! Ben dermatologum. Bakarım ellerime. “Sıyrığım-çatlağım yok” diyorsam, hastanın derisinde de kan, serum, irin, kabuk yoksa, çıplak elle dokunmaktan çekinmem.

Şimdi “kontakt önlemleri” konusuna geçelim. Uyuz, derinin deriye uzun süre değmesi ile bulaşır. Derlemeler, olağan uyuz için bu süreyi 10-20 dakika olarak vermektedir [12] [13]. Ancak “Daha Güvenli Hasta Bakımı için Klinik İşlemler” adlı kitapta [14] “kontakt önlemleri” arasında şu sözler yer almaktadır: “Doğrudan bakım yapılıyorsa önlük ve eldiven giyilmelidir.” “İzolasyon Önlemleri Kılavuzu”na [15] göre uyuz, kontakt önlemlerini, dolayısıyla eldiven giymeyi gerektirir. Pekiyi, uyuzdan korunmak uğruna, tanısı belirsiz hastalar ile uğraşırken de eldiven giyilmeli mi? Uyuz, ekskoriye ve ekzematize lezyonlar ile karşımıza gelir. Böyle olgular, daha önce söylediğim gibi çıplak elle dokunulmayacaklar arasında yer alır. Dolayısıyla bu yaklaşım yanlıştır.

Eldivenler sakıncalı olabilir. Niye mi? Bir: Eldivenli yüzeysel palpasyon, pek işe yaramaz. Mylon ve arkadaşları, eldivenlerin deri duyarlılığına etkisini anlamak için “tümsekler” ile “prenses ve bezelye” adlı iki test geliştirmiş; ilki yüzeysel, ikincisi derin palpasyona karşılık geliyormuş; derin palpasyon testinde sonuçlar benzerken, yüzeysel olanda en iyi sonuçlar eldivensiz durumda alınmış; ayrıca nitrile göre daha ince olan lateks eldiven ile sonuçlar, daha iyi bulunmuştur [16]. İki: Değiştirilmeyen eldivenler, hastalar arası bulaşlara yol açar. Elinden eldivenini çıkarmadan bir o hastaya bir öbür hastaya dokunan sağlık çalışanı, “kendimi mikroptan koruyorum” derken, başkalarına mikrop taşır. Üç: Aşırı eldiven kullanımı, doğayı kirletir. Hollanda’dan Hiemstra ve arkadaşları, “COVID-19 çöplerinin hayvan yaşamı üzerine etkileri” başlıklı yazıda çok çarpıcı bir görüntü kullanmıştır [17]. Kanala atılmış eldivende tuzağa düşmüş bir balık.

Gelecekte uzaktan dokunmak olanaklı olacak gibi görünüyor. Gelin! Buna “tele-palpasyon” diyelim. İlk örneğim bir optik palpasyon deneyi. İncelenecek nesnenin üzerine yarı-saydam ve yumuşak bir gerilme algılayıcısı konur. Üzerinden sıkıştırma uygulanır. Nesnenin uzaysal biçimine göre algılayıcının kalınlığında değişimler olur. Bu kalınlıklar kullanılarak bir harita çıkarılır. Böylece dokunma bulguları, görüntüye dönüştürülmüş olur. Es’haghian ve arkadaşları, papül biçimindeki bir nevüsü ayırt edebildiği gibi, deri yüzeyinde kabartı yapmamış bir skarın da yerini belirleyebilmiştir [18]. İkinci örneğime geçmeden önce “haptik nedir?” tanımlayım. Haptik, güç, titreşim, devinim kullanarak kullanıcıya dokunma deneyimi yaşatmaktır. Kim ve Lee, üç gerçek deri görüntüsünü 3-boyutlu haptik yüzeylere çevirmiştir. Beş katılımcı ise bir haptik aygıt aracılığıyla ellişer kez bu yüzeyleri değerlendirmiş; çok yüksek oranda birbirinden ayırt etmeyi başarmıştır [19]. Bugün emekliyor görünse de, bir sanal gerçeklik olan haptik, yakın gelecekte tele-palpasyonu olanaklı kılacaktır.



Kaynaklar:

1. AlAbdulkareem A. Palpation in dermatology, will COVID-19 be the last straw? *Dermatol Ther* 2021; 34: e14759.
2. Cox NH. Palpation of the skin - an important issue. *J R Soc Med* 2006; 99: 598-600.
3. Litaïem N, Tabka M, Nefiss M, Slouma M, Ben Slama S, Zeglauou F. Cutaneous leiomyosarcoma mimicking arteriovenous malformation. *Clin Case Rep* 2020; 8: 2538-40.
4. Das A, Toshniwal A, Madke B. Newer Signs in Dermatology [2016-2020]. *Indian Dermatol Online J* 2020; 12: 342-5.
5. Cox NH. A literally blinded trial of palpation in dermatologic diagnosis. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 949-51.
6. Binder M, Kittler H, Steiner A, Dorffner R, Wolff K, Pehamberger H. Lymph node sonography versus palpation for detecting recurrent disease in patients with malignant melanoma. *Eur J Cancer* 1997; 33: 1805-8.
7. Sabouraud R. *Regional Topographical Dermatology*. New York, Rebman Company, 1906.
8. Bereket-Yücel S. Risk of hepatitis B infections in Olympic wrestling. *Br J Sports Med* 2007; 41: 306-10.
9. Coppola N, De Pascalis S, Onorato L, Calò F, Sagnelli C, Sagnelli E. Hepatitis B virus and hepatitis C virus infection in healthcare workers. *World J Hepatol* 2016; 8: 273-81.
10. Brewer JD, Elston DM, Vidimos AT, Rizza SA, Miller SJ. Managing sharps injuries and other occupational exposures to HIV, HBV, and HCV in the dermatology office. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77: 946-951.
11. Sencan I, Sahin I, Yildirim M, Yesildal N. Unrecognized abrasions and occupational exposures to blood-borne pathogens among health care workers in Turkey. *Occup Med (Lond)* 2004; 54: 202-6.
12. Gilson RL, Crane JS. Scabies. [Updated 2021 Aug 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544306/>
13. Hardy M, Engelman D, Steer A. Scabies: A clinical update. *Aust Fam Physician* 2017; 46: 264-8.
14. Doyle GR, McCutcheon JA. *Clinical Procedures for Safer Patient Care*. Victoria (BC), BCcampus, 2015. Retrieved from <https://opentextbc.ca/clinicalskills/>
15. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
16. Mylon P, Carré MJ, Martin N, Lewis R. How do gloves affect cutaneous sensibility in medical practice? Two new applied tests. *Proc Inst Mech Eng H* 2017; 231:28-39.
17. Hiemstra AF, Rambonnet L, Gravendeel B, Schilthuisen M. The effects of COVID-19 litter on animal life. *Animal Biology* 2021.
18. Es'haghian S, Kennedy KM, Gong P, Sampson DD, McLaughlin RA, Kennedy BF. Optical palpation in vivo: imaging human skin lesions using mechanical contrast. *J Biomed Opt* 2015; 20: 16013.
19. Kim K, Lee S. Perception-based 3D tactile rendering from a single image for human skin examinations by dynamic touch. *Skin Res Technol* 2015; 21: 164-74.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

ORAL MUKOZAL HASTALIKLAR; AFT TANI ZORLUKLARI

Dr. Öğr. Üyesi Handan Bilen

Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri, Erzurum

Oral mukozada benzer görünümlü pek çok lezyonun doğru teşhis ve tedavisi birçok klinisyen için zor olabilir.

Klinisyenin oral lezyonu tanımlaması yanısıra lezyonun hasta tarafından tanımlanan özellikleri (örn. lokalizasyon, süre, genişleme, ilişkili ağrı) de doğru tanının konulmasına yardımcı olur. Oral lezyonlar herhangi bir sistemik hastalığın fokal tezahürü şeklinde veya primer oral mukozal hastalık şeklinde ortaya çıkabilir.

Oral mukozal lezyonların ayırıcı tanısını doğru yapabilmek için iyi bir klinik öykü ve fizik muayene yapılmalıdır:

Klinik öyküde; lezyonun lokalizasyonu, lezyonun rengi ve yapısı (hiperpigmente, eritemli, beyaz, büllöz, eroziv/ülser, maküler ve papüler), lezyonun ne zamandan beri var olduğu, lezyondaki değişiklikler (renk değişikliği, lezyon boyutunda büyüme ve azalma, epizodlar arasında iyileşme ile periyodik nüks), ilişkili lokal semptomlar (kanama, akıntı, irritasyon, ağrı, lokal lenfadenomegali), sistemik belirti ve semptomlar (ateş, döküntü, artralji veya artritis, isteksiz kilo kaybı), yakın zamanda yapılan ilaç değişiklikleri ve herhangi bir intraoral (topikal) preparatın kullanımı, tütün kullanımı (sigara ve dumansız tütün ürünleri dahil), mevcut kullanım ve tütün geçmişi hakkında sorgulama, esrar kullanımının sorgulanması, alkol tüketimi (mevcut kullanım ve geçmişi dahil olmak üzere), bilinen herhangi bir otoimmün hastalık, malignite (önceki hematopoietik hücre nakli öyküsü dahil), immünosupresyon (örn. HIV enfeksiyonu, aktif kanser tedavisi, immünosupresif ilaç) dahil tıbbi geçmiş ve dental işlemler (takma dişlerin kullanımı veya amalgam dolguların (elementer civa içeren gümüş dolgular) mevcudiyeti gibi) sorgulanmalıdır.

Fizik muayenede, ağız içi ve dışı dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Oral mukozada gözlenen normal varyantlar

Lökoödem, Fordyce lekeleri ve fizyolojik pigmentasyon gibi mukozal anormal görünümlerin aslında normal varyantlar olduğunu ve daha fazla değerlendirme veya tedavi gerektirmediğini bilmek önemlidir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Beyaz ve kırmızı oral lezyonlar

Beyaz veya kırmızı ağız lezyonları; benign (yanak ısırma (morsicatio buccarum) ve friksiyonel keratoz, beyaz süngerimsi nevus gibi), potansiyel olarak kötü huylu (eritroplaki, lökoplaki, oral liken planus ve diğer likenoid lezyonları, submüköz fibrozis, aktinik keilit, kronik greft-versus-host hastalığı, diskoid lupus eritematozus, diskeratozis konjenita gibi) ve malign lezyonlar (skuamöz hücreli karsinom gibi) veya enfeksiyonlar (kandidiyazis, oral tüylü lökoplaki gibi) olabilir.

Pigmente lezyonlar

Oral mukozada melanositik (melanotik maküller, ilaç ile indüklenen pigmentasyon, sigara içicilerinin pigmentasyonu, melanoakantoma, melanositik nevus, melanoma) veya non-melanositik (amalgam tattoo) lezyonlar gözlenebilir.

Eroziv, ülseratif, büllöz lezyonlar

Oral mukozada eroziv, ülseratif ve büllöz lezyonlar; enfeksiyöz, otoimmün ve inflamatuvar dermatozlar gibi çok geniş bir yelpazede sık görülen lezyonlardır. Lezyonların değerlendirilme zamanına bağlı olarak farklı klinik şekillerde görünebilir; bu nedenle, anamnez özellikle önemlidir.

Aftöz ülserasyonlar (aft), oral mukozada merkezinde sarımsı yapışık eksüdası olan ağrılı yuvarlak veya oval ülserlerdir. En yaygın nedeni rekürren aftöz stomatitlerdir (yaygın olarak aft olarak da bilinir). Altta yatan herhangi bir sistemik hastalık olmaksızın veya Çölyak hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı, Behçet sendromu, akut HIV enfeksiyonu, sistemik lupus eritematozus (SLE) ve nötropeni gibi sistemik hastalığı olan kişilerde; besin eksikliği olan veya metotreksat gibi antimetabolit kullanan hastalarda görülebilir.

-Rekürren aftöz stomatit, oral ülserlerin en yaygın nedenidir. Adolesan ve genç erişkinlerde daha sık görülür. Yaş arttıkça görülme sıklığı azalır. 40 yaşın üzerinde yeni başlangıç pek beklenmez. Çiğnemeye ilişkin mukozal yüzeylerde birbirinden ayrı yerleşimli, tekrarlayan ağrılı ülserler ile karakterizedir. Lezyonlar sıklıkla bukkal ve labiyal mukozada yerleşir. Gingival sulkus, dilin lateral ve ventral kısmı, yumuşak damak, anterior farinks, sert damak ve yapışık diş etleri de tutulabilir. Morfolojik olarak ülserler minör (<1 cm çapında), majör (>1 cm) veya herpetiform (1 ila 2 mm çapında, bazen daha büyük ülserlerde birleşen küçük ülser kümeleri) şekilde olabilir.

RAS basit varyant (Mikulicz ülserleri); oral mukozaya sınırlı, yılda birkaç kez nükseden 1-5 adet, 7-14 gün içerisinde gerileyen ülserler şeklinde tanımlanır. Yanağın iç kısmını ısırma veya diş ameliyatı geçirme gibi travmalar birçok hasta için hızlandırıcı bir faktör olabilir. Aftlar travma sonrasındaki birkaç gün içerisinde gelişirler.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

RAS şiddetli varyantta (kompleks aft) ise, lezyonlar daha çok sayıda, daha ağrılı ve daha büyüktür (>1 cm çapında). Oral lezyonlar sık olmakla birlikte hem oral hem de genital mukozaya tutulumu gözlenebilir. İyileşmeleri 4-6 hafta sürer. Ülserin olmadığı döneme neredeyse hiç rastlanmaz. Yetersiz beslenme ve kilo kaybı ile ilişkilidir. Kompleks aftlı hastalarda Behçet sendromu tanısı dışlanmalıdır.

Aftöz lezyonlara sistemik semptom veya belirtiler pek nadir eşlik eder. Ateş, halsizlik veya diğer sistemik belirtilerin varlığı, PFAPA (periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenopati) sendromu, siklik nötropeni veya hiperimmünoglobulin D (hiper IgD) sendromu gibi otoinflamatuvar bir hastalıktan şüphe ettirmelidir.

Tanıda anamnez önemlidir. Birkaç günden birkaç haftaya kadar devam eden ve sonra düzelen lezyonlar RAS'ı düşündürür. Ülserler çok ağrılı olabilir ve bazen yeme, içme ve konuşmayı etkileyebilir. RAS'lı hastalarda travma bölgesinde ülser gelişmesi sıktır.

Oral ülseri olan hastalar için şu sorular sorulmalıdır;

- Lezyonların doğal seyri nasıl? Gelip geçici mi yoksa persistan mı seyrediyor?
- Travma yeni bir lezyonu tetikliyor mu?
- Lezyonlar semptomatik mi?
- Diğer vücut bölgelerinde bir cilt hastalığı öyküsü var mı? Özellikle anogenital bölgede tutulum oluyor mu?
- Hastada diğer mukozal bölgelerin tutulumunu düşündüren semptomlar var mı (örneğin disfaji, ses kısıklığı, stridor, oküler iritasyon, dizüri, disparoni, hematüri)?
- Hastanın immünosupresyon dahil başka tıbbi bir problemi var mı?
- Diğer sistem muayenelerinin gözden geçirilmesi, altta yatan herhangi bir hastalığa işaret ediyor mu?
- Hastanın kullandığı şüpheli bir ilaç var mı?

RAS'ın ayırıcı tanısında çok çeşitli durumlar düşünülmeli;

Behçet sendromu (BS) vasküler, artiküler, gastrointestinal, nörolojik, ürogenital, pulmoner ve kardiyak tutulum ile seyreden inflamatuvar, multisistemik bir vaskülitir. Tekrarlayan oral aftlar en sık (%100) gözlenen bulgudur. BS'undaki aftlar ağrılı, daha büyük ve çok sayıdadır. 1-3 haftada kendiliğinden iyileşen lezyonlar rekürren seyirlidir.

MAGIC sendromu: (Mouth And Genital ulcers Inflamed Cartilage) (iltihaplı kıkırdaklı oral ve genital ülserler) sendromu, rekürren polikondrit ve Behçet sendromunun overlap olarak gözlemlendiği bir durumdur. Aortit ve torasik aort anevrizması ile ilişkili olabilir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

Gluten sensitif enteropati (Çölyak hastalığı): RAS ile başvuran hastada gastrointestinal şikayet veya bilinen bir gluten intoleransı varsa akla çölyak hastalığı gelmelidir. Çölyak hastalığı ile ilişkili olarak oral eritem veya atrofi ile dilde ağrı veya yanma hissi olabilir ve semptomlar glutensiz diyetle yanıt verir.

İnflamatuvar barsak hastalığı: Yüzeysel oral ülserasyonlar gözlenir. Crohn hastalığında ülserasyonlar karakteristik lineer şekle sahiptir. Bu yüzden RAS ile başvuran hastada gastrointestinal şikayet öyküsünün sorgulanması gerekir.

HIV enfeksiyonu: RAS, özellikle kompleks aftozisşeklinde HIV enfeksiyonu olan hastalarda önemli bir sorun olabilir. Bu hastalarda RAS tanısı, atipik şekillerde ortaya çıkabilecek eşlik eden altta yatan başka enfeksiyonların olasılığı nedeniyle daha dikkatli yapılmalıdır. Genel olarak, başarılı antiretroviral tedavinin ortaya çıkmasından bu yana HIV pozitif hastalarda kompleks aft daha az görülmeye başlamıştır.

Herpes simpleks virüs (HSV) enfeksiyonu: Primer herpetik gingivostomatit, yaygın oral ülserasyonlarla ortaya çıkabilir. Tekrarlayan HSV enfeksiyonu sıklıkla dudağın kutanöz kısmını tutar; bu lezyonların ağız boşluğu içinde gelişmesi olağan değildir. Ağız boşluğunda yerleşirse tipik olarak diş eti veya sert damakta çiğneme ile ilişkili mukozalarda yerleşir. Tekrarlayan intraoral HSV enfeksiyonu geliştiğinde altta yatan bir immünosupresyon durumu akla gelmelidir.

Enterovirüsler, tüberküloz, sifiliz ve özellikle immün yetmezliklilerde mikozlar, oral ülser yapabilen diğer mikroorganizmalardır.

Siklik nötropeni: Bebeklik veya erken çocukluk döneminde başlayan ateş, halsizlik, farenjit ve aftöz stomatit siklik gelişimi ile karakterize, kemik iliği progenitör hücrelerinin nadir görülen otozomal dominant bir bozukluğudur. Tipik RAS'ta siklik nötropeniden farklı olarak sistemik semptomlar görülmez.

PFAPA sendromu: Siklik nötropeni gibi, PFAPA (aftöz stomatit ile birlikte periyodik ateş, farenjit ve adenit) sendromu da yaklaşık olarak ayda bir kez bir tekrarlamaya eğilimindedir. Ancak, ilişkili bir nötropeni yoktur. Aftöz ülserler, genellikle iç dudaklarda veya bukkal mukozada, hastaların yaklaşık yüzde 40 ila 80'inde ataklar sırasında ortaya çıkar. Bazen arka farinkste ülserasyonlar görülür. Bu ülserler, çocuk daha büyük değilse ve ağrı nedeniyle onları göstermiyorsa, fizik muayenede gözden kaçabilir. Bu nedenle, ülserleri tanımlamak için alevlenmeler sırasında dikkatli bir fizik muayene gereklidir. PFAPA'daki aftöz ülserler, Behçet sendromu ülserleri kadar büyük veya ağrılı değildir ve iz bırakmazlar.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

Hiperimmüoglobulin D sendromu: Tipik olarak lenfadenopati, karın ağrısı ve yüksek serum poliklonal IgD seviyesi ile ilişkili tekrarlayan ateşli ataklarla karakterize, nadir görülen otozomal resesif geçişli bir genetik hastalıktır. Hiper IgD sendromlu hastaların yaklaşık yarısında aft ve bazen genital ülserler görülür.

Agranülositoz: Anemi ve trombositopeni yokluğunda nötrofil sayısının 500/mm³'ün altında olmasıdır. Vakaların büyük çoğunluğu ilaç kaynaklıdır. Oral ülserasyonlara ateş, farenjit, disfaji ve sepsis eşlik ettiği durumlarda agranülositoz tanısı da akla gelmelidir.

İmmün aracılı ülserasyon ve büller

Oral eroziv liken planus: Kompleks aftların oral lezyonları, oral eroziv liken planusta görülen beyaz, retiküler ağa benzeyen yara izi ile iyileşebilir. Bununla birlikte, oral liken planusta lezyonların dağılımı daha sınırlı ve daha kronik seyirli olma eğilimindedir. RAS'da gözlenen karakteristik, ayrık, yuvarlak ülserler oral liken planusta görülmez.

Sistemik lupus eritematozus (SLE): Oral veya nazofaringeal ülserler, SLE tanısı için gerekli kriterlerdendir. Yumuşak damak, sert damak veya bukkal mukozada beyaz plaklar, eritem alanları veya etrafı eritemli zımba ile delinmiş gibi erozyon veya ülserler olarak ortaya çıkabilir. Oral ülserler genellikle ağrısızdır ve SLE'nin ilk belirtisi olabilir. Biyopside, tipik RAS'tan farklı olarak likenoid bir inflamasyon paterni gözlenir. Ayrıca, SLE'li hastalarda ışığa duyarlılık, malar döküntü, artrit ve diğer sistemik tutulumlar da beklenir.

Otoimmün büllöz hastalıklar: Kompleks aftların mukozal lezyonları bazen pemfigus vulgaris veya sikatrisyel pemfigoid gibi otoimmün büllöz dermatozlarla karıştırılabilecek kadar geniş olabilir. Bununla birlikte, şiddetli kompleks aftlarda bile, pemfigus veya pemfigoidde görülen kronikliğin aksine, genellikle epizodik bir seyir mevcuttur. Bu hastalıklar, direkt immünofloresan ile biyopsinin histopatolojik değerlendirilmesi ile RAS'tan ayrıt edilebilir.

Paraneoplastik pemfigus (PNP), sıklıkla lenfoproliferatif hastalıklarla ilişkili mukokutanöz büllöz bir hastalıktır. En belirgin bulgusu şiddetli, eroziv, ağrılı mukozittir. Yokluğunda PNP tanısı düşünülmemelidir. Ağrılı, eroziv stomatit karakteristik olarak dilde olmak üzere oral mukozanın herhangi bir yerini tutabilir. Deri ve pulmoner tutulum olsa da, oral erozyonlar hastaların neredeyse yarısında ilk belirtidir.

Akkiz epidermolizis büllöza, özellikle travma bölgelerine lokalize, skar ve milia ile iyileşen büllerle karakterize, nadir görülen, otoimmün mukokutanöz büllöz bir hastalıktır. Erozyon ve büller, deri ile birlikte oral mukozanın herhangi bir yerini tutabilir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Eritema multiforme; oral, genital ve/veya oküler mukozada erozyon veya büllerin eşlik ettiği, kutanöz hedef benzeri lezyonlar ile karakterize immün aracılı bir durumdur. Oral tutulum yaygındır ve hastaların yüzde 70'inden fazlasında görülür. Vakaların çoğunda, eritema multiforme herpes simpleks enfeksiyonu ile ilişkilidir, ancak aynı zamanda diğer enfeksiyonlar (örn., Mycoplasma pneumoniae) veya ilaçlar ile ilişkili veya idiyopatik olabilir.

İlaç ilişkili ülserasyonlar

Stevens-Johnson sendromu/Toksik epidermal nekrolizis

mTOR inhibitörü ile ilişkili stomatit: mTOR (Rapamisin protein kompleksinin memeli hedefi) hücre büyümesi ve metabolizmasında önemli role sahiptir. Rapamisin (mTOR) inhibitörü ile ilişkili stomatit rapamisinden türetilmiş analoglar olan everolimus ve temsirolimus alan hastaların yaklaşık yüzde 30'unda meydana gelen yaygın bir advers olaydır. Oral mukoza ve dil üzerinde, genellikle boyutu ≤ 1 cm olan, grimsi beyaz bir psödomembranla kPLI, birbirinden ayrık, yüzeysel, oval, iyi sınırlı ülserler görülür. Graft-versus-host hastalığının önlenmesi için sirolimus ile tedavi edilen allojenik hematopoietik kök hücre transplantasyonu alıcılarında ağrılı oral ülserasyonlar da bildirilmiştir.

Checkpoint inhibitör ilişkili oral lezyonlar: Bu ilaçları kullanan hastalarda oral mukozit, likenoid lezyonlar, eritema multiforme benzeri lezyonlar, erozyonlar ve ülserasyonlar bildirilmiştir.

Nikorandil ilişkili ülserasyon: Anjina tedavisinde kullanılan Nicorandil'in aft benzeri ülserlere neden olduğu bildirilmiştir.

Steroid olmayan antiinflamatuvar ajanlar da aftöz stomatit gelişiminde rol oynayabilir.

Özellikle kronik irritasyon öyküsü olan, tedaviye yanıt vermeyen, uzun süreli derin ülserler malignite açısından uyarıcı olmalıdır. Oral kavite ve orofarenks kanserleri erken dönemde lenf nodu metastazı yapabildikleri için boyun palpasyonu mutlaka dikkatlice yapılmalıdır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

ANTIAGINGDE ANTIOKSİDANLAR VE VİTAMİNLER

Prof. Dr. Işıl İnanır

Celal Bayar Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa

Deri yaşlanması morfolojik, histolojik ve fizyolojik bulgularla karakterize, etyolojik faktörlere bağlı olarak kronolojik (intrinsek) ve ekstrinsek (foto) yaşlanma olarak ayrılan kompleks bir süreçtir. İntrinsek yaşlanma genetik olarak belirlenmiş hücreyel yaşlanmadır, hormonlar etkilidir ve kaçınılmazdır. Belli alanlarda kuruluk, atrofi, ince kırışıklıklar, elastisite azalması ve benign deri tümörleri ortaya çıkar. Deri yaşlanmasının %90'ı oluşturan geciktirilebilir ve engellenebilir özellikteki ekstrinsek yaşlanma ise güneş ışığı, iyonize radyasyon, sigara, alkol, kuru hava, kirlilik gibi dış etkenlere bağlıdır. Klinik olarak, deride kalınlaşma ve düzensizleşme, elastisite kaybı, derin kırışıklıklar, elastoz, düzensiz pigmentasyon, telenjiyektaziler, benign ve malign tümörler görülür.

Oksidatif stres deri yaşlanma mekanizmalarının en önemlisi olup iki tip yaşlanmada da etkilidir. Diğer mekanizmalar ise DNA hasarı, telomer kısalması, MiRNA düzenlenimi, ilerlemiş glikolize son ürünlerin birikimi, genetik mutasyonlar ve inflamasyondur. Reaktif oksijen türleri (ROS) oksijen ya da oksijenden oluşan aktif maddeler içeren moleküllerdir. Hücre bütünlüğü/proliferasyonu/fonksiyonları yanı sıra enerji ve transportu için de gereklidir. Yüksek düzeyde reaktif olduklarından deri hemostazı için gerekli protein, lipid ve DNA gibi molekülleri hızlıca değiştirir, çevre moleküllerle reaksiyona girerler. En önemlileri superoksit anyonu (O₂⁻) ve hidroksil radikali (OH)dir.

Endojen ve eksojen süreçlerde ortaya çıkan ROS ve reaktif nitrojen türleri (RNS), primer endojen antioksidanlar ve sekonder endojen/eksojen antioksidanlar ile nötralize edilir. Edilemeyenler fazla ise membran, DNA, lipid ve aminoasitlerde hücre hasarı, hücre ölümü ve proliferatif/immun/inflamatuar değişikliklere neden olur. Sonuçta deri yaşlanması yanı sıra deri kanseri ve çeşitli dermatozlar ortaya çıkar. ROS NF-κB yolağında tedavi edici etkilere sahipken, MAPK ve AP-1 yolları ile patolojik etkiler oluşturur. TGF-β reseptörlerinde azalma ve MMP'lerde artış ile kollajen azalır ve deri yaşlanması süreci gerçekleşir. Antioksidan sistem, ROS'ların bir yandan üretilip, bir yandan ortadan kaldırıldığı bir denge içindedir.

Derideki endojen antioksidanların enzimatik grubunda glutatyon peroksidaz, superoksit dismutaz, katalaz en önemlileri olmak üzere glutatyon S transferaz, sitokrom oksidaz ve hidroperoksidaz yer alır. Suda çözünen nonenzimatik antioksidanlar içinde en önemliler askorbik asit ve glutatyon, diğerleri ise ürik asit, glukoz, pirüvik asit, bilirubin ve melatoninidir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya **TURKEY**

Ön planda α -tokoferol (E vitamini) yeralan yağda çözünen nonenzimatik grupta ubiquinol (Koenzim-10, glutatyon, karotenoidler (likopen, α -karoten, β -karoten, lutein, zeaksantin) melatonin ve östrojen de bulunmaktadır.

Yaşlı/yaşlanmakta olan deride oksidatif stres ve antioksidanlar artmıştır, ayrıca immün baskılanma bulunur. Bu durumda artan ROS'u nötralize etmek için topikal ve besin destekleri şeklinde ekzojen antioksidanlar yararlı olacaktır. Ancak antioksidan tedaviyi standardize etmek, tedavi etkinliğini ve yan etkileri değerlendirmek son derece zordur. Bu nedenle yapılan çalışmalarda sonuçlar farklılık göstermektedir. Çalışmalarda antioksidatif potansiyelin ölçüm yöntemleri tartışmalıdır, genellikle hasta değerlendirmelerine dayanmaktadır. Farklı ajanlar farklı konsantrasyonlarda kullanılmıştır, besinlerdeki antioksidan madde konsantrasyonu da pek çok faktörden etkilenmektedir. Genellikle hayvan deneyleri ve invitro çalışmalarda sonuçlar yüz güldürücü olmakla birlikte invivo çalışmaların değerlendirilmesi güçtür.

Deri yaşlanması tedavisinde daha çok topikal antioksidanlar tercih edilir. A, C, E vitaminleri ve çeşitli polifenoller en çok kullanılan maddelerdir. Besin dışı destek önerilmemektedir, ancak yaşlılık, kronik hastalıklar, bariyatrik cerrahi, yetersiz beslenme, vitamin ve mineral eksikliği gerekebilir. İyi beslenen sağlıklı gruplarda antioksidanların besinlerle alımı yeterlidir ve sentetik antioksidan destekleri, sebze ve meyvelerin düzenli tüketimi için bir alternatif değildir. Son dönemde gündemde olan IV glutatyon ve C vitamini tedavileri için de kanıt bulunmamaktadır. Bu maddelerin yüksek dozları bir çok yan etkiye neden olabilmektedir. Önemli olan endojen antioksidanları uyaracak bir yaklaşım sentezlemek ve oksidan/antioksidan sistemi bir dengede tutabilmektir.



HIYALURONİK ASİTİN FARLI ENDİKASYONLARDA KULLANIMI

Dr. Öğr. Üyesi Belma Türsen

Toros Üniversitesi, Sağlık Bilimleri MYO, Mersin

Hiyaluronik asit dolgularının Amerika Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış kullanım endikasyonları arasında nazolabiyal kıvrımlar, perioral kırışıklıklar, dudanın, yanağın, çenenin ve el dorsumunun volümizasyonu, akne skarları ve HIV pozitif hastalarda gelişen lipoatrofi yer almaktadır. Bu konuşmamda hiyaluronik asit dolgularının endikasyon dışı olan bazı farklı durumlarda kullanımı anlatılacaktır. Bu farklı kullanım alanları arasında konnektif doku hastalıklarından lupus eritematosus, skleroderma ve dermatomiyozit, lipoatrofiyle ilişkili diğer hastalıklar, meme volümizasyonu, kalça kaldırma, ayak dolgunluğunu belirginleştirme, kemik, tendon, ligaman ve kas üzerine implant oluşturma, glabella, burun, periorbital bölge, alın veya boyun gibi alanlarda kullanımı gibi durumlar yer almaktadır.

Tablo 1. Onaylı ve onaysız hiyaluronik asit dolgularının estetik dermatolojide kullanımı

Onaylı hiyaluronik asit dolgusu kullanımı	Estetik dermatolojide farklı durumlarda hiyaluronik asit dolgu kullanımları
Ciddi yüz çizgi ve kırışıklıkları; 1-Nazolabiyal kıvrımlar 2-Perioral çizgiler Volümizasyon; 1-Dudaklar 2-Yanaklar 3-Çene 4-El sırtı 5-Akne skarları 6- HIV pozitif hastalardaki lipoatrofi	Volüme defekti; 1-Konnektif doku hastalıkları a-Lupus eritematosus b-Skleroderma c-Dermatomiyozit 2-Lipoatrofiyle ilişkili iyatrojenik steroid kullanımı lipoatrofisi gibi diğer hastalıklar 3-Volüm artırıcı; a-Meme büyütme b-Kalça kaldırma ve büyütme c-Ayak dolgunluğunu artırma d-Kemik, tendon, ligaman veya kasa implant yapma 5-Farklı bölge enjeksiyonları; a-Glabella b-Burun c-Periorbital bölge d-Alın e-Boyun f-Farklı skarlar



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

SAÇ DÖKÜLMELERİNDE TAKVİYELER

Dr. Öğr. Üyesi Hülya Cenk

Pamukkale Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü, Denizli

Saç, termoregülasyon, fiziksel koruma ve sosyal etkileşimi sağlar ve aynı zamanda kozmetik görünüme katkıda bulunur. Kıl büyümesi, dermal papilla hücreleri ve epitel hücrelerini içeren kıl foliküllerinin büyümesi ve farklılaşmasının bir sonucudur. Kıl foliküllerinin oluşumu dört aşamadan oluşur; anajen (büyüme), katajen (gerileme), telojen (dinlenme) ve eksojen (dökülme). Saç döngüsü, büyüme uyarıcı veya engelleyici faktörler tarafından kontrol edilir.

Alopesi, saç yoğunluğunun azalması olarak tanımlanır ve inflamasyon ve enfeksiyon gibi çeşitli patolojilerin ortak bir belirtisi olarak kabul edilebilir. Alopesi yaşamı tehdit etmeyen bir durum olmasına rağmen, bireylerin estetik görünümünü, sosyal aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkilemektedir.

Alopesiler tiplerine göre çeşitli farmakolojik, kozmetik ve girişimsel yöntemlerle tedavi edilmektedir fakat, oral takviyelerin daha doğal ve zararsız olduğu düşünüldüğünden, bu seçeneklere yönelim azımsanamayacak kadar çoktur. Nutrasötikler besleyici olmanın yanında biyolojik olarak aktif özellikler içeren maddelerdir. Bunların içinde en dikkat çekenler; saw palmetto (cüce palmye ağacı meyvelerinden elde edilir), 5 α -redüktaz enzimini inhibe eder ve saçlı deriye giden kan akımını artırarak saçların çap ve sayısında artışa yol açabilmektedir. Prostat spesifik antijen seviyelerini değiştirmemesi ve düşük ilaç etkileşim potansiyeli ile ilaç kategorisindeki finasteride üstün yanlarıdır fakat antiandrojenik etkileri finasteriden daha zayıftır. Ashwagandha, kış kirazı olarak bilinmekte, stress durumunda salgılanan steroidlerin etkilerine toleransı artırdığından adaptojenik etkiye sahiptir. Bunun yanında antioksidan özelliği ve saçlı deriye giden kan akımını artırdığı bilinmektedir. Asthaxanthin, somon balığına ve deniz canlılarına pembe rengini veren karotenidleri içermekte ve güçlü bir antioksidan özellik göstermektedir. Hidrolize marin kollajen, kıl folikülünün bütünlüğünün korunmasını uyarmaktadır ve yapılan çalışmalarda kıl büyümesini artırdığı gösterilmiştir. Bilinen bir yan etkisi bulunmamakla birlikte, kabuklu deniz canlılarına allerjisi olanlarda kontrendikedir. Kırmızı yonca, 5 α -redüktaz enzimini inhibe eder ve antioksidan etkilidir. Kurkumin, zencefil içinde bulunmakta olup antioksidan özelliği, 5 α -redüktaz enzimini inhibe edebilmesi ve antiinflamatuvar etkileri ile saç dökümlerinde kullanılmıştır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Peru ginsengi (maka kökü), ashwagandha gibi adaptojenik etkiye sahiptir. Methylsulfonilmetan, artrit ve spor hekimiği alanında oldukça popülerdir. Sebze, meyve, süt ve kahvede bulunmaktadır, antioksidan ve antiinflamatuvar etkilidir. Piperin, kara biberden elde edilir. Gastrointestinal sistemden mikrobelerin emilimini artırır ve antioksidan etkilidir. Kafein ve kapsaisin IGF-1'i artırıp, TGF- β 'yı azaltarak saçım büyümesini stimüle ederler. At kuyruğu bitkisi, antiinflamatuvar, antioksidan ve 5 α -redüktaz inhibitörü olarak saçın büyümesini uyarabilmektedir. Kabak çekirdeği yağı, vitamin ve minerallerden zengin olup 5 α -redüktaz inhibisyonu yapabilmektedir. 5 α -redüktaz inhibisyonu yapabilen oral takviyeler, erkek fetüste ambigu genitaliye yol açabileceğinden, kadınlarda kullanılmaları sakıncalıdır. Sistein, L-lizin, Taurin, L-karnitin gibi aminoasitler ve esansiyel yağ asitleri saçın yapıtaşını desteklemektedir. Bunun yanında birçok vitamin ve mineraller saç büyümesindeki enzimlerin kofaktörü olarak rol almaktadır. Bu nedenle, burada bahsedilen maddelere ek olarak ayrı ya da kombine şekilde aminoasit, yağ asitleri, vitamin ve mineraller de oral takviyeler arasında yer almaktadır.

Oral takviyeler ilaçlar kadar sıkı üretim kontrolünden geçmediğinden, çoğunlukla standardize olmayan doz ve kombinasyonlarda piyasada bulunmaktadır. Bu nedenle dermatologların bu içereklere hakim olarak, bireyleri doğru seçim konusunda yönlendirebilmesi önemlidir.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya TURKEY

ATOPIK DERMATİT TEDAVİSİNDE YENİLİKLER

Prof. Dr. Kamer Gündüz

Manisa Celal Bayar Üniversitesi,

Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa

Atopik dermatitte (AD) klasik tedaviler arasında nemlendiriciler, topikal kortikosteroidler ve kalsinörin inhibitörleri, darbant UVB ve UVA1 gibi fototerapi yöntemleri, sistemik tedaviler olarak da sedatif antihistaminler, siklosporin, metotreksat, azatioprin, mikofenolat yer almaktadır.

Son yıllarda patogenezdaki gelişmeler üzerine hedefe yönelik yeni tedaviler gündeme gelmiştir. Bu ilaçlar arasında fosfodiesteraz 4 inhibitörleri, IL 4/IL 13, IL 13, IL 31, IL 33, IL 22, TSLP nhibitörleri, oral ve topikal JAK nhibitörleri yer almaktadır.

Krisaborol, bor içeren düşük molekül ağırlığına sahip küçük bir moleküldür. Selektif PDE-4 inhibisyonu yapar, hücre içi cAMP düzeyini artırırken, IFN- γ , TNF- α , IL-2, IL-4, IL-5, IL-13, IL-17 gibi sitokinlerin azalmasını sağlar. %2 merhem formu mevcut olup günde 2 kez kullanılması önerilir. Hafif/orta şiddette AD tedavisinde, erişkinlerde ve 3 aydan büyük çocuklarda kullanım onayı mevcuttur.

Kaşıntı, inflamasyon, ekskoryasyon ve likenifikasyon üzerinde etkili bulunmuştur. Uygulama alanında yanma-batma hissi gibi yan etkiler bildirilmiştir.

Dupilumab, tam insan monoklonal antikorudur. IL-4 α reseptörüne bağlanarak IL-4 ve IL-13 inhibisyonu yapar. Orta/şiddetli AD tedavisinde, erişkinlerde ve 6 yaş üzeri çocuklarda kullanım onayı mevcuttur. Yan etki olarak enjeksiyon yerinde reaksiyonlar, okuler yan etkiler (%10-30), yüzde kızarıklık (%5-10), eozinofili, HSV enfeksiyonu, eklem ağrısı ve psoriasis benzeri döküntüler bildirilmiştir.

Tralokinumab, IL-13 α reseptörüne bağlanarak IL-13 inhibisyonu yapar. Tam insan monoklonal antikorudur. Orta/şiddetli AD tedavisinde, erişkinlerde kullanım onayı mevcuttur. ÜSYE, konjunktivit, enjeksiyon yeri reaksiyonları, eozinofili gibi yan etkiler bildirilmiştir.

Lebrikizumab, solubl IL-13'e bağlanarak IL-13R α 1/IL-4R α heterodimerizasyonu inhibisyonu yapar. Humanize monoklonal antikorudur. Faz III çalışmaları devam etmekte.

Topikal JAK inhibitörlerinden ruxolitinib selektif JAK1/JAK2 inhibisyonu yapar. %1,5 krem formu mevcuttur. 12 yaş üzeri hastalarda, hafif-orta şiddetli AD tedavisinde 2021 yılında FDA onayı almıştır.

Uygulama alanında kaşıntı-yanma hissi, ÜSYE, baş ağrısı gib yan etkiler bildirilmiştir.



Delgositinib de topikal kullanılan bir Pan-JAK inhibitördür. Japonya'da 2021 yılında kullanım onayı almıştır. 2 yaş üzeri hastalarda %0.25 ve %0.50 krem kullanılmaktadır. Uygulama alanında iritasyon, kontakt dermatit bildirilmiştir.

Baricitinib, selektif JAK1/JAK2 inhibisyonu yapar. Oral yolla alınır. 2mg ve 4 mg tablet formları mevcuttur. Orta/şiddetli AD tedavisinde kullanım onayı mevcuttur. Nasofarenjit, ÜSYE, follikülit gibi yan etkiler bildirilmiştir.

Upadacitinib, selektif JAK1 inhibisyonu yapar. 15mg ve 30 mg tablet formu mevcuttur. 12 yaş üzeri hastalarda, orta/şiddetli AD tedavisinde onay almıştır. Nasofarenjit, ÜSYE, akne gibi yan etkiler bildirilmiştir.

Abrocitinib, selektif JAK1 inhibisyonu yapar. 50mg, 100 mg ve 200 mg tablet formları mevcuttur.

Orta/şiddetli AD tedavisinde onay almıştır. Nasofarenjit, ÜSYE, bulantı, baş ağrısı gibi yan etkiler bildirilmiştir.

Oral JAK inhibitörleri romatoid artrit hastalarında kullanıldığında, şiddetli infeksiyonlar (viral, bakteriyel, fungal), lenfoma ve diğer maligniteler, tromboz (DVT, pulmoner emboli, arteriyel tromboz) gibi ciddi yan etkiler bildirilmiştir. Ancak atopik dermatitli hastalarda yapılan çalışmalarda bu ciddi yan etkilere rastlanmamıştır. Malignite ve tromboz öyküsü olanlarda, ciddi enfeksiyon öyküsü, şiddetli kardiyovasküler hastalığı, şiddetli karaciğer ve böbrek hastalığı olanlarda, gebelik ve emzirme dönminde kullanılmamalıdır. 65 yaş ve üzerinde kullanılması gerekiyorsa düşük doz tercih edilmelidir.

Sonuç olarak, atopik dermatit tedavisinde hedefe yönelik ilaçlarla yeni bir dönem başladığı söylenebilir. İlaçların uzun dönem kullanımında etkinliği ve güvenirliliğinin gerçek yaşam verileri ile desteklenmesi gerekmektedir.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

PSORIASIS AND METABOLIC SYNDROME

Prof. Dr. Sanan Karimov, MD

Doctor of Medical Sciences

Head of the Department of Dermatovenereology AzSATID them A.Aliyeva

The report devoted to the topic “Psoriasis and Metabolic Syndrome” is devoted to the role of the metabolic syndrome and diseases included in this group in the pathogenesis of the psoriatic process and the relationship of psoriasis with the development of systemic inflammation. The data presented in the report will allow dermatovenereologists to correctly build a plan for examining patients with psoriasis in order to identify the metabolic syndrome and, based on this, develop a strategy for the treatment of both psoriasis and also comorbid conditions.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA ESTETİK UYGULAMALARIN PROSEDÜRÜ

Prof. Dr. Ümit Türsen

Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Mersin

Yumuşak doku arttırımı için uygulanan dolgular gibi kozmetik prosedürler, yaygın deri hastalıkları veya konnektif doku hastalıklarını tetikleyebilmektedir. Parafin ve silikon gibi yabancı maddelerin kozmetik cerrahide uygulama enjeksiyonlarını takiben konnektif doku hastalıkları oluşabildiği bildirilmektedir.

Bununla birlikte konnektif doku hastalığı olan hastaların büyük çoğunluğu yüzde gelişen deformiteleri yüzünden büyük endişe duyar ve bunun yaşlanmakla artabileceğini düşünmektedir. Skleroderma en coup de sabre, morfea, diskoid lupus eritematosus lezyonları şekil bozukluğuna yol açarken, kutanöz komplikasyonları düzeltmek için sadece çok kısıtlı tedavi seçeneklerimiz bulunmaktadır.

Dolgular, botulinum toksinleri, olog yağ nakli, PRP ve lazerler konnektif doku hastalıklarının inaktif peryodunda atrofik ve skatrisyel defektleri düzeltmek amacıyla başarılı şekilde kullanılabilir.

Konnektif doku hastalıklarının stabil anaktif dönemlerinde kozmetik düzeltme uygulamaları teknikleri sadece küçük olgu serileri ve izole olgu bildirilerinde sunulmuştur.

Skor sistemleri konnektif doku hastalıklarının aktivitesini değerlendirmede kullanılmaktadır. Serum akut faz reaktanı seviyeleri de konnektif doku hastalık aktivitesi değerlendirmede belirteç olarak kullanılabilir ve konnektif doku hastalarına yapılabilecek kozmetik işlemleri uygulayabilme ve uygulamaktan kaçınma kararına yardımcı olabilmektedir.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

LEISHMANIANIN FARKLI YÜZLERİ

Doç. Dr. İsa An

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa

Kutanöz leishmaniasis (KL) deride uzun süren nodülo-ülseratif lezyonlarla seyredip atrofik skatrisle iyileşen bir deri hastalığıdır. KL oluşumunu ve iyileşme sürecini konak ve parazitin özellikleri belirlemektedir. Paraziti alan birçok kişide parazit elimine edilir ve klinik enfeksiyon gelişmez. KL genel olarak akut (yaş ve kuru tip) ve kronik (rezidivan KL, lupoid) form olarak ikiye ayrılır.

KL çeşitli klinik görünülerinden dolayı bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom, keratoakantoma, deri lenfoması, psödolenfoma, metastazlar, mastositom, dermatofibrom, ksantogranülom, sporotrikoz, blastomikoz, histoplazmoz, parakoksidiodomikoz, kromoblastomikoz, impetigo, fronkül, karbonkül, ektima, erizipel, selülit, erizipeloid, deri difterisi, rinoskleroma, antrax, tularemi, lupus vulgaris, skrofuloderma, verrüköz tüberküloz, tüberküloz şankırı, buruli ülseri, yüzme havuzu granülomu, lepra, sifiliz, pinta, yaws, aktinomikozis, nokardiasis, botriomikozis, orf, sağmaç nodülü, kedi tırmığı hastalığı, verruka, molluskum kontagiozum, zona, herpes, tinea korporis, kerion, majochi granülomu, tropikal ülser, paronşi, diskoid lupus eritematozus, rozasea, sarkoidozis, granülatöz keilitis, şalazia, infundibular kist, pyoderma gangrenozum, numuler dermatit, plak psöriazis, pyojenik granülom, böcek ısırıkları, miyazis, travmatik ülser, staz ülseri, prurigo nodularis, liken simplex kronikus, keloid, yabancı cisim granülomu, preaurikular sinüs, tiroglosal kist, pemfigus foliaceus ve Wegener granülatozis gibi bir çok enfeksiyöz ve non enfeksiyöz deri hastalığıyla ayırıcı tanıya girer.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

ANDROGENETİK ALOPESİDE FDA ONAYLI TEDAVİLER

Doç. Dr. Munise Daye

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya

Androgenetik alopesi (AA); saç folikülünün anajen fazının kısalmasının eşlik ettiği, skatrisyel olmayan, ilerleyici minyatürizasyonu ile karakterizedir. Özel dağılımda kademeli olarak terminal kılların vellus kıllarına dönüşmesine neden olmaktadır. Erkek androgenetik alopesisi, aynı zamanda erkek tipi saç dökülmesi olarak bilinmektedir (ETSD). Androjen bağımlı bir durumdur. Kadın androgenetik alopesisi de, kadın tipi saç dökülmesi olarak bilinir (KTSD), androjenlerin rolü halen belirsizdir. Androgenetik alopeside oldukça yaygın bir durum olmasına karşın onaylanmış tedavi seçenekleri sınırlıdır. Bunlarda FDA onaylı olan tedaviler Finasterid, topikal minoksidil ve düşük enerjili lazer tedavileri (LLLT)'dir. Finasterid; ETSD'de görülen minyatürizasyondan sorumlu olan testesteronun dihidrotestesterona (DHT) dönüşümünü azaltan tip 2, 5-alfa-redüktaz inhibitörüdür. Genelde, genç hastalarda, vertex/orta-skalp alanlarında dökülmesi olanlarda daha iyi yanıtı sahiptir. Finasterid dozu 1 mg/gündür. Finasterid tedavisinin kesilmesiyle saçlar 1 yıl içerisinde kademeli olarak dökülüp tedaviye başlamadan önceki haline dönmektedir. Karaciğerde metabolize olduğu için karaciğer hastalığı olan hastalarda kullanımından kaçınılması önerilir. Teratojenitesi nedeniyle, hamile kadınların kan transfüzyonuyla bu tedaviyi almasını engellemek için finasterid alan erkek hastalar kan bağışında bulunmamalıdır. Seksüel yan etkileri; libidoda azalma erektil disfonksiyon, azalmış ejakülasyon hacmi, jinekomastidir. Finasterid; 1 mg/gün kullanırken prostat üzerindeki DHT'un azalması nedeniyle prostat-spesifik antijen (PSA) serum seviyeleri yaklaşık olarak %50 azalmaktadır. Elli yaşından büyük erkeklerde prostat kanserini maskeleyebileceğinden, tedaviye başlamadan önce PSA bazal seviyesinin kontrol edilmesi önerilmektedir. Kadınlarda finasteridin etkinliği iyi belirlenememiştir ve kullanımı endikasyon dışıdır. Minoksidil; AGA tedavisi için FDA tarafından onaylı ilk ve tek topikal ilaçtır. Minoksidilin saç büyümesi üzerine tam etki mekanizması hala belirsizdir. Muhtemelen potasyum kanalının açılması yoluyla direk arteriyolar vazodilatasyon yapmaktadır. Bu da kutanöz kan akışının artmasına, vasküler endotelial büyüme faktörü seviyesinin artmasına, ve dermal papillada saç büyüme destekleyicilerinin artmasına neden olur. ETSD'de %1'lik solüsyon %2'lik formundan daha etkin bulunmuştur ve %5'lik köpük ciddi anlamda saç büyümesini uyarmaktadır. Kontak dermatit, fasyal hipertrikoz, ilacın taşıyıcısı, özellikle propilen glikol, deri iritasyonuna veya allerjiye neden olabilir. Kadınlar içinse, minoksidil %2'lik solüsyon 1 ml günde 2 kez önerilen dozdan veya %5'lik köpüğün günde 1 kez kapak yarısı kadardır. Saç dökülmesi tedavilerinde saç çıkışını uyarmak için etkili ve güvenli alternatif tedavi seçeneği olarak 2007'de dalgaboyu 655 nm, bir LLLT lazer, FDA tarafından ETSD tedavisinde onay almıştır. 2011'de de KTSD'de onay almıştır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND
COSMETOLOGY CONGRESS

08 - 12 HAZİRAN / JUNE 2022

PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya

SÖZEL SUNUMLAR





**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

SS-01

DERMATOLOGLARIN VE DİĞER HEKİMLERİN DERMATOLOJİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞ VE DÜŞÜNCELERİ

Gaye Sülükçü, Işıl İnanır

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

GİRİŞ: Tıpta uzmanlık eğitimi, uzmanlık öğrencilerinin mesleki ve kişisel gelişimlerinin sağlanması amacıyla rehberlik ve gözetim altında sunulan organize bir eğitim programıdır. Bu eğitim sürecinde uzmanlık öğrencilerine teorik ve pratik eğitim verilerek etkin sağlık hizmeti sunacakları becerilerin ve aynı zamanda doğru tutum ve davranışlar ile temel araştırma becerilerinin kazandırılması amaçlanır. (1)

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde dermatoloji uzmanlık dalına giderek artan bir ilgi görülmektedir. Çalışmamızda bu ilginin nedenleri ve dermatoloji branşı seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu konuda ülkemizde yayınlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma dermatologların ve diğer hekimlerinin dermatoloji hakkındaki görüş ve düşüncelerinin sorgulandığı tanımlayıcı ve kesitsel bir anket çalışmasıdır. Çalışmamızda kullanılan anketler, hem Manisa Celal Bayar Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve uzmanlık öğrencileri ile konuşularak, hem de yurtdışında yapılan çalışmalarda kullanılan anketler değerlendirilerek hazırlanmıştır. Çalışmaya 251 (%50.2) dermatolog ve 249 (%49.8) dermatolog dışı diğer hekimler olmak üzere toplam 500 gönüllü alınmıştır.

Anket-1 yıl içerisinde gerçekleştirilen dermatoloji konulu kongre ve bilimsel toplantılarda çalışmaya katılmaya gönüllü dermatologlara yüz yüze uygulanmıştır. Anket-2 ise Manisa ilinde görev yapan çalışmaya katılmaya gönüllü dermatoloji branşı dışındaki diğer hekimlere çalışma ortamlarında yüz yüze uygulanmıştır.

Veriler Windows için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0 versiyon paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden frekans (f) ve yüzde (%) kullanılmıştır. Dermatologların ve diğer hekimlerin dermatolojiye bakış açıları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Ki-Kare testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri için 0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir. $P < 0.05$ değeri anlamlı farklılık olarak kabul edilmiştir.

GELİŞME: Çalışmaya katılan 251 dermatolog ve 249 dermatolog dışı diğer hekimlerden oluşan 500 kişilik gönüllü grubun demografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir.



Tablo 1. Demografik Özellikler ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Demografik Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	295	59
	Erkek	205	41
Ünvan	Profesör	48	9.6
	Doçent	20	4.0
	Doktor Öğretim Üyesi	16	3.2
	Uzman Doktor	212	42.4
	Araştırma Görevlisi	192	38.4
	Pratisyen Hekim	12	2.4
Kurum	Üniversite/Eğitim ve Araştırma Hastanesi	302	60.4
	Devlet Hastanesi	137	27.4
	Özel Hastane	36	7.2
	Muayenehane	22	4.4
	Diğer	3	0,6
Branş	Dermatoloji	251	50.2
	Dermatoloji Dışı Branşlar	249	49.8

Tablo 2'de çalışmaya katılan tüm hekimlerin sayı ve yüzdeleri, minimum ve maksimum yaşları ve yaş ortalamaları ile meslek yılları ile ilgili bulgular verilmiştir. Dermatolog kadın sayısı fazla olduğu için dermatologlar ve diğer hekimlerin cinsiyetleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 2. Dermatolog ve Diğer Hekimlerin Cinsiyet, Yaş ve Meslek Yılları

		Dermatolog (sayı-yüzde)	Diğer hekimler (sayı-yüzde)	P*
Cinsiyet	Kadın	175 (%69.7)	120 (%48.2)	<0.001
	Erkek	76 (%30.3)	129 (%51.8)	
Yaş Minimum-Maksimum (Ortalama)		25-85 (38.6)	23-69 (35.1)	0.073
Meslek Yılı Minimum-Maksimum (Ortalama)		1- (13.6)	1-45 (10.6)	0.393

*ki-kare



Dermatolog ve diğer hekimlerin branşlarından memnuniyet durumu ve tekrar hekim olmayı isteme, dermatologların tekrar dermatoloji branşı seçme istekleri ve diğer hekimlerin tercih etme hakları olması halinde dermatoloji branşı seçme istekleri ile ilgili bulgular Tablo 3'te verilmiştir. Branş memnuniyeti ve tekrar hekim olma isteği açısından dermatologlar ve diğer hekimler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Dermatologlar branşlarından diğer hekimlere göre daha çok memnundur ve dermatologların tekrar hekim olmayı isteme oranları diğer hekimlere göre daha yüksektir.

Tablo 3. Hekimlerin Branşlarından Memnuniyetleri, Tekrar Hekim Olma ve Dermatolojiyi Seçme İstekleri

	Evet		Hayır		Kararsızım		P*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
BRANŞ MEMNUNİYETİ							
Dermatolog	240	95.6	5	2.0	6	2.4	<0.001
Diğer Hekim	168	70.9	37	15.6	32	13.5	
Toplam	408	81.6	42	8.4	38	7.6	
TEKRAR HEKİM OLMA İSTEĞİ							
Dermatolog	144	57.4	67	26.7	40	15.9	<0.001
Diğer Hekim	90	36.1	107	43.0	52	20.9	
Toplam	234	46.8	174	34.8	92	18.4	
TEKRAR DERMATOLOJİ SEÇME İSTEĞİ							
Dermatolog	230	91.6	5	2	16	6.4	

	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Diğer Hekimlerin Dermatoloji Seçme İsteği						
Diğer Hekim	103	41.4	111	44.6	35	14.1

*ki-kare

Dermatologların dermatoloji branşını seçme nedenleri ve diğer hekimlerin son zamanlarda dermatoloji branşına artan ilginin nedenleri hakkındaki düşüncelerini içeren bulgular Tablo 4'te verilmiştir.



Tablo 4. Dermatologların ve Diğer Hekimlerin Dermatolojiye Bakış Açıları

	Dermatolog		Diğer Hekim		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Dermatolojik hastalıklara ilgi duymak	140	55.8	39	15.7	*0.00
Dermatolojinin rahat bir branş olması	164	65.3	212	85.1	*0.00
Dermatolojik hastalıkların nadiren yaşamı tehdit edici olması	154	61.4	174	69.9	*0.04
Kronik dermatolojik hastalıkları tedavi edilebilir veya kontrol edilebilir hale getiren tıptaki son gelişmelerin tatmin edici olması	52	20.7	15	6.0	*0.00
Dermatolojik hastalıkların çoğunun ayakta tedavi temelli olması	102	40.6	131	52.6	*0.007
Çalışma saatlerinin kontrol edilebilir olması ve kontrol edilebilir yaşam tarzı özelliği	147	58.6	164	65.9	0.09
Her yaş grubundan hastalarla etkileşim olması	69	27.5	8	3.2	*0.00
Medikal ve cerrahi alanları kapsamı	125	49.8	27	10.8	*0.00
Akademik araştırma alanının geniş olması	64	25.5	9	3.6	*0.00
Farklı hasta türlerini görme fırsatı	69	27.5	3	1.2	*0.00
Kozmetoloji alanındaki gelişmelerin tatmin edici olması	119	47.4	138	55.4	0.07
Kozmetolojiye artan ilgi ve kozmetoloji alanında çalışma fırsatı	117	46.6	174	69.9	*0.00
Özel hastane, klinik ya da muayenehanede çalışma imkanlarının tatmin edici olması	132	52.6	136	54.6	0.6
Klinik tanı becerilerine bağımlılık, laboratuvar incelemesi ve görüntüleme yöntemlerine nadiren ihtiyaç duyulması	81	32.3	43	17.3	*0.00
Dermatoloji hastalarının başvuru devamlılığının sağlama imkanı	17	6.8	9	3.6	0.1
Ekonomik gelirin tatmin edici olması	51	20.3	116	46.6	*0.00
Dermatologların tatmin edici aile yaşantısı	107	42.6	77	30.9	0.007

*ki-kare, $p < 0.05$

Dermatologların dermatolojinin zorlukları hakkındaki görüş ve düşünceleri ile ilgili sadece dermatologlara uygulanan anketlerden elde edilen tanımlayıcı bulgular Tablo 5'te verilmiştir.



Tablo 5. Dermatologların Dermatolojinin Zorlukları ile İlgili Düşünceleri

	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Dermatolojik hastalıkların oldukça yaygın olması	95	38	155	62
Dermatolojiye başvuran hasta sayısının fazla olması	185	74	65	26
Dermatoloji uzman sayısının yetersiz olması nedeni ile iş yükünün fazla olması	108	43.2	142	56.8
Tanısal tetkiklerden çok klinik tanı becerilerine bağımlılık	55	22	195	78
Saç, deri ve tırnak semptomları ile kendini gösteren çok geniş tıbbi durumların teşhis ve tedavisini gerektirmesi	69	13.8	181	72.4
Çok çeşitli vaka, yaş grubu ve deri tipi ile ilgilenilmesi	52	20.8	198	79.2
Dermatolojik hastalıkların çoğunun kronik ve tekrarlayıcı karakterde olması	128	51.2	122	48.8
Hasta memnuniyetsizliği	141	56.4	109	43.6
Hastaların kozmetik kaygıları	108	43.2	142	56.8
Dermatoloji eğitiminde kozmetoloji eğitiminin yetersiz olması	101	40.4	149	59.6
Dermatopatolog ile işbirliği gerektirmesi ve dermatopatoloğa ulaşma zorluğu	76	30.4	174	69.6
Dermatolojide yapılan işlemlerin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'a göre devletteki performans puanının düşük olması	131	52.4	119	47.6
Ekonomik gelirin tatmin edici olmaması	63	25.2	187	74.8

Diğer hekimlerin dermatoloji branşı hakkındaki görüş ve düşünceleri ile ilgili sadece diğer hekimlere uygulanan anketlerden elde edilen bulgular Tablo 6'da verilmiştir. Dermatolog olmayan hekimler, deri hastalıklarının dermatologları fazla yormadığını (%81.1), nadiren hayatı tehdit ettiğini (%77), kronik deri hastalıklarının takibini dermatologların yapması gerektiğini (%87) düşünmekteydiler. %46'sı dermatolojiye ilginin sağlık sisteminde sorunlara neden olacağını ve %47'si tedavilerinin kolay olduğunu ifade ettiler.



Tablo 6. Diğer Hekimlerin Dermatoloji Hakkındaki Görüş ve Düşünceleri ile İlgili Bulgular

	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Dermatolojik hastalıkların oldukça yaygın olması	95	38	155	62
Dermatolojiye başvuran hasta sayısının fazla olması	185	74	65	26
Dermatoloji uzman sayısının yetersiz olması nedeni ile iş yükünün fazla olması	108	43.2	142	56.8
Tanısal tetkiklerden çok klinik tanı becerilerine bağımlılık	55	22	195	78
Saç, deri ve tırnak semptomları ile kendini gösteren çok geniş tıbbi durumların teşhis ve tedavisini gerektirmesi	69	13.8	181	72.4
Çok çeşitli vaka, yaş grubu ve deri tipi ile ilgilenilmesi	52	20.8	198	79.2
Dermatolojik hastalıkların çoğunun kronik ve tekrarlayıcı karakterde olması	128	51.2	122	48.8
Hasta memnuniyetsizliği	141	56.4	109	43.6
Hastaların kozmetik kaygıları	108	43.2	142	56.8
Dermatoloji eğitiminde kozmetoloji eğitiminin yetersiz olması	101	40.4	149	59.6
Dermatopatolog ile işbirliği gerektirmesi ve dermatopatoloğa ulaşma zorluğu	76	30.4	174	69.6
Dermatolojide yapılan işlemlerin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'a göre devletteki performans puanının düşük olması	131	52.4	119	47.6
Ekonomik gelirin tatmin edici olmaması	63	25.2	187	74.8

Hekimlerin branş memnuniyetlerinin, tekrar hekim olma isteklerinin ve diğer hekimlerin dermatoloji branşı seçme isteklerinin branş türüne göre dağılımı ile ilgili bulgular tablo 7'de verildi. Branş türüne göre hekimlerin branşlarından memnuniyetleri ve tekrar hekim olma istekleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 7. Hekimlerin Branş Memnuniyetleri, Tekrar Hekim Olma İstekleri ve Diğer Hekimlerin Dermatolojiyi Seçme İsteklerinin Branşlarına Göre Dağılımı

BRANŞ MEMNUNİYETİ	Evet		Hayır		Kararsızım		P*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Dahili Tıp Bilimleri	101	69.1	22	15.1	23	15.8	0.001
Cerrahi Tıp Bilimleri	62	75.7	13	15.8	7	8.5	
Temel Tıp Bilimleri	4	44.5	3	33.3	2	22.2	
Dermatoloji	240	95.6	5	2.0	6	2.4	
TEKRAR HEKİM OLMA İSTEĞİ	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	P
Dahili Tıp Bilimleri	52	35.6	64	43.8	30	20.6	0.0009
Cerrahi Tıp Bilimleri	31	37.8	35	42.7	16	19.5	
Temel Tıp Bilimleri	5	55.6	2	22.2	2	22.2	
Dermatoloji	144	57.4	67	26.7	40	15.9	
DİĞER HEKİMLERİN DERMATOLOJİ SEÇME İSTEĞİ	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	P
Dahili Tıp Bilimleri	66	45.3	61	41.7	19	13.0	0.08
Cerrahi Tıp Bilimleri	24	29.3	45	54.9	13	15.8	
Temel Tıp Bilimleri	6	66.7	2	22.2	1	11.1	

*ki-kare

Cinsiyete göre hekimlerin branşlarından memnuniyetleri, tekrar hekim olma istekleri ve diğer hekimlerin dermatoloji branşı seçme istekleri ile ilgili bulgular tablo 8'de verildi. Cinsiyete göre branş memnuniyeti ve tekrar hekim olma isteği arasında anlamlı fark yoktu. Ancak cinsiyete göre diğer hekimlerin dermatoloji branşı seçme isteği arasındaki fark anlamlı bulundu. Kadın hekimlerin dermatoloji branşı seçme isteği erkeklere göre daha yüksek oranda bulundu.

Tablo 8. Cinsiyete Göre Hekimlerin Branşlarından Memnuniyetleri, Tekrar Hekim Olma İstekleri ve Diğer Hekimlerin Dermatolojiyi Seçme İstekleri

BRANŞ MEMNUNİYETİ	Evet		Hayır		Kararsızım		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kadın	241	82.8	28	9.6	22	7.6	0.6
Erkek	167	84.8	14	7.1	16	8.1	

TEKRAR HEKİM OLMA İSTEĞİ	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p
	Kadın	149	50.5	96	32.5	50	
Erkek	85	41.5	78	38.1	42	20.4	

DİĞER HEKİMLERİN DERMATOLOJİ SEÇME İSTEĞİ	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p
	Kadın	66	55	41	34.2	13	
Erkek	37	28.7	70	54.3	22	17	

*ki-kare

Ünvanlarına göre dermatologların tekrar hekim olmayı isteme durumları ile ilgili bulgular Tablo 9'da verildi. Profesörler en fazla tekrar hekim olmayı isteyen gruptu. Hiyerarşinin alt sıralarına inildiğinde tekrar hekim olma isteğinin azaldığı bulundu.



Tablo 9. Dermatologların ünvanlarına göre tekrar hekim olmayı isteme durumları

	Evet		Hayır		Kararsızım		P*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Profesör	31	86.1	1	2.8	4	11.1	0.016
Doçent	8	57.1	4	28.6	2	14.3	
Doktor Öğretim Üyesi	7	53.8	4	30.8	2	15.4	
Uzman	60	53.6	37	33.0	15	13.4	
Asistan	38	50.0	21	27.6	17	22.4	

*ki-kare

Sonuçlar: Son yıllarda tıp fakültesi öğrencilerinde Deri ve Zührevi Hastalıkları branşına karşı giderek artan bir ilgi görülmektedir. Ancak bu ilginin nedenleri yeterince irdelenmemiştir. Dünyada ve ülkemizde bu konuda az sayıda çalışma bulunmakta, üstelik bu makaleler daha çok branş seçimi aşamasında olan gruplara odaklanmaktadır. Yatangaç'ın yapmış olduğu çalışmada ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerinin tercih etmek istedikleri bölümler sırasıyla Deri ve Zührevi Hastalıkları, Radyoloji, Göz Hastalıkları, Kardiyoloji ve bir yan dal olarak Endokrinoloji olarak bildirilmiştir (2).

Dermatologlarda memnuniyet konusunda farklı ülkelerde yapılan çalışmalar dermatologların diğer hekimlerden daha yüksek iş tatmini ve daha az mesleki tükenmişliğe sahip olduğunu göstermektedir. Arias ve ark.'nın Meksika'da yaptığı çalışmada dermatologların branşlarından diğer hekimlere göre daha yüksek düzeyde memnun oldukları saptanmıştır. Bu memnuniyet hem mesleki, hem de kişisel alana yansımıştır. Bu çalışmada çalışmaya katılan dermatologların %93.2'si branşlarından çok memnun olduklarını, %98.6'sı tekrar uzmanlık alanı olarak dermatoloji branşı seçeceklerini belirtti (3).

Bizim çalışmamızda da dermatologların % 95.6'sı branşlarından memnun iken, diğer hekimlerin ise %70.9'u branşlarından memnundur. Ayrıca dermatologların %91.6'sı tekrar seçme hakları olması halinde dermatoloji branşını seçeceklerini belirtmiştir. Bu da dermatologların branşlarından yüksek düzeyde memnun olduklarını göstermektedir. Bu memnuniyet hekimliği tekrar seçme kararlarına da yansımaktadır. Dermatologların %57,4'ü tekrar hekim olmak isterken bu oran diğer hekimlerde %36.1'dir. Dermatologlar ve diğer hekimlerin hekimlik mesleğinden mutluluk ve memnuniyetleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve dermatologlar daha yüksek mutluluk, iş tatmini ve daha az mesleki tükenmişliğe sahiptir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

Çalışmaya katılan dermatoloji branşı dışındaki diğer hekimlerin %41.4'ü tercih etme hakları olması halinde dermatoloji branşını tercih edeceklerini belirtmiştir. Diğer hekimlerin yüksek oranda dermatoloji branşı seçme isteği son zamanlarda dermatoloji branşına artan ilginin göstergesidir. Beklentimiz daha fazla hekimin dermatolog olmayı isteyebileceği şeklindeydi. Üstelik çalışmamızdaki 35 olan yaş ortalaması bu hekimlerin daha çok genç uzmanlardan oluştuğunu göstermekteydi. Bu genç grupta günümüzün dermatolojiye eğilimini gözlemedik.

Çalışmamızda dermatologların dermatoloji branşını seçmelerinde en etkili faktörler dermatolojinin rahat bir branş olması (%65.3), dermatolojik hastalıkların nadiren yaşamı tehdit edici olması (%61.4) çalışma saatlerinin kontrol edilebilir olması ve kontrol edilebilir yaşam tarzı özelliği (%58.6), dermatolojik hastalıklara ilgi duymak (%55.8), özel hastane, klinik ya da muayenehanede çalışma imkanlarının tatmin edici olması (%52.6), medikal ve cerrahi alanları kapsaması (% 49.8), kozmetoloji alanındaki gelişmelerin tatmin edici olması (%47.4), kozmetolojiye artan ilgi ve kozmetoloji alanında çalışma fırsatı (%46.6), dermatologların tatmin edici aile yaşantısı (%42.6), dermatolojik hastalıkların çoğunun ayaktan tedavi temelli olması (%40.6) ve klinik tanı becerilerine bağımlılık, laboratuvar incelemesi ve görüntüleme yöntemlerine nadiren ihtiyaç duyulması(%32.3) dir.

Aldahash ve ark.'nın Suudi Arabistan'da yaptığı çalışmada dermatoloji seçimini etkileyen en önemli faktörler dermatolog olmanın cazibesi, dermatologların tatmin edici aile yaşantısı, çalışma saatlerinin kontrol edilebilir olması ve kontrol edilebilir yaşam tarzı özelliği, dermatolojinin rahat bir branş olması ve klinik tanı becerilerine bağımlılık, laboratuvar incelemesi ve görüntüleme yöntemlerine nadiren ihtiyaç duyulması olarak bildirilmiştir (4).

Çalışmamızda dermatolog dışı hekimlere neden dermatolojinin seçildiği sorulduğunda bu artan ilgiyi etkileyen en önemli faktörler dermatolojinin rahat bir branş olması (%85.1), dermatolojik hastalıkların nadiren yaşamı tehdit edici olması (%69.9), kozmetolojiye artan ilgi ve kozmetoloji alanında çalışma fırsatı (69.9), çalışma saatlerinin kontrol edilebilir olması ve kontrol edilebilir yaşam tarzı (65.9), kozmetoloji alanındaki gelişmelerin (%55.4), özel hastane, klinik ya da muayenehanede çalışma imkanlarının (%54.6), ekonomik gelirin (%46.6) ve dermatologların aile yaşantısının (%30.9) tatmin edici olmasıdır.

Çalışmamızda dermatologların %65.3'ü, diğer hekimlerin ise %85.1'i dermatolojinin rahat bir branş olduğunu düşünmektedir. Dermatologların ve diğer hekimlerin dermatolojinin rahat bir branş olması konusundaki düşünceleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve diğer branşlar dermatolojiyi daha çok rahat bir branş olarak görmektedir.

Dermatologlar genellikle "cilt doktorları" olarak kabul edilirler, ancak cilt, saç, tırnak, ter bezleri ve mukoza semptomları ile bulgu veren çok çeşitli ve geniş hastalıkların tanı ve tedavisi ile de ilgilenirler. Ayrıca çok çeşitli vakalarla, yaş grupları ile ve ırklarla ilgilenirler ve farklı klinik durumların çözümlenmesine katkı sağlarlar. Dermatolojik hastalıkların ayaktan tedavi temelli olduğu ve dermatolojik hastalıkların yaşamı tehdit etmeyeceği düşünülse



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

de dermatologlar ölümcül ilaç reaksiyonları, otoimmün büllü hastalıklar gibi daha pek çok mortalite ve morbiditesi yüksek acil tedavi gerektiren hastalığın tanı ve tedavisi ile de ilgilienirler. Ayrıca dermatoloji branşında klinik tanı becerilerine bağımlılık ve hastalık teşhisinde diğer branşların aksine laboratuvar incelemesi ve görüntüleme yöntemlerine nadiren ihtiyaç duyulması ise bazı durumlarda dermatolojiye kolaylık sağlarken, bazı durumlarda ise hastalık teşhisini zorlaştırmaktadır. Bu özellikler aslında dermatolojinin diğer hekimlerin düşündüğü kadar rahat bir branş olmadığını, fakat bu durumun diğer hekimler tarafından bilinmediğini, algılanmadığını ya da yadsındığını göstermektedir.

Çalışmamızda anket sorularında yer almayan ancak katılımcıların kendi görüşlerini belirttikleri bölümden elde edilen bulgulara göre dermatolog olmanın zorluklarından biri de mesai saatleri dışında mesleki çalışmanın devam etmesidir. Sosyal ortamlarda deri hastalıkları ve tedavileri, özellikle de kozmetik işlemler hakkında sürekli soru sorulmakta, bu durum dermatoloğun dinlencesini kısıtlanmasına ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Bazı dermatologlar bu nedenle bazı sosyal etkinliklerden uzak kalmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Son zamanlarda tele konsültasyon ile dermatolojik lezyonun fotoğraflanarak dermatoloğa danışılması bu sorunu daha karmaşık hale getirmektedir. Dinlenme saatlerinde rahatsız edileme dışında hekimler uygun ve yeterli olmayan bir şekilde tanı koymaya ve reçete yazmaya zorlanmaktadır. Oysaki dermatolojik muayenede tek başına inspeksiyon her zaman yeterli değildir. Özellikle net olmayan görüntülerle bu durumu zorlamak hastaya yarardan çok zarar getirebilmektedir. Lezyonun uygun ışık altında incelenmesi, palpasyonu, gerekli ise dermoskop ve wood lambası gibi tanıya yardımcı araçlarla incelenmesi ya da mikroorganizmalara yönelik tanısal tetkikler veya deri biyopsisi gibi invaziv tanısal yöntemlerle ayırıcı tanıya gidilmesi gerekebilir. Bu nedenle sosyal ortamlarda ve tele konsültasyon şeklinde hasta danışılması dermatologların doğru tanı koymasını bazı durumlarda zorlaştırır. Hatta yasal olarak sıkıntılı durumlara neden olabilir. Bu durum dermatologların karşılaşmaktan hoşlanmadıkları bir konudur.

Branş seçimlerinde önemli faktörlerden biri de yüksek ekonomik gelir potansiyelidir. (4) Çalışmamızda dermatologların %20.3'ü dermatoloji branşı seçiminde ekonomik gelirin tatmin edici olmasının etkili olduğunu düşünürken, diğer hekimlerin %46.6'sı dermatoloji branşı seçiminde ekonomik gelirin tatmin edici olmasının etkili olduğunu düşünmüştür. Dermatologlar ve diğer hekimler arasında dermatoloji branşının tatmin edici ekonomik getirisi ile ilgili fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve diğer hekimler dermatologlara göre daha yüksek oranda dermatoloji branşının ekonomik getirisinin tatmin edici olduğunu düşünmektedir. Çalışmamızda yer alan dermatologlar dermatolojinin zorluklarını sorgularken %25.2 oranında ekonomik gelirin tatmin edici olmadığını belirtmiştir. Burdan yola çıkıldığında dermatologların bölüm seçiminde maddi kazancın ön planda olmadığını, ama genelde gelirlerinden memnun olduğunu söyleyebiliriz.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

Dermatologların dermatolojinin ekonomik getirisinin tatmin edici olmadığını düşünmelerinde etkili faktörlerin dermatolojik işlemlerin SUT(Sağlık Uygulama Tebliği)' a göre performans puanının düşük olması ve bazı işlemlerin performans puanının olmaması, dermatologların ekonomik gelirlerini etkileyen önemli bir faktör olan kozmetik uygulamaların son zamanlarda dermatoloji dışındaki diğer hekimler tarafından sıklıkla uygulanmaya başlanması ve dermatolog olmayan hekimlerin de dermatolojik hastalıkları tedavi etmeye başlamalarının ekonomik rekabete yol açması olduğu düşünülmüştür. Anket sorularında yer almayan ancak katılımcıların kendi görüşlerini belirttikleri bölümden elde edilen bulgulara göre de son yıllarda dermatoloji dışında diğer branş hekimlerinin ve diğer meslek gruplarının kozmetoloji alanında sıklıkla çalışması ve bu durumun yol açtığı ekonomik rekabet son yıllarda dermatologların karşılaştıkları olumsuzluklar arasındadır.

Çalışmamıza katılan dermatologların %52.4'ü dermatolojide yapılan işlemlerin SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) 'a göre devletteki performans puanının düşük olduğunu belirtmiştir. Dermatolojide uygulanan işlemlerin SUT'ta düşük performans puanları ile değerlendirilmesi ya da hiç yer almaması ekonomik getiri yanısıra dermatologların kendilerinin ve branşlarının daha değersiz görüldüğünü düşünmelerine neden olmaktadır.

Tıp öğrencilerinin branş seçimlerini etkileyen faktörler çeşitli çalışmalarda branşın rahatlığı, hasta yükü, çalışma saatleri, ekonomik gelir ve kontrol edilebilir yaşam tarzı özelliği olarak belirtilmiştir. Kontrol edilebilir bir yaşam tarzı boş zaman, aile ve mesleki uğraşlar için tıbbi uygulamadan bağımsız kişisel zamanın olduğu ve mesleki sorumluluklara harcanan haftalık saatler üzerinde kontrole sahip olunan zamandır. Bu çalışmalarda dermatologlar en az mesleki tükenmişliğe sahip ve aileye ayrılan zaman açısından en fazla zamana sahip hekimler olarak bulunmuştur. Ayrıca kadın tıp öğrencilerinin bir meslekle başa çıkmadaki zorluklar ve aile yükümlülükleri nedeni ile kontrol edilebilir yaşam tarzı özelliğine sahip uzmanlıkları daha çok tercih ettikleri bulunmuştur. (4,5) Tekin ve ark'nın yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrasında maddi getirisi yüksek veya çalışma koşullarının rahat olduğu bölümleri tercih ettiği bulunmuştur. (6)

Chang Y-W ve ark.'nın Tayvan'da yaptığı çalışmada son 30 yılda dermatoloji branşına artan ilgi ve kadın hekimlerin dermatoloji branşı seçiminde artış görülmektedir.(7) Kişilik özellikleri, cinsiyet ve çevresel faktörler her kişide belirli bir biçimde etkileşime girerek kariyer ve iş seçimini, belirli faaliyetlere olan eğilimi ve bu da mutluluk ve memnuniyet düzeyini etkiler (3) Bizim çalışmamızda da dermatoloji dışındaki diğer hekimlerin tercih etme hakları olması halinde dermatoloji branşı seçme isteği kadın hekimlerin %55 'inde, erkek hekimlerin ise %28.7'sinde görülmektedir. Kadın hekimlerin dermatoloji branşına ilgisinin erkek hekimlerden daha fazla olduğu çalışmamızda da saptanmıştır.

Kadın hekimlerin dermatoloji branşına ilgisinin erkek hekimlerden daha fazla olmasında etkili faktörlerin dermatoloji uzmanlığında nöbetin olmaması ya da nöbet sayısının az olması, kontrol edilebilir yaşam tarzı özelliğinin diğer branşlara göre daha fazla olması ve dermatologların tatmin edici aile yaşantısı olduğu düşünülmektedir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Mesleki stres ile ilgili faktörler de uzmanlık alanı seçimini etkilemektedir. Dikkat gerektiren hasta sayısındaki artış duygusal ve zihinsel aşırı yüklenme ile sonuçlanır. Bu da çalışanların adaptasyon ihtiyaçlarında ve dolayısıyla taleplerinde artışa neden olur. Çalışma saatlerinin artması ile birlikte çalışma koşullarının bozulması problem çözme ve sorunlarla başa çıkma olasılığını azaltır ve bu faktörler stres ve kronik tükenmişlik ile sonuçlanır. (3) Çalışmamızda da dermatologların %61.4'ü ve diğer hekimlerin %69.9'u dermatolojik hastalıkların nadiren yaşamı tehdit edici olduğunu; benzer şekilde dermatologların %40.6'sı, diğer hekimlerin %52.6'sı dermatolojik hastalıklarının çoğunun ayaktan tedavi temelli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca dermatologların %58.6'sı ve diğer hekimlerin %65.9'u dermatoloji branşında çalışma saatlerinin kontrol edilebilir olmasının ve kontrol edilebilir yaşam tarzı özelliğinin bu branşa son yıllarda artan ilginin nedenlerinden olduğunu düşünmektedir.

Dermatoloji branşı diğer branşlara göre rahat bir branş olarak düşünülmektedir, ancak dermatoloji branşının da bazı zorlukları vardır. Dermatolojik hastalıkların oldukça yaygın, kronik ve tekrarlayıcı karakterde olması dermatolojiye başvuran hasta sayısını artırır. Hem hasta sayısının fazla olması hem de dermatoloji uzman sayısının diğer uzmanlara göre daha az olması da dermatologların iş yükünü artırır. Ülkemizde bazı dermatoloji polikliniklerinde günde 100 ve daha fazla sayıda hastaya hizmet verilmektedir. Bu durum hasta başına ayrılan zamanı belirgin olarak azaltmakla birlikte dermatologların tanı ve tedavi sürecini oldukça zorlaştırmaktadır. Ayrıca dermatolojik hastalıklar kişide kozmetik kaygılar da yaratır. Bu da dermatoloji hastalarında hasta memnuniyetsizliğinin diğer branşlara göre daha fazla olmasına yol açar. Ayrıca dermatoloji normal deri sağlığının devamlılığı ile de ilgilenen bir branş olduğu için dermatolojik hastalığı olmayan sağlıklı kişilere de hizmet sunmakta ve bu da günlük yükü artırmaktadır.

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre dermatoloji branşının dermatologlara göre başlıca zorlukları ve olumsuzlukları dermatolojiye başvuran hasta sayısının fazlalığı (%74), hasta memnuniyetsizliği (%56.4), dermatolojik işlemlerin düşük SUT performans puanı (%52.4), dermatolojik hastalıkların çoğunun kronik ve tekrarlayıcı özelliği (%51.2), dermatoloji uzman sayısının yetersizliği nedeniyle iş yükünün fazlalığı (%43.2), hastaların kozmetik kaygıları (%43.2), dermatolojik hastalıkların yaygınlığı (%38), kozmetoloji eğitiminin yetersiz olması (40.4)' dir.

Çalışmamızda diğer hekimlerin dermatoloji branşına bakış açıları ve diğer branşlar ile dermatoloji branşı arasındaki iletişimi etkileyen faktörlerin belirlenmesi de amaçlanmıştır. Diğer hekimlerin dermatoloji branşı ile ilgili düşüncelerine yönelik sorulardan elde edilen bulgulara göre diğer hekimler dermatoloji ile ilgili başlıca "dermatolojik hastalıkların çoğu kronik ve tekrarlayıcı karakterdedir ve dermatolojik hastalıkların takibi dermatologlar tarafından yapılmalıdır" (%87.6), "dermatolojik hastalıklar çoğunlukla ayaktan tedavi temellidir ve hekimi fazla yormaz" (%81.1), "dermatoloji branşında hayatı tehdit edici hastalıklar çok nadirdir" (%77.1), "dermatolojik hastalıkların tanısında klinik tanı becerilerine bağlılık ve laboratuvar incelemesi ile görüntüleme yöntemlerinin nadiren kullanılması diğer branş hekimlerinin dermatolojik hastalıklara tanı koymasını zorlaştırır"



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

(%50.6), “dermatolojik hastalıkların tedavisi kolaydır ve tedaviye dirençli hastalıklarla nadiren karşılaşılır” (%47), “ tıp fakültesi öğrencilerinde dermatoloji branşına giderek artan ilgi ileride sağlık sistemi üzerinde olumsuzluklara yol açabilir” (%45.8) düşüncelerine sahiptir.

Tıpta uzmanlık alanları temel olarak dahili tıp bilimleri, cerrahi tıp bilimleri ve temel tıp bilimleri olarak üçe ayrılır. Uzmanlık alanı türüne göre hekimlerin branşlarından memnuniyetlerinin farklı olduğu ve branş türleri arasında bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu çalışmamızda gösterilmiştir. Dermatologlar ayrı bir grup ve diğer hekimler branş türlerine göre gruplandırılarak incelendiğinde elde edilen bulgulara göre dermatologların %95.6’sı branşlarından memnun iken, dahili branş hekimlerinin %69.1’i, cerrahi branş hekimlerinin %75.7’si, temel tıp bilimleri hekimlerinin %44.5’i branşlarından memnundur. Elde edilen verilere göre dermatologlar diğer branş hekimlerine göre branşlarından daha memnundur. Temel tıp bilimleri hekimleri branşlarından en az memnun hekim grubundadır. Cerrahi branş hekimleri ise dermatoloji dışındaki diğer dahili branş hekimlerine ve temel tıp bilimleri hekimlerine göre branşlarından daha memnundur.

Cerrahi branş hekimlerinin dahili branş hekimlerine göre branşlarından memnuniyetlerinin daha fazla olmasında cerrahi branşlarda günlük tedavi edilen hasta sayısının dahili branşlara göre daha az olmasının ve mesleki tatminin daha yüksek olmasının etkili olduğu düşünülmüştür. Temel tıp hekimlerinin branşlarından memnuniyetlerinin diğer hekimlere göre düşük olmasında ise hasta ile birebir iletişimi olmayan bu branşlarda mesleki tatminin ve ekonomik getirinin daha düşük olmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Branş türüne göre hekimlerin tekrar hekim olmayı isteme durumları ile ilgili fark da branş türleri arasında anlamlı bulundu. Dermatologların %57.4’ü tekrar hekim olmayı isterken, temel tıp hekimlerinin % 55.6’sı, cerrahi branş hekimlerinin %37.8’i, dahili branş hekimlerinin ise %35.6’sı tekrar hekim olmayı istediklerini belirtti. Her ne kadar temel tıp bilimleri hekimlerinin branşlarından memnuniyetleri diğer hekimlere göre düşük oranda olsa da tekrar hekim olma istekleri dermatoloji dışındaki diğer branş hekimlerinden fazla oranda bulundu. Bu da temel tıp branşlarındaki mesleki tükenmişliğin dermatoloji dışındaki diğer branşlardan daha az olduğunu düşündürmektedir. Dermatologlar ise diğer branş hekimlerine göre en az mesleki tükenmişliğe sahip hekimlerdir.

Çalışmamızda anket sorularında yer almayan ancak katılımcıların kendi görüşlerini belirttikleri bölümden elde edilen bulgulara göre son zamanlarda malpraktis davalarının daha az olduğu ve ayrıca hekime şiddet olaylarının daha az yaşandığı branşların daha çok tercih edildiği ve bu iki faktörün uzmanlık alanı seçimleri üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda her ne kadar dermatolog hekimlerin %95.6 ‘sı branşlarından memnun olduklarını ve %91.6’sı tekrar tercih etme hakları olması halinde dermatoloji branşını tercih edeceklerini belirtse de tekrar hekim olma isteği sorgulandığında dermatologların sadece %57.4’ü tekrar hekimlik mesleğini seçeceğini belirtmiştir. Dermatologların branşlarından yüksek oranda memnun olmalarına rağmen tekrar hekim olma isteklerinin daha düşük oranda olması son yıllarda artan mesleki tükenme, hekime verilen toplumsal değer azalması,



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

malpraktis davalarını artması, taciz ve sağlıkta şiddet olaylarının giderek artmasıdır. Diğer hekimlerin tekrar hekim olma isteği ise %36.1'dir, bu düşük oranda daha da baskın olarak yine bu faktörlerin etkili olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda dermatologların ünvanlarına göre tekrar hekim olmayı isteme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Profesörlerin %86.1'i, doçentlerin %57.1'i, doktor öğretim üyelerinin %53.8'i, uzmanların % 53.6'sı, asistanların ise % 50.'si tekrar hekim olmayı istediklerini belirtti. Bu bulgular ile dermatologlar arasında en fazla mesleki tükenmişliğe sahip grubun asistan hekimler olduğu düşünüldü. Mesleki tükenmişliğin en az olduğu grup ise profesörler olarak bulundu. Bu oran mesleki tatminin fazlalığı, bakılan hasta sayısının ve tükenmişliğin azlığı, ekonomik tatminin daha fazla olması yanısıra kıdemleri ve yaşları ile de ilgili olabilir. Önceki dönemlerde hekimlik mesleğinin saygınlığı ve toplumsal statüsünün daha fazla olması, sağlıkta şiddet, taciz ve rahatsız edilme durumunun az olması profesörlerin memnuniyetini açıklayabilir. Kıdem yılı azalan dermatologlarda, özellikle asistanlarda mesleki tükenmişliğin arttığı düşünüldü. Diğer hekimlerin ünvanlarına göre tekrar hekim olmayı isteme durumları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Sonuç olarak tıpta uzmanlık dalı seçimlerinin yıllar içerisinde değişimi ve hekimlerin mesleki tükenmişliği gelecekte sağlık sistemi üzerinde olumsuzluklara yol açabileceği için branş tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir. Çalışma koşullarının ve saatlerinin iyileştirilmesi, sağlıkta şiddetin etkili yasalarla önlenmesi, malpraktis gibi riskli durumlara karşı sağlık çalışanını koruyan düzenlemelerin yapılması önerilmektedir. Yapılan düzenlemelerle hekimlerin son yıllarda uzun ve yoğun çalışma şartları olan, maruz kaldıkları sağlıkta şiddet ve malpraktis gibi riskli durumların ve mesleki tükenmişliğin daha fazla olduğu uzmanlık dallarından uzaklaşmalarının önlenebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Terzi C, Eryılmaz M, Erel S, et al. Turkish surgical association resident committee report on surgical education 2010. Türk Cerrahi Derneği. 2010;7-272.
2. Yatañaç BF. Kişilik özelliklerine bağlı olarak Hemşirelik ve Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerin seçeceği uzmanlık alanlarının belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi 2010
3. Fierro-Arias L, Simón-Díaz P, Ponce-Olivera RM, et al. Dermatologists happiness and satisfaction. Gad Mex Med 2018;154(1):26-35.
4. Aldahash, Rawan, et al. Reasons for choosing Dermatology as a career choice. J Health Specialties, 2016;4(4):288
5. Barat A, Goldacre MJ, Lambert TW. Career choices and career progression of junior doctors in dermatology: Surveys of UK Medical Graduates. Dermatol Res Pract 2018;27:1-10
6. Tekin Ç, Güneş G, Türkol, E. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin Tıpta Uzmanlık tercihleri ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;1: 5-10.
7. Chang, YW, Lee CH. A growing trend of females and dermatologists among top medical graduates in 30 years. BMC Med Educ 2020;20(1): 114



SS-02

ERİŞKİN VE ÇOCUK HASTALARDA GÖRÜLEN KSANTOGRANULOMUN KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Fatma Kaya Kıracı¹, Cem Leblebici², Vildan Manav¹, Asude Kara Polat¹, Ayşe Esra Koku Aksu¹

¹*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

²*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ-AMAÇ: Çocukluk çağının non-langerhans hücreli histiyositozlar içerisinde en sık görüleni juvenil ksantogranülomdir (JKG). Klinik prezentasyon soliter veya çok sayıda, sarı-turuncu, sert papül veya nodüllerden oluşur. En sık erken çocukluk döneminde görülür. Lezyonlar vakaların %75'inde yaşamın ilk yılında, yaklaşık %10'unda ise yetişkin dönemde ortaya çıkar. Çocukluk çağında erkeklerde daha sık görülürken, yetişkinlerde cinsiyet farkı yoktur. Bu çalışmada erişkin ve çocuk olgularda lezyon lokalizasyonu, histopatolojik özellikler ve eşlik edebilen bulgular açısından benzerlik ve farklılıkların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 2007-2022 yılları arasında kliniğimize başvurup, klinik ve histopatolojik olarak JKG tanısı alan olgular retrospektif olarak tarandı. Hastane kayıt sisteminden demografik, klinik, histopatolojik özellikleri, eşlik eden bulgular kaydedildi.

BULGULAR: Elli dört hastanın kaydına ulaşıldı. Bunlardan 4'ü fotoğraf kaydının olmaması, 2'si kontrolde görülmediği için değerlendirme dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen 48 hastanın %39'u (n=19) erişkin, %61'i (n=29) çocuktü. Erkek cinsiyet, çocuklarda %69 (n=20) erişkinlerde %63'dü (n=12). Hastaların %14'ünde multiple lezyon (ort. lezyon sayısı 10) saptandı. Multiple lezyon görülen hastaların 3'ü erişkin, 4'ü çocuktü. Erişkin hastalarda gövde (%36), baş boyun (%36), çocuk hastalarda baş boyun (%51) ve alt ekstemite (%20) en sık tutulan bölgelerdi. Histopatolojide ksantomize sitoplazma erişkin olguların %58'inde (n=11), çocuk olguların %17'sinde (n=5) saptandı. Touton hücreleri erişkin olguların %58'inde (n=11) çocuk olguların %41'inde (n=12) saptandı. Olguların %25'inde (n=12) CD68 pozitif bulundu. Bir çocuk hastada NF-1 sendromu eşlik etmekteydi, lezyonlar multiple ve baş boyun yerleşimliydi. Hiçbir hastada hematolojik malignite ve göz tutulumu saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: JKG literatürde yetişkinlerde oldukça nadir olarak bildirilmekle birlikte kliniğimize başvuran olguların yaklaşık %40'ı erişkindi. Bu sonuç erişkinde juvenil ksantogranulomun bildirilenden daha sık olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde erişkinlerde JKG genellikle vaka bildirimi olarak yer almaktadır. Erişkin ksantogranulom olgularında sistemik tutulum çocuklardakinin aksine bildirilmemiştir. Çalışmamız da bu sonucu desteklemektedir. Erişkin ve çocuk olguların histopatolojik olarak karşılaştırıldığı bir

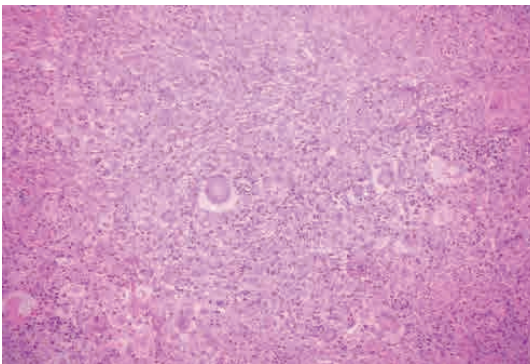
çalışmada immunohistokimyasal özellikler benzerken dev hücre formasyonu-touton hücreleri erişkin formlarda daha sık bildirilmiştir. Çalışmamızda çocuklara kıyasla erişkinlerdeki histopatolojik incelemelerde ksantomize sitoplazma ve touton hücreleri daha fazla izlendi. Bu olgu serisi juvenil ksantogranulomun erişkin hastada da karşımıza çıkabileceğini, erişkinde görülen baş boyun ve gövde lokalizasyonunda, sarımsı papül/nodül ayırıcı tanısında ksantogranulomun akılda tutulması gerektiğini vurgulamak, çocuk ve erişkin olgularda histopatolojik farklılıklara dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Resim 1



Erişkin hastada sarı-turuncu nodül

Resim 2



Juvenil ksantogranulomun histopatolojik incelemesinde ksantomize sitoplazmalı hücreler ve touton hücreleri



SS-03

PİGMENTE PURPURİK DERMATOZLU HASTALARDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Funda Erduran, Akın Aktaş

Ankara Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Pigmente purpurik dermatozlar (PPD) venöz yetmezlik veya hematolojik bozuklukla ilişkisi olmayan kahverengi veya sarı renkli peteşi, purpura ve bazen telenjektazi ile karakterize bir grup dermatozdur. PPD çoğunlukla alt ekstremitelerde görülür fakat gövde ve üst ekstremitelerde de lezyonlar saptanabilir ve nadiren jeneralize tutulum da görülebilir (1,2).

Trombositlerin inflamatuvar yanıtta önemli rol oynadığını gösteren klinik kanıtlar vardır. Kemokinler, sitokinler, pıhtılaşma faktörleri gibi çoklu inflamatuvar faktörler aktive olduklarında boyutu artan trombositler tarafından salgılanırlar. Ortalama trombosit hacmi (MPV), trombosit fonksiyonu ve aktivasyonu ile ilişkili olduğu bilinen trombosit boyutunun bir yansımasıdır. Daha yüksek MPV değeri artmış trombosit aktivitesinin ve dolayısıyla daha yoğun inflamasyonun bir göstergesidir (3). MPV'deki değişiklikler daha önce çeşitli hastalıklarda araştırılmıştır (4-8). Bizim çalışmamızdaki amacımız da PPD'de ortalama trombosit hacminin değişiklik gösterip göstermediğinin saptanmasıdır.

YÖNTEMLER: Çalışmamız retrospektif bir çalışma olup Ankara Şehir Hastanesi etik kurul onayı alındıktan sonra Ocak 2020-Ocak 2022 tarihleri arasında kliniğimizde pigmente purpurik dermatoz tanısıyla takip edilen 18 yaş üzeri tüm olgular incelenmiştir. Çalışmamıza pigmente purpurik dermatoz tanısı klinik ve histopatolojik olarak doğrulanmış olgular dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, MPV ve trombosit düzeyleri kaydedildi. Verileri eksik olanlar, trombosit düzeyi ve MPV düzeyinde değişikliğe neden olabilecek kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Kontrol grubu ise herhangi bir sistemik hastalığı olmayan, MPV değerini etkileyebilecek herhangi bir ilaç kullanımı olmayan sağlıklı kişilerden oluşturuldu.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 24.0 Inc.; Chicago, IL, ABD) istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri tanımlayıcı istatistiksel metotların yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, Fisher's Exact Ki-Kare testi, Fisher Freeman Halton Exact Ki-Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık $P < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Toplam olgu sayısı 155'ti. Verileri eksik ve kriterlere uymayan 61 olgu çalışmadan çıkarılarak çalışmaya toplam 94 hasta dahil edildi. Hastaların 44'ü (%46) kadın, 50'si (%50) erkekti. Kontrol grubuna 45 kadın 45 erkek toplam 90 kişi dahil edildi.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

Yaş ortalaması, yaşları 18 ila 81 arasında değişen hasta grubunda 46.7 iken yaşları 18 ile 75 arasında değişen kontrol grubunda 45.2 idi. Çalışmamızdaki hasta ve kontrol grupları arasında cinsiyet ve yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. PPD tanılı hasta grubunda ortalama MPV değeri $9,1 \pm 1,3$ fL, kontrol grubunda $8,4 \pm 1,2$ fL saptandı. Her iki grup arasında MPV değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu. ($p < 0,05$) Trombosit düzeyi hasta grubunda 252300 ± 53400 /mm³ iken kontrol grubunda 263300 ± 51300 /mm³ olarak saptandı. Trombosit sayıları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

TARTIŞMA: PPD'ler çoğunlukla erkeklerde izlenir fakat kadınlarda ve çocuklarda da görülebilmektedir. Döküntüler genellikle asemptomatiktir, remisyon ve relapslar ile kronik seyir göstermektedir. PPD'lerin etyopatogenezinde venöz hipertansiyon, egzersiz, yerçekimi, kapiller frajilite, fokal enfeksiyon odakları, boya ve giysilere karşı kontakt allerji gelişmesi, alkol alımı ve bazı ilaçların (asetaminofen, aspirin, adalin, karbromal, klordiazepoksit, glipizit, hidralazin, medroksi progesteron asetat enjeksiyonu) rol aldığı düşünülmekle birlikte henüz netlik kazanmamıştır (1,2). PPD histopatolojisinde üst dermiste yer alan damarların endotelial hücrelerinde şişme, lümende daralma, perivasküler alanda yardımcı T hücreler, Langerhans hücreleri, makrofajlar ve histiyositler tespit edilmektedir. Ekstravaze eritrositler ile birlikte makrofajlarda belirgin hemosiderin depoziti en tipik özelliğdir. Histolojik bulgular arasında fibrinoid nekroz veya vaskülit saptanmaz. PPD'ler klinik ve histopatolojik bulgulara göre sekiz alt gruba ayrılmışlardır. Bunlar arasında Schamberg hastalığı, Majocchi purpurası, Gougerot-Blum'un likenoid pigmente purpurik dermatiti, Doucas ve Kapetanakis'in ekzema benzeri purpurası, kaşıntılı purpura, liken aureus, unilateral lineer kapillarit, granülatöz pigmente purpura yer almaktadır (1,2).

Ortalama trombosit hacmi trombositlerin fonksiyonlarını ve aktivasyonunu gösteren bir belirteçtir. Artmış ortalama trombosit hacmi dolaşımda daha büyük trombositlerin olduğunu gösterir. Büyük trombositler daha reaktif olup daha yoğun granül içerirler (4). Literatürde psöriazis, atopik dermatit gibi inflamatuvar hastalıklarda ortalama trombosit hacminin gösterdiği değişikliklerin değerlendirildiği bazı çalışmalar bulunmaktadır. Canpolat ark. (5), Kim ve ark. (6), Özkur ve ark. (7) psöriazisli hastalar ile yaptıkları çalışmalarda ortalama trombosit hacmini kontrol grubuna göre yüksek ve hastalık şiddeti ile korele bulmuşlardır. Atopik dermatitli çocuk hastalarda yapılan bir çalışmada ise ortalama trombosit hacmi yine anlamlı olarak yüksek bulunmasına rağmen hastalık şiddeti ile ilişki saptanmamıştır (8).

Pigmente purpurik dermatoz ile ortalama trombosit hacminin ilişkisini değerlendiren tek çalışma ise Bahalı ve ark.'nın çalışmasıdır (4). 40 hasta ve 64 kontrol grubunun değerlendirildiği çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde MPV değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (4). Yine trombosit sayısında bizim çalışmamıza benzer şekilde hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir düşüklük mevcuttur.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

PPD etiyopatogenezinde trombositlerin rolünün varlığı, varsa hangi mekanizmalarla etki gösterdiğine dair net bir veri bulunmamakla birlikte hastalık patogenezinde suçlanan gecikmiş tip hipersensitivite ve inflamasyon üzerinden etkilerinin olabileceği düşünülebilir (1,4).

Sonuç olarak çalışmamızda pigmente purpurik dermatozda ortalama trombosit hacminin arttığı saptanmıştır. Ancak hastalık patogenezindeki olası rolünün belirlenmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR:

1. Yüksek J, Sezer E. Pigmente purpurik dermatozlar. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2008;18(4):223-7
2. Nazzaro G, Giacalone S, Spigariolo C. Pigmented purpuric dermatoses: A complete narrative review. J Clin Med 2021;10,2283.
3. Karacı M. El-ayak ve ağız hastalığında ortalama trombosit hacmi değişir mi? Med J West Black Sea 2021;5(3):374-379
4. Bahalı AG, Özkaya DB, Cengiz F, Emiroğlu N ve ark. Pigmente purpurik dermatozlu hastalarda ortalama trombosit hacminin değerlendirilmesi. Bezmialem Science 2017;4:27-9
5. Canpolat F, Akpınar H, Eskioğlu F. Mean platelet volüme in psoriasis and psoriatic arthritis. Clin Rheumatol 2010;29:325-8
6. Kim DS, Lee J, Kim SH, Kim SM, Lee MG. Mean platelet volüme is elevated in patients with psoriasis vulgaris. Yonsei Med J 2015;56:712-8
7. Özkur E, Şeremet S, Afşar FŞ, Altunay İK et al. Psöriasis hastalarında trombosit sayısı ve ortalama trombosit hacmi. Med Bull Sisli Etfal Hosp 2020;54(1):58-61
8. Topal E, Çeliksoy MH, Catal F, Karakoç HT et al. The platelet parameters as inflammatory markers in preschool children with atopic eczema. Clin Lab 2015;61:493-6



SS-04

BÜLLÖZ PEMFIGÖİD TANILI 6 HASTADA OMALİZUMAB DENEYİMİ

*Yusuf Mert Dös, Ayşe Esra Koku Aksu, Fatma Kaya Kıraç
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ-AMAÇ: Büllöz pemfigoid (BP) dünyada en sık görülen otoimmün büllü deri hastalığıdır. Sistemik ve topikal steroidler tedavinin temelini oluşturur. İleri yaşta görüldüğünden bu dönemde sıklıkla eşlik eden komorbiditeler BP tedavisinde sistemik steroid kullanımını sınırlayabilmektedir. Steroid tedavisinin yan etkileri, tedavide etkisiz olabilmesi nedeniyle alternatif tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. BP-180 IgE antikorlarının çeşitli çalışmalarda hastalık aktivitesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Omalizumab; IgE üzerinden etki göstermesi, yan etki profilinin düşük olması, ileri yaşta ve komorbid hastalarda güvenli olarak kullanılması nedeniyle BP tedavisinde uygun bir tedavi seçeneğidir. BP hastalarında etkinliğini gösteren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Kliniğimizde uyguladığımız BP hastalarında omalizumab tedavisinin etkinlik ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

METOD: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniğine Ocak 2019-Aralık 2021 tarihleri arasında başvuran ve omalizumab (4 haftada bir 300 mg, subkutan) tedavisi uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri omalizumab öncesi-sonrası total IgE, eozinofil düzeyleri, kaşıntı skoru ve hastalık şiddetinde değişiklikleri kaydedildi.

BULGULAR: Hastaların 5'i kadın (%83), 1'i erkekti (%17). Yaşları 40-90 arasında değişmekteydi, yaş ortalamaları 60.3±18.3'tü. Hastaların 3'ünde (%50) mukoza + cilt tutulumu, 3'ünde sadece cilt tutulumu (%50) vardı. Tüm hastaların total IgE'si yüksekti (1062±924). İki hastada (%33) nörolojik hastalık (demans) öyküsü vardı. İki hastada (%33) etiyojide DPP-4 inhibitörleri kullanımı mevcuttu. Omalizumab tedavisi öncesinde topikal klobetazol propiyonat, sistemik prednizolon, dapson, doksisisiklin tedavisi uygulanmıştı (Tablo 1). Üç hastada hastalık kontrolü, 1 hastada hastalık kontrolü ve komorbidite, 2 hastada ise komorbidite sebebiyle omalizumab tedavisi başlanmıştı. Beş hastada omalizumaba ek olarak adjuvan tedavilere devam etti. Omalizumab tedavisi sonrasında total IgE ve eozinofil değerinde belirgin düşüş izlendi (Tablo 2). İki hasta ek hastalıkları sebebiyle exitus olması; 1 hastanın da Covid19 sebebiyle yoğun bakımda olması sebebiyle kontrol IgE değerlendirilemedi. Bütün hastalarda omalizumab öncesi-sonrası kaşıntı skoru ve hastalık şiddetinde belirgin düzelme saptandı (Tablo 3). Tedavi ilişkili yan etki saptanmadı.

SONUÇ VE TARTIŞMA: BP hastalığı genellikle ileri yaşta görülür ve yüksek oranda komorbidite eşlik eder. Sistemik steroid kullanımına bağlı görülen yan etkiler bu tedavinin kullanımını sınırlamaktadır, ayrıca sistemik steroide rağmen hastalık şiddeti kontrol

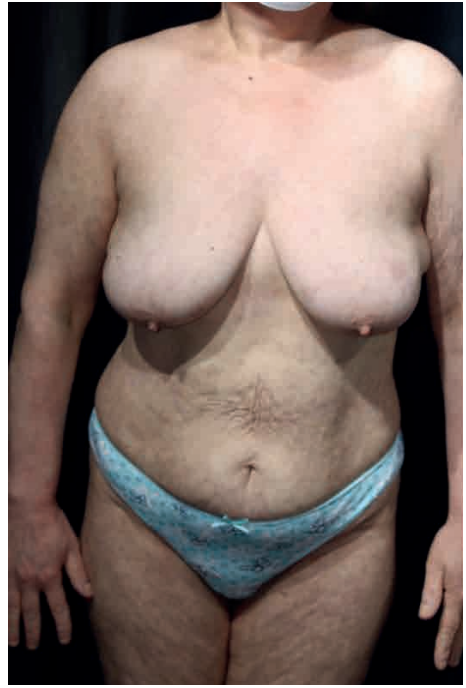
edilemeyebilmektedir. Omalizumab komorbid hastalarda uygulanabilmesi, BP'de etkili olması sebebiyle steroide güçlü bir alternatif olarak görünmektedir. Hastalarımızda kaşıntı skorunda, eozinofil ve IgE değerlerinde tedavi sonrasında belirgin azalma saptandı. Tedaviye bağlı yan etki saptanmadı. Olgu serimizde omalizumab tedavisinin BP hastalığında etkili ve güvenli olduğu saptanmıştır.

Hasta No-1 Önce



Omalizumab. Öncesi

Hasta No-1 Sonra



Omalizumab Sonrası

Tablo-1

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Omalizumab başlanma süresi	Lokalizasyon	Sebebi	Nörolojik bulgu	Malignite	Etiyolojik ilaç	Ek hastalıklar	Doz	Adjuvan ilaç
1	52	Kadın	10 ay	Cilt + mukoza	Hastalık kontrolü	-	-	-	KOAH HT	4	Prednisolon Dapson Klobetasol
2	80	Kadın	22 ay	Cilt + mukoza	Hastalık kontrolü	-	-	DPP-4 inh.	Hipotiroidi DM Hiperlipidemi HT	3	Klobetasol Doksisiskin
3	90	Kadın	5 ay	Cilt	Komorbidite (DM + KBY)	Demans	-	DPP-4 inh.	DM, HT, Hiperlipidemi, KBY, KKY, KAH, demans, Hipotiroidi KOAH	6	Klobetasol
4	40	Kadın	17 ay	Cilt + mukoza	Hastalık kontrolü Komorbidite (Katarakt + hiperkortizolemi)	-	-	-	Alerjik Rinit Katarakt Hiperkortizolemi	7	Prednisolon
5	72	Kadın	15 ay	Cilt	Hastalık kontrolü	Demans	-	-	Demans	2	Klobetasol
6	68	Erkek	25 Yıl	Cilt	Komorbidite (Lomber kırık + Tbc + Aseptik nekroz + katarakt)	-	-	-	Tbc Katarakt Aseptik nekroz Osteoporoz	1	-

Büllöz pemfigoid hastalarının demografik, klinik özellikleri



Tablo-2

Hasta No	Eoz-1	Eoz-2	IgE-1	IgE-2
1	3130	100	160	5
2	540	440	1480	791
3	1150	370	258	?
4	2250	1200	755	423
5	1574	520	1062	?
6	800	534	2657	?

Hastaların omalizumab öncesi ve sonrası IgE ve eozinofil değerleri

Tablo-3

Hasta No	Kaşıntı Skoru-1	Kaşıntı Skoru-2	Şiddet Skoru-1	Şiddet Skoru-2
1	10	2	10	0
2	10	2	10	1
3	10	2	10	0
4	10	3	10	0
5	10	2	10	1
6	10	2	10	0

Hastaların omalizumab öncesi ve sonrası kaşıntı ve şiddet skoru karşılaştırılması



SS-05

VİTİLİGOLU HASTALARDA DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİ UYGULANARAK YAŞAM KALİTESİNİN ETKİLENME DERECESİNİN BELİRTİLMESİ

Erdal Pala¹, Mustafa Atasoy²

¹Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Erzurum

²Biruni Üniversite Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Vitiligolu hastaların %50'sinde hastalık, bunların kendi görünümleri ile en çok ilgilendikleri ve kişisel imajın en kırılgan olduğu 20 yaşından önce görülür. Vitiligo önemli psikososyal rahatsızlıklara neden olabilirler. Bu hastalığın psikolojik belirtilerini tanımak ve bununla mücadele etmek, yaşam kalitesini artırmak ve daha iyi tedavi yanıtı almak açısından DYKİ'ni kullanarak yaşam kalitesinin etkilenme derecesi belirlemeye çalışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Çalışmamıza Mart 2009-Ağustos 2009 tarihleri arasında Atatürk üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim dalına başvuran 18 yaşından büyük 50 vitiligolu (24 Erkek, 26 kadın) hasta ve sosyodemografik özellikleri benzer 50 (24 kadın, 26 erkek) sağlıklı kontrol grubu alındı. Kontrol grubu seçilirken son 3 hafta içerisinde herhangi bir doktora başvurmamış olması, bu süreçte herhangi bir dermatolojik ve sistemik hastalıklarının olmaması kriter olarak alındı. Tüm katılımcılara anket izah edildi ve kabul edenler çalışmaya alındı. DYKİ'nin telif hakkı sahibi Profesör Dr. Finlay'den anketi kullanmak için izin alındı. 10 sorudan oluşan anket formu uygulandı. Yanıtlar her soru için aynı ve 4 seçeneğe sahip olup sadece bir tanesini işaretlemeleri istendi. Seçenekler şu şekilde skorlandı; Hiç/Hiçbiri: 0, Biraz: 1, Çok: 2, Çok fazla: 3 Her soru için işaretlenen seçeneğe ait skorun toplanmasıyla DYKİ skoru (Minimum 0, maximum 30) hesaplandı.

BULGULAR: Hastalarımız ve kontrol grubu arasında cinsiyet dağılımı açısından fark saptanamadı. ($p=0.6$) Yaş ve cinsiyet açısından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak uyum vardı. Vitiligolu hastalarımızda Kadın/Erkek cinsiyet oranını 1,083 olarak tespit ettik. Çalışmamıza katılan 50 vitiligolu ve 50 kontrol grubunun ortalama DYKİ skoru ve standart sapmaları sırasıyla 5.5 ± 5.0 ve 1.4 ± 1.3 olarak tespit edildi. Hasta grubumuzla sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. ($p<0.05$) Çalışmaya katılan 50 vitiligolu hastanın hastalık süresi ile DYKİ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. ($p=0.04$)

SONUÇ: Bizim çalışmamızdaki bulgular vitiligolu hastalarda yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre önemli düzeyde bozulduğunu göstermiştir. Bu amaçla DYKİ'ni günlük rutin klinik kullanıma uygun, basit, duyarlı, objektif ve tüm deri hastalıklarında kullanılabilen bir yöntemdir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

GİRİŞ: Vitiligo, deride melanosit yıkımı ile seyreden, klinik olarak iyi sınırlı süt beyazı depigmente kutaneoz maküllerle karakterize bir hastalıktır.1 Vitiligo tüm dünyada lökodermanın göreceli olarak en yaygın nedenidir. Tüm dünyada olası sıklığı %1–2 arasındadır. Vitiligonun etyopatogenezi bilinmemektedir. Vitiligo, kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve çoğu hastanın kendisini damgalanmış hissetmesine yol açan ciddi bir cilt hastalığıdır.(1)

Vitiligoda dış görünümde göze çarpan renk değişiklikleri nedeniyle hastalar olumsuz etkilenmektedir. Hastalığın kronik doğası, tedavi süresinin uzunluğu, etkili bir tedavi yönteminin henüz bulunamaması, hastalığın öngörülemez gidişi, genellikle hastalar için sıkıntı vericidir.(2)

Vitiligo en sık görülen pigmenter bozukluktur. Ülkemizde sıklığı %0.15–0.32 olarak bildirilmiştir.(3)

Vitiligo psikolojik faktörler, fiziksel travma, ciddi güneş yanıkları, enfeksiyon ve ilaçlarla tetiklenebilen bir hastalıktır.

Vitiligo tutulan alanların yaygınlığına ve lezyonların dağılımına göre lokalize, jeneralize, universal ve karma tiplere sahip olabilir. (4)

Deri hastalıklarının birçoğu yaşamı tehdit etmediği, fonksiyonel bir bozukluğa yol açmadığı halde kişinin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir.(5)

Derideki lezyonlar özellikle yüz, eller gibi görünür bölgelerde olan kişilerde utanma, düşük benlik saygısı, özgüven kaybı, sosyal çekingenlik yaratarak hastaların diğer insanlarla olan ilişkilerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir.(6)

Yaşam kalitesini belirleme yöntemleri doğru, güvenilir ve sensitif olmalıdır.

Hasta sorunlarının daha iyi anlaşılması, tedaviden sonraki gelişmelerin takip edilmesi ve klinik gelişmelerin saptanmasında kullanılır.

Dermatolojide yaşam kalite indeksi (DYKİ) (DLQI= Dermatology life quality index): Dermatolojiye özgü testler içinde en önemli ve yaygın kullanılan testtir. DYKİ'yi ilk olarak 1992 yılında Finlay ve Khan tarafından geliştirilmiştir.(7,8)

DYKİ (Dermatology Life Quality Index) farklı cilt hastalığı olan hastalarda, hastalıklarının ve tedavisinin onların yaşamı üzerinde etkilerini sormak için oluşturulmuş bir ankettir.

DYKİ'yi, hastaların problem ve duygularını ortaya koymalarını sağlaması ve hekimleri bu durum hakkında bilinçlendirmesi açısından da önem taşımaktadır.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

MATERYAL VE METOD: Çalışmamıza Mart 2009-Ağustos 2009 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim dalına başvuran 18 yaşından büyük 50 vitiligolu (24 Erkek, 26 kadın) hasta ve 50 (24 kadın, 26 erkek) sağlıklı kontrol grubu alındı. Kontrol grubu seçilirken son 3 hafta içerisinde herhangi bir doktora başvurmamış olması, bu sürede herhangi bir dermatolojik ve sistemik hastalıklarının olmaması kriter olarak alındı. Tüm katılımcılara anket izah edildi ve kabul edenler çalışmaya alındı. Hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Ayrıca hastalara uygulanacak DYKİ'nin telif hakkı sahibi Profesör Dr. Finlay'den anketi kullanmak için izin alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, hastalıklarının süresi, daha önce kullandıkları tedaviler, aile hikâyesinin varlığı sorgulanıp kaydedilerek yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla; semptomlar ve hastanın hissettikleri, günlük aktiviteler, boş zamanı değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavi alt başlıklarından oluşan 4 muhtemel cevabın olduğu toplam 10 sorudan oluşan anket formu uygulandı. Hastaların hatırlaması kolay olması açısından, hastalığın sadece 1 hafta önceki etkisini dikkate almaları istenmiştir.

	Hiç	Az	Fazla	Çok fazla	İlgisi yok
Son 1 haftadır cildinizde ne kadar kaşıntı, ağrı, acı ve yanma hissettiniz?					
Son 1 haftadır cildiniz nedeniyle ne kadar utandınız veya mahcup oldunuz?					
Son 1 haftada cildiniz alışverişe gitmenizi, ev veya bahçe işleriyle uğraşmanıza ne kadar engel oldu?					
Son 1 hafta içinde cildiniz elbise giyiminize ne kadar etkili oldu?					
Son 1 hafta içinde cildiniz sosyal hayatınızı veya boş zamanlarınızı değerlendirme şeklini etkiledi mi?					
Son 1 hafta içinde cildiniz spor faaliyeti yapmanızda ne kadar etkili oldu?					
Son 1 hafta içinde cildiniz iş hayatınızı veya çalışmanızı engelledi mi?					
Eğer evet ise cildiniz iş hayatınız veya çalışmanızda ne kadar problem olur?					
Son 1 hafta içerisinde cildiniz aileniz yakın arkadaşlarınız veya akrabalarınızla ne kadar sorun yarattı?					
Son 1 hafta içinde cildiniz cinsel hayatınızı ne kadar etkiledi?					
Son 1 hafta içinde derinizin tedavisi yüzünden ne kadar problem oluştu? (zaman kaybı veya evinizin kirlenmesi gibi)					



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Yanıtlar her soru için aynı ve 4 seçeneqli olup sadece bir tanesini işaretlemeleri istendi. Seçenekler şu şekilde skorlandı; Hiç/Hiçbiri: 0, Biraz: 1, Çok: 2, Çok fazla: 3 Her soru için işaretlenen seçeneğe ait skorun toplanmasıyla DYKİ skoru (Minimum 0, maximum 30) hesaplandı.

Ortalama dermatolojik yaşam kalite skoru;

0–1= Hastaların yaşam kalitesi etkilenmemiştir.

2–5= Hastaların yaşam kalitesi hafif etkilenmiştir

6–10= Hastaları yaşam kalitesi orta derecede etkilenmiştir

11–20= Hastaların yaşam kalitesi fazla etkilenmiştir.

21–30= Hastaların yaşam kalitesi çok fazla etkilenmiştir.

Yüksek puan yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğunu göstermektedir.

İstatiksel Analiz: Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum olarak verildi. Verilerin normal dağılım analizi kolmogorov-simirnov ile yapıldı.

Kategorik değişkenlerin analizi ki-kare ile sürekli değişkenlerin analizi bağımsız gruplarda t ve mann-whitney u testi ile yapıldı. Hastalık süresi ile DYKİ arasında pearson korelasyon analizi yapıldı. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı. Tüm istatistiksel hesaplamalar Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalında yapıldı.

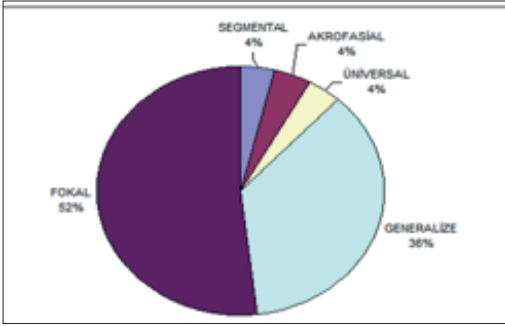
BULGULAR: Yaş ve cinsiyet açısından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak uyum vardı. ($p < 0.05$)

Çalışmaya katılan 50 vitiligo hastadan 10'nunda (%20) aile hikâyesi mevcuttu

	Vitiligo hastaları	Kontrol grubu
Sayı	50	50
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	26/24	24/26
Yaş ortalaması (SD)	37,2 ± 13.1	34.7 ± 9.2
Yaş Aralığı	19–65	21–60

Tablo1: Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri

Vitiligo hastaların 2'sinde (%4) akrofacial tip, 26'sında (%52) fokal tip, 18'inde (%36) generalize tip, 2'sinde (%4) segmental tip, 2'sinde (%4) üniversal tip vitiligo mevcuttu.



Şekil 1: Hastalarımızda vitiligo tiplerinin dağılımı

Çalışmamıza katılan 50 vitiligolu ve 50 kontrol grubunun ortalama DYKİ skoru ve standart sapmaları sırasıyla 5.5 ± 5.0 ve 1.4 ± 1.3 olarak tespit edildi. Hasta grubumuzla sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. ($p < 0.05$)

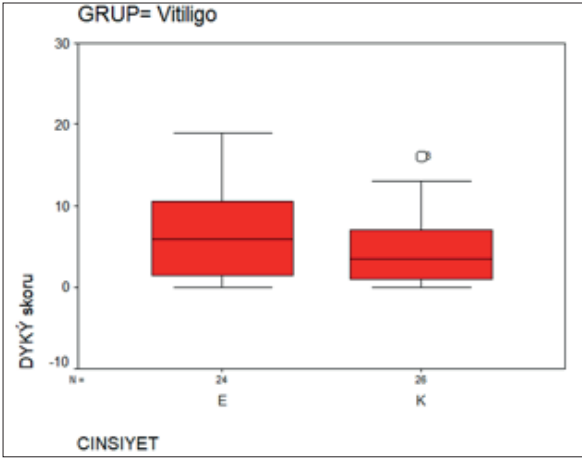
Çalışmaya katılan 50 vitiligolu hastanın 15'i (%30) 0–1 arasında (yaşam kalitesi etkilenmemiştir), 13'ü (%26) 2–5 arasında (yaşam kalitesi hafif etkilenmiş), 13'ü (%26) 6–10 arasında (yaşam kalitesi orta derecede etkilenmiş), 9'u (%18) 11–20 arasında (yaşam kalitesi fazla etkilenmiş) DYKİ puanı aldı.



Şekil 2: Vitiligo ve kontrol gruplarının ortalama DYKİ skorları

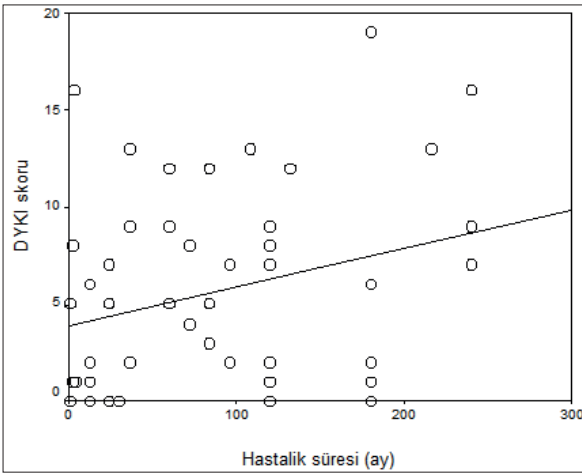
Fokal ve generalize vitiligolu hastalar arasında DYKİ skorları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanamadı. ($p = 0.1$)

Yine vitiligo tipi ve cinsiyet ile DYKİ'nin alt grup skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemedi. ($p > 0.05$)

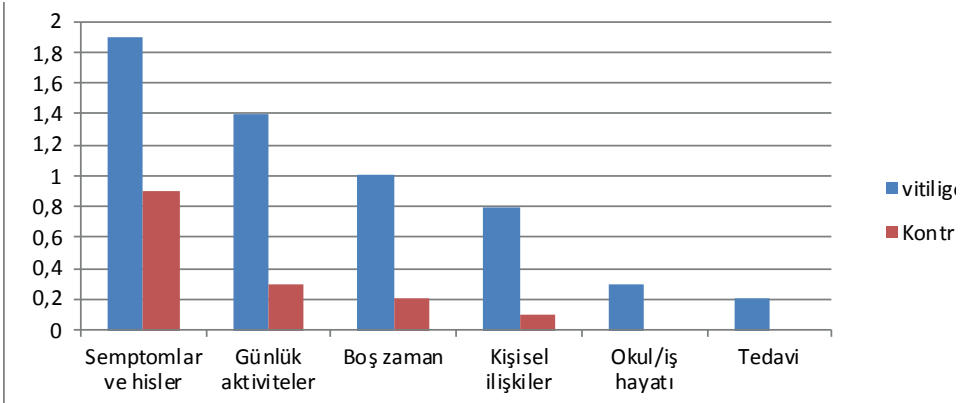


Şekil 3: Vitiligolu hastalarda cinsiyet ve DYKİ arasındaki ilişki

Çalışmaya katılan 50 vitiligolu hastanın hastalık süresi ile DYKİ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. ($p=0.04$)



Şekil 4: Hastalık süresi ile DYKİ skoru arasındaki ilişki Vitiligolu hastaların ve kontrol gruplarının DYKİ'lerinin alt grup skorlarının hepsinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi.



Şekil 5: Vitiligolu hastalar ve kontrol gruplarının DYKİ'nin alt gruplarında aldıkları ortalama DYKİ puanlarının grafiksel incelemesi

TARTIŞMA: Vitiligo, deride melanosit yıkımı ile seyreden, klinik olarak iyi sınırlı süt beyazı depigmente kutaneoz maküllerle karakterize bir hastalıktır. Tetikleyici faktörlerle korele olarak remisyonlarla ve alevlenmeler ile seyreder.(1)

Vitiligolu hastalar genellikle hastalıklarının başlangıcını duygusal travma veya stres verici bir yaşam olayına bağlayabilirler.

Vitiligolu hastalarda psikolojik stres ve fiziksel olaylar presinaptik hücrelerden katekolamin salınımını artırır. Katekolamin artınca vazokonstrüksiyon ve epidermal-dermal hipoksi oluşur. Ardından reoksijenizasyon meydana gelir. Reoksijenizasyon sonucu serbest oksijen radikalleri gibi toksik maddeler artar. Sonuçta melanosit hasarı oluşur. (9)

Vitiligo erkek ve kadın cinsiyette eşit oranda görülmektedir. Bizim çalışma grubumuzda vitiligolu hastalarda literatür ile uyumlu olarak E/K oranı 1.083 olarak tespit edildi.

Deri cinsel ve sosyal iletişimde büyük bir rol oynayan en büyük organdır. Deri hastalıkları hastanın kişiliğini, sosyal yaşamını, günlük fonksiyonlarını ve psikolojik durumunu etkileyebilmektedir. Hastalarda güven eksikliği, utanma ve utangaçlık, hatta anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara yol açabilirler. Hastalar mahçup olma, farklı hissetme ve kalitesizlik gibi duygulara kapılabilirler.(10)

Vitiligo kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve çoğu hastanın kendisini damgalanmış hissetmesine yol açan ciddi bir cilt hastalığıdır.



Bu hastalığın psikolojik belirtilerini tanımak ve bununla mücadele etmek, yaşam kalitesini artırmak ve daha iyi tedavi yanıtı almak açısından önemlidir.

Bizde bu amaçla vitiligolu hastalarımızda DYKİ anketini kullanarak yaşam kalitesinin etkilenme derecesini belirlemeye çalıştık.

Finlay (8) çeşitli dermatolojik hastalığı bulunan 200 hasta ve kontrol grubunda DYKİ'ni kullanarak yaptığı çalışmada atopik dermatitli hastalarda ortalama DYKİ'ni 12.5 ± 4.8 , generalize pruritte 10.5 ± 5.8 , psöriasisde 8.9 ± 6.3 , viral sigillerde 6.7 ± 5.6 , akne 4.3 ± 3.1 olarak bulmuştur. Bu çalışma bizim vitiligolu hastalarda yaptığımız çalışma ile karşılaştırıldığında sadece akneli hastaların yaşam kalitesinin bizim hastalarımızdan daha az bozulduğu görülmektedir.

Parsad ve ark.(11) 150 vitiligosu olan hastada DYKİ'ni uygulamışlar. Ortalama DYKİ skoru 10.6 ± 4.5 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise vitiligolu hastalarda ortalama DYKİ skorunu ve standart sapmasını 5.5 ± 5.0 olarak tespit ettik. Bu çalışmadakine benzer bir şekilde cinsiyet ile ortalama DYKİ skorları arasında istatistiksel olarak bir ilişki tespit edemedik. ($p=0.2$) Bu çalışmada hastalık süresi uzun olanlarda DYKİ skorunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastalık süresi ile DYKİ skoru arasında istatistiksel olarak ilişki tespit edilmiştir. ($p=0.04$)

Kent ve ark. (12) yaptıkları çalışmada vitiligonun sosyal ve psikolojik etkilerini tespit etmek için vitiligo derneğine üye 1700 hastaya posta yoluyla anket göndermişler ve hastaların 668'i (%39) çalışmaya katılmıştır. Hastalara GHQ'nın 12 maddelik versiyonu ve DYKİ'i uygulanmıştır. Vitiligolu hastalar ortalama 0–26 arasında DYKİ puanı aldılar. Bu çalışmada bizim çalışmada olduğu gibi cinsiyet ile DYKİ skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. ($p=0.5$) Vitiligolu hastalarda ortalama DYKİ skoru 4.8 ± 4.8 olarak bulunmuş ve bu değer bizim çalışmamızdaki DYKİ skor ortalamasından (5.5 ± 5.0) düşük olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada bizim çalışmamızın aksine vitiligo tipi ile DYKİ skoru arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir. Ve yine bizim çalışma grubumuzun aksine hastalık süresi ile DYKİ skoru arasında bir ilişki bulamamışlardır. ($p>0.05$) Oysa bizim çalışmamızda hastalık süresi ile DYKİ skoru arasında anlamlı bir ilişki tespit ettik. ($p=0.04$)

Al Robaee (13) yaptığı çalışmada Suudi vitiligolu hastalarda DYKİ ini kullanarak yaşam kalitesini değerlendirmek için bir çalışma yapmış ve çalışmaya toplam 109 vitiligolu hasta almıştır. Bu çalışmada ortalama DYKİ skorunu 14.7 ± 5.1 olarak bulmuştur. Bu değer bizim çalışma grubumuzdaki ortalama DYKİ skorundan (5.5 ± 5.0) oldukça yüksektir. Bu çalışmaya göre Suudi vitiligolu hastaların yaşam kalitesinin bizim hastalarımızdan daha fazla bozulduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızdakine benzer şekilde kadın ve erkekler arasında DYKİ skorunda istatistiksel bir fark bulunamamıştır.

Bu çalışmada ışın tedavisi alan generalize vitiligolu hastalarda DYKİ skoru, fokal vitiligolu hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Oysaki bizim çalışmamızda vitiligo tipi ile DYKİ skorları arasında istatistiksel olarak fark bulunamadı. ($p=0.1$)



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

Belhadjalı ve ark.(14) vitiligonun yaşam kalitesine etkilerini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapmışlar.

Bu çalışmada yaşam kalitesi kadınlarda ve vücut yüzeyinin %10'dan fazlası tutulan vitiligolu hastalarda önemli ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Oysaki bizim çalışmamızda cinsiyet ve vitiligo tipi ile DYKİ skoru arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Özellikle vücut yüzeyinin %10'dan fazlası tutulan ve görünen bölgelerde lezyonları olan vitiligolu hastalarda yaşam kalitesi daha fazla bozulmaktadır.

SONUÇLAR:

1. Hastalarımız ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından fark saptanamadı. ($p=0.6$)
2. Hastalarımızın yaşları 19–65 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları ve standart sapmaları 37.2 ± 13.1 idi. Kontrol grubunun yaşları 21–60 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları ve standart sapmaları 34.7 ± 9.2 idi. Hastalarımız ve kontrol grubunun yaş ortalamaları istatistiksel olarak uyumlu bulundu. ($p=0.2$)
3. Hastalık süresi 1 ay ile 240 ay arasında değişmekte olup, ortalama hastalık süresi ve standart sapması 83.9 ± 72.9 ay olarak tespit edildi.
4. Vitiligolu hastalarımızda Kadın/Erkek cinsiyet oranı yaklaşık birbirine eşittir.
5. Çalışmaya katılan 50 vitiligolu hastadan 10'unda (%20) aile hikâyesi mevcuttu.
6. Vitiligolu hastaların 2'sinde (%4) akrofasial tip, 26'sında (%52) fokal tip, 18'inde (%36) generalize tip, 2'sinde (%4) segmental tip, 2'sinde (%4) üniversal tip vitiligo mevcuttu.
7. Vitiligolu hastaların kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin anlamlı olarak bozulduğu tespit edildi.
8. Vitiligo tipi ve cinsiyet ile DYKİ skorları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanamadı. ($p= 0.1$)
9. Vitiligo tipi ve cinsiyet ile DYKİ'nin alt grup skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemedi. ($p>0.05$)
10. Vitiligolu hastaların ve kontrol gruplarının DYKİ'lerinin alt grup skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi.
11. Hem vitiligo hemde kontrol grubunun her ikisinde de en yüksek skor 1 ve 2 nolu soruların oluşturduğu semptomlar ve hisler alt grubunda saptandı.
12. Hastalık süresi arttıkça DYKİ skorunun arttığı yani; yaşam kalitesinin bozulduğu tespit edildi.
13. Çalışmaya katılan 50 vitiligolu hastanın %30'nun yaşam kalitesi etkilenmemiş, %26'sının yaşam kalitesi hafif etkilenmiş, %26'sının yaşam kalitesi orta derecede etkilenmiş, %18'nin yaşam kalitesi fazla etkilenmiş olarak tespit edildi.

Sonuç olarak; Bizim çalışmamızdaki bulgular vitiligolu hastalarda yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre önemli düzeyde bozulduğunu göstermiştir. Vitiligo yaşamı tehdit etmeyen bir dermatolojik hastalık olmasına rağmen, kişinin görünüşünü ve dolayısıyla psikososyal durumunu, kişisel ilişkilerini, günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle vitiligonun kişinin yaşantısına etkilerinin saptanması, hastaların hastalıklarını nasıl algıladıklarının anlaşılması önem taşımaktadır. Bu amaçla DYKİ'ni günlük rutin



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

klinik kullanıma uygun, basit, duyarlı, objektif ve tüm deri hastalıklarında kullanılabilen bir yöntemdir. Vitiligo, hekimler tarafından sadece kozmetik bir problem olarak ele alınmamalı, kişinin yaşam kalitesini bozduğu göz önüne alınarak tanı ve tedavide gereken özen gösterilmelidir. Vitiligonun psikososyal belirtilerini tanımak ve bununla mücadele etmek, gerek hastaların yaşam kalitesini artırmak ve gerekse daha iyi tedavi yanıtı almak açısından önemlidir. Kişilerin hastalıklarından utanmamayı öğreterek sosyal konumlarını ve yeteneklerini geliştirmelerinin toplumda kabul görmelerine katkıda bulunacağı açıktır. Bu amaçla hastaların kendi değerlendirmeleri ile ortaya konacak dermatolojik yaşam kalitesinin belirlenmesinin tıbbi tedaviyi destekleyici yardımcı bir yöntem olarak kullanılmasının önemli olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR:

1. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM Austen KF (eds). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. New York, McGraw Hill 2008; 616–622
2. Sukan M, Maner F. The problems in sexual functions of vitiligo and chronic urticaria patients. J Sex Marital Ther. 2007; 33: 55–64.
3. Arıcan Ö, Koç K, Kutluk R, Ersoy L. Vitiligolu hastalarda serum Vit B12 ve folik asit düzeyleri. T. Klin Dermatoloji 2003; 13: 4–10
4. Özpoyraz M. Pigmentasyon bozuklukları. Tüzün Y, Gürer M, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V (yazarlar). Dermatoloji İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008; 1465–1485
5. Başak PY, Sık görülen bazı deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması, Türkiye klinikleri Dermatoloji 2000, 10: 171–174
6. Yıldırım M, Akkaya VB, Tenekeci HÖ, Yüzeysel mantar hastalıklarında yaşam Kalitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 11: 15–17
7. Köse O, Gür AR, Dermatolojide yaşam kalitesi, Türkiye klinikleri 2000, 10: 270–274
8. Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994; 19: 210–216
9. Liu PY, Bondesson L, Lontz W, Johansson O. The occurrence of cutaneous nerve endings and neuropeptides in vitiligo vulgaris: a case control study. Arch Dermatol Res 1996; 288: 670–675
10. Borimnejad L, Parsa Yekta Z, Nikbakht-Nasrabadi A, Firooz A. Quality of life with vitiligo: comparison of male and female muslim patients in Iran. Gend Med. 2006; 3: 124–130.
11. Parsad D, Pandhi R, Dogra S, Kanwar AJ, Kumar B. Dermatology Life Quality Index score in vitiligo and its impact on the treatment outcome. Br J Dermatol. 2003; 148: 373–374.
12. Kent G, Al-Abadie. Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. Clinical and Experimental Dermatology 1996; 21: 330–333
13. Al Robaee AA. Assessment of quality of life in Saudi patients with vitiligo in a medical school in Qassim province, Saudi Arabia. Saudi Med J. 2007; 28: 1414–1417.
14. Belhadjali H, Amri M, Mecheri A, Doarika A, Khorchani H, Youssef M, Gaha L, Zili J. Vitiligo and quality of life: a case-control study. Ann Dermatol Venereol. 2007; 134: 233–236.



1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

SS-06

YÜKSEK DOZ OMALİZUMAB TEDAVİSİ ALAN KRONİK SPONTAN ÜRTİKERLİ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZLİ 5 YILLIK RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

*Yıldız Gürsel Ürün, Gülden Karakalem, Mustafa Ürün, Sezgi Sarıkaya Solak
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Edirne*

GİRİŞ: Kronik spontan ürtiker (KSÜ), kronik ürtikerin (KÜ) en sık görülen ve etyolojisi tam olarak aydınlatılmamış alt tipidir. KSÜ tedavi algoritmasında üçüncü basamak tedavide kullanılmakta olan omalizumab, güvenilir, antihistaminik tedavisine yanıtız hastalarda ruhsatlandırılmış bir monoklonal antikordur. Tedavi için önerilen standart omalizumab dozu dört haftada bir 300 mg/subkutan (sc) uygulamadır.

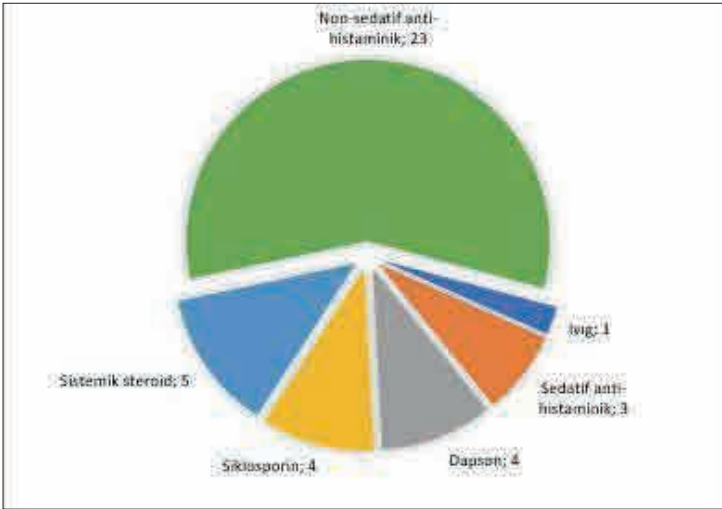
AMAÇ: Bu çalışmayla, yüksek doz omalizumab tedavisine ihtiyaç duyan hastaların verilerini analiz edip standart doz omalizumab tedavisine kısmi yanıt/yanıtızlığı öngörmemizi sağlayacak prediktif faktörleri ve yüksek doz omalizumab tedavisinin etkinliğini aydınlatmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya, Trakya Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine 2017 Ocak ve 2022 Nisan tarihleri arasında başvurmuş, omalizumab tedavisi sırasında dört haftada bir 450/600 mg/sc omalizumab tedavisine ihtiyaç duyan 23 hasta dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, laboratuvar bulguları ve yedi günlük ürtiker aktivite skoru (ÜAS7) kayıtlardan incelendi. Tedaviye yanıt; Tam Cevap (TC) (ÜAS7≤1), İyi Kontrol Altında (İKA) (1<ÜAS7≤) ve İyi Kontrol Altına Alınamayan İKAA (ÜAS7>6) olarak üç gruba ayrıldı.

SONUÇLAR: Hastaların yaş ortalaması 46.7±16.02 (12-78) idi. Kadın cinsiyet 19 (%82.6) hasta, erkek cinsiyet 4 (%17.4) hasta, vücut kitle indeksi(VKİ) ortalaması 30.41±6.39 (17.29-43.4) ve hastalık süresi ortalaması (ay) 23.26±30.13 (2-108) olarak saptandı (Tablo 1). Hastalarda yüksek doz omalizumab tedavisiyle birlikte kullanılan ilaçlar arasında en sık non-sedatif antihistaminikler (23 hasta) yer almaktaydı (Figür 1). Yüksek doz omalizumab tedavisi başlanmadan önce ölçülen laboratuvar parametreleri incelendiğinde; eozinofil düzeyi 16 (%69.6) hastada normal aralıkta, bazofil düzeyi 10 (%43.5) hastada normal aralıkta, Total IgE 15 (%65.2) hastada yüksek, D-dimer 12 (%52.2) hastada yüksek saptandı. Hastalarımızın aldığı yüksek doz omalizumab tedavisinin dağılımı incelendiğinde; 20 (%87) hastanın 450 mg/ay tedaviye ve 5 (%21.7) hastanın ise 600 mg/ay tedaviye ihtiyaç duyduğu görüldü. Yüksek doz omalizumab başlandıktan sonraki üçüncü ay kontrollerde TC alınan hasta sayısı 11 (%47.8) idi.

TARTIŞMA: Bizim çalışmamızda ve Salman. ve ark' nın çalışmasında yüksek doz omalizumab etkinliği benzer olarak değerlendirilmiştir. Literatürde yüksek VKİ'ye sahip olan hastaların standart doz omalizumab tedavisine yetersiz yanıt verdiği ve bu hastalarda yüksek doz tedaviye yanıtın daha iyi olduğunu belirten çalışma mevcuttur. Bizim de verilerimiz bu yöndedir. Marzano ve ark. düşük Total IgE düzeyini, tedaviye yanısızlık ile ilişkilendirmiştir. Çalışmamızda Total IgE düzeyini yüksek bulmakla birlikte, kontrol grubunun olmaması bu veriyi yorumlamayı zorlaştırmaktadır.

Hastaların Yüksek Doz Omalizumab İle Birlikte Aldıkları Tedavilerin Dağılımı



Kısaltmalar: IVIG, İntravenöz Immunglobulin.

Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

	Mean±SD (Min.-Max.) / n(%)
Yaş	46.7±16.02 (12-78)
Kadın	19 (82.6)
Erkek	4 (17.4)
Atopi Öyküsü	3 (13)
VKİ	30.41±6.39 (17.29-43.4)
Anjioödem	15 (65.2)
Hastalık süresi (ay)	23.26±30.13 (2-108)

Kısaltmalar: VKİ, Vücut Kitle İndeksi.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

Yüksek Doz Omalizumab Tedavisi Öncesi Laboratuvar Değerleri

	n (%)
Eozinofil	1 (4.3)
Yüksek	6 (26.1)
Düşük	16 (69.6)
Normal	
Bazofil	
Yüksek	5 (21.7)
Düşük	8 (34.8)
Normal	10 (43.5)
Total IgE	
Yüksek	15 (65.2)
Düşük	4 (17.4)
Normal	4 (17.4)
D-dimer	
Yüksek	12 (52.2)
Normal	11 (47.8)
Tiroid Otoantikorları	
Negatif	16 (69.6)
Pozitif	7 (20.4)
ANA	
Negatif	17 (73.9)
Pozitif	6 (26.1)

Kısaltmalar: ANA, Anti-nükleer antikor.

Hastaların Aldıkları Omalizumab Dozları, Yüksek Doza Geçiş Süreleri ve Hastalık Şiddeti Skorları

	Mean±SD (Min.-Max.) / n(%)
Omalizumab 450 mg/ay	20 (87)
Omalizumab 600 mg/ay	5 (21.7)
Standart Doz Öncesi ÜAS7	32.04±11.52 (7-42)
Yüksek Doz Öncesi ÜAS7	30.43±11.63 (12-42)
Yüksek Doza Geçiş Süresi (Ay)	9.04±5.79 (3-20)
Yüksek Doz sonrası 3. ayda UAS-7 cevabı	
TC	11 (47.8)
İKA	3 (13)
İKAA	5 (21.7)
Bilinmiyor	4 (17.4)

Kısaltmalar: ÜAS7, 7 Günlük Ürtiker Aktivite Skoru; TC, Tam Cevap; İKA, İyi Kontrol Altında; İKAA, İyi Kontrol Altına Alınamamış; Bilinmiyor, Üç Aylık Gözlemini Tamamlanmamış.



SS-07

BEHÇET HASTALARINDA KOLŞİSİN TEDAVİSİNİN TAM KAN SAYIMINA DAYALI PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİ

Dilek Tezcan¹, Çağrı Turan², Sema Yılmaz³, Zeynep Utlu⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

³Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Konya

⁴Erzurum Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Erzurum

AMAÇ: Behçet Hastalığı (BH), etiyojisi ve patogenezi hala tam olarak bilinmeyen multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Tekrarlayan ataklarla seyreden oral ve genital aftlar, artrit, kutanöz lezyonlar, göz lezyonları, gastrointestinal sistem ve merkezi sinir sistem tutulumuyla karakterizedir. Kolşisin, BH tedavisinde kullanılan en eski ilaçlardan biridir. Biz, BH'da kolşisinin tam kan hücre sayımına dayalı parametrelerin seviyeleri üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Toplam 117 kişi (57 BH tanılı hasta, 60 sağlıklı gönüllü kontrol) çalışmaya dahil edildi. Laboratuvar verileri elektronik kayıt veri tabanından elde edilerek hastaların ve sağlıklı kontrollerin laboratuvar bulguları değerlendirildi. BH tanılı hastalar kolşisin tedavisi öncesi ve kolşisin tedavisinin başlangıcından 3 ay sonra bu parametreler açısından tekrar değerlendirildi.

BULGULAR: Nötrofil sayısı, nötrofil/lenfosit oranı (NLO), C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) gibi inflamatuvar belirteçlerin seviyeleri kolşisin tedavisi öncesi BH tanılı hastalarda kontrolden önemli ölçüde yüksekti. Kolşisin tedavisinin 3. ayındaki BH hastalarında inflamatuvar belirteçler kontrol grubundaki düzeylere gerilediğini tesbit ettik. Ancak, BH hastalarında tedaviye rağmen kırmızı kan hücresi dağılım genişliği (RDW), ortalama trombosit hacmi (MPV) ve trombositkrit (PCT) değerleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıydı.

SONUÇ: SII, CRP, ESR ve NLR mukokutanöz BH tanılı hastaların kolşisin tedavi yanıtını değerlendirmede faydalı parametrelerdir.

Table 1

	Healthy control (n=60)	Behçet's disease (n=57)	p value
Age (years)	30.5±4.8	32.2±6.8	0.061
Sex			0.603
Man	26 (43.3%)	22 (38.6%)	
Woman	34 (56.7%)	35 (61.4%)	
BMI (kg/m2)	22.9±3.6	22.1±2.5	0.167
Clinical features			
Oral aphthae	-	57 (100.0%)	-
Genital ulcer	-	15 (26.3 %)	-
Erythema nodosum	-	17 (29.8 %)	-
Folliculitis	-	26 (45.6%)	-
Arthralgia	-	36 (63.1%)	-
Pathergy positivity	-	37 (64.9%)	-

BMI = body mass index; N/A = not applicable
Data were expressed as mean±standard deviation—Mann-Whitney U (*) and

Demografik ve klinik özellikler

Table 2

Parameters	A (n=57)	B (n=60)	C (n=57)	p1-value (A vs. B)	p2-value (B vs. C)	p3-value (A vs. C)
	BD, pre-treatment 0 th month	Healthy control	BD, post-treatment 3 rd month			
Hemoglobin (g/dl)	13.9±1.5	14.4±1.3	14.0±1.5	0.064	0.215	0.744
MCV (fl)	83.9±3.3	80.1±3.7	84.4±3.7	0.301	0.993	0.174
RDW (%)	14.4±1.7	12.9±1.0	14.1±1.6	<0.001	<0.001	0.995
Neutrophil (10 ⁹ /l)	3004±1883	4261±1691	3402±1462	0.012	0.367	0.018
Lymphocyte (10 ⁹ /l)	2143±533	2913±602	2297±687	0.266	0.872	0.133
Monoocyte (10 ⁹ /l)	567±191	542±150	591±189	0.627	0.093	0.264
Platelet (10 ⁹ /l)	277±80	271±82	273±69	0.409	0.643	1.000
PCT (%)	0.24±0.06	0.28±0.06	0.22±0.05	0.003	<0.001	0.006
MPV (fl)	8.45±1.21	10.2±1.2	8.14±1.18	<0.001	<0.001	0.237
NEP (10 ⁹ /l)	251±137	194±79	207±80	0.010	0.393	<0.001
MLR (10 ⁷)	28±12	24±7	28±14	0.330	0.352	1.000
PLR	130.31±93.9	124.7±33.6	130.73±68.7	0.166	0.737	0.141
CRP (mg/l)	14.0±20.3	3.8±2.1	4.8±3.0	0.003	0.478	<0.001
ESR (mm/hour)	19.7±14.0	10.3±8.6	10.4±8.0	0.002	0.823	<0.001
SI	796±442	532±250	556±251	0.041	0.624	0.003

Data were expressed as mean±standard deviation. Mann-Whitney U test was used. Significant values were shown in bold.
BD: Behçet's disease; MCV: Mean corpuscular volume; RDW: Red cell distribution width; PCT: Platelet distribution width; NEP: Neutrophil to lymphocyte ratio; PLR: Platelet to lymphocyte ratio; CRP: C-reactive protein; ESR: Erythrocyte sedimentation rate; SI: Systemic immune-inflammatory index.

Behçet hastalarında kolşisin tedavisi öncesi ve sonrası hemogram parametrelerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması



SS-08

808 NANOMETRE DİOD LAZER İLE EPİLASYON UYGULANMIŞ HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA HASTALARINDA HASTALIK AKTİVİTESİ VE YAŞAM KALİTESİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Kağan Özdemir¹, Emine Tamer²

¹Binalı Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Erzincan

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Hidradenitis süpürativa (HS); hastaların hayatında önemli ölçüde zorluk yaratabilen, inflamatuvar, kronik ve tekrarlayıcı bir deri hastalığıdır.¹ Hastalığın uluslararası tanımlaması: ‘HS genellikle ergenlik sonrası en sık koltuk altı, kasık ve anogenital bölgeler gibi vücudun apokrin bezlerden zengin bölgelerinde ortaya çıkan, ağrılı, derin yerleşimli ve inflame lezyonlarla kendini gösteren, derinin terminal kıl folikülünün inflamatuvar, kronik, tekrarlayıcı ve hasarlayıcı hastalığıdır.’ olarak yapılmaktadır.²

Hastalıkla ilgili yapılmış epidemiyolojik çalışmalarda prevalansının %0.05 ile %4 arasında değişiklik gösterdiği, insidansının ise 100000 kişilik popülasyonda 11.4 olarak tespit edilmiştir.³ Hastalığın ilk tespiti ise 18-29 yaşlar arasında en sıktır.⁴ Ortalama 7 yıllık tanı gecikmesi göz önüne alınınca, HS'nin en sık puberteden hemen sonra ortaya çıkması hipotezi desteklenmektedir.⁴ Batı kaynaklı araştırmalarda kadınların erkeklere kıyasla 3 kat daha fazla HS tanısı aldığı ve prevalansın 4. ve 5. dekatta en yüksek tespit edildiği bildirilmiştir.⁵

HS lezyonları ağırlıklı olarak intertriginöz bölgelere yerleşir. En sık tutulan anatomik bölgeler meme altı, meme arası ile aksiller, inguinal, perineal, perianal ve gluteal bölgelerdir. Erken lezyonlar hastalık için tanısal olmayan foliküler papül ve püstüller ile HS için spesifik olan, genellikle haftalar veya aylar boyunca mevcudiyetini koruyabilen, tek veya az sayıda, ağrılı ve bazen inflame olan nodüllerdir. İnflamasyonun ve yara iyileşme cevabının katkısı ile sinüs traktları veya fistüller oluşur. İyileşmenin yoğun fibrosisle olması sonucu hipertrofik skarlar gelişir. Hidradenitis süpürativa kronik bir hastalıktır. Hastaların lezyonları persistan (lezyonların en az 6 ay boyunca sebatı) veya tekrarlayıcı (6 ay içinde 2'den fazla lezyonun oluşması veya alevlenmesi) olabilir. HS hastaların yaşam kalitesine ciddi olarak etki eder. Bu durum objektif olarak dermatolojik yaşam kalite indeksi (DYKI) ve diğer pek çok ölçek ile yapılmış çalışmalarla gösterilmiştir.⁶

HS diğer kronik inflamatuvar hastalıklarda olduğu gibi, genetik zemini olan kişilerde dış etkilerin sonucunda, multifaktöriyel sebeplerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Hastalığın en



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

önemli risk faktörü ve tetikleyicileri genetik etmenler, obezite, sigara, cinsiyet hormonları ve mikrobiyota olarak sıralanabilir.⁷ HS patogenezi henüz tam anlamıyla aydınlatılmamış olsa da altta yatan üç temel olayın hastalık gelişimine neden olduğu düşünülmektedir: Foliküler hiperkeratoz ve dilatasyon, foliküler rüptürü takip eden inflamatuvar cevap ve yapısal doku değişikliklerine eşlik eden kronik inflamasyon.⁸ HS patogenezinde foliküler infundibulumda meydana gelen değişikliklerin sonucu oluşan infundibulo-folikülit ilk izlenen histopatolojik değişikliklerdir.⁹ Foliküler hiperkeratoz ve dilatasyona endojen ve eksojen faktörler neden olmaktadır ve hiperkeratoz sonrasında gelişen infundibuler oklüzyon HS patogenezinde mutlaka izlenmektedir.¹⁰

Hastalığın şiddetinin değerlendirilmesinde hızlı, basit ve lezyonların statik olarak değerlendirildiği Hurley evrelemesi, hastalık aktivitesi ile değişimlerin gösterilebildiği ve genellikle klinik çalışmalarda kullanılan Modifiye Hidradenitis Süpürativa Skoru (MHSS) (Modifiye Sartorius Skoru) ile Hidradenitis Süpürativa Hekimin Global Değerlendirmesi Skalası (HS-PGA), HS'te anti-inflamatuvar tedavilerin etkinliğini göstermek için oluşturulmuş Hidradenitis Süpürativa Klinik Yanıtı (HiSCR) en sık kullanılan ölçeklerdendir. DYKİ ise klinik bulgularla bağlantılı yaşam etkilenişini değerlendiren bir ölçektir.

HS yönetiminde antibiyotikler, retinoidler ve antiinflamatuvar ajanlar en sık kullanılan medikal ajanlardır.¹¹ Cerrahi girişimler ise medikal tedaviyle kombine biçimde özellikle ileri evre hastalarda uygulanmaktadır.¹¹ Işık bazlı tedaviler son yıllarda HS tedavisinde farklı amaçlarla kullanıma giren ve umut vaat eden yöntemlerdir.¹¹ Epilasyon amaçlı kullanılan ışık bazlı tedaviler ise hastalığın patogenezinde kritik rol oynayan foliküler ünitenin selektif fototermolizi ve organize olmuş dermal inflamatuvar lezyonların yok edilmesini amaçlamaktadır.¹² Çeşitli lazer modaliteleri ile yapılmış çalışmalarda hastaların lazer epilasyondan yarar sağladığı gösterilmiştir.¹³

Lazer sistemleri arasında epilasyon amaçlı en sık kullanılanlar Nd:YAG, alexandrite ve diod lazerlerdir. Etkinlik ve güvenlik açısından da diod lazerler (800-810 nm) oldukça başarılıdır. Epilasyon amaçlı kullanılan lazerlerin karşılaştırıldığı bir meta-analizde diod lazerin tedavi bitiminden 6 ay sonraki değerlendirmede en etkin lazer modalitesi olduğu gösterilmiştir.¹⁴ Açık deri fototiplerinde diod lazerlerin epilasyon amaçlı kullanımını daha uygundur.¹⁴ Bu bilgiler ışığında çalışmamızda kliniğimizde 808 nanometre diod lazer tedavisi almış hastaların hastalık aktivitelerini ve yaşam kalitelerini tedavi öncesi ve sonrası ölçümlenerek daha önce değerlendirilmemiş bu tedavi yönteminin etkinliğini göstermeyi amaçladık.

GELİŞME: Bu çalışma, Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği'nde Ocak 2019- Aralık 2020 tarihleri arasında, HS tanısına yönelik 808 nm diod lazer tedavisi almış hastaların verileri taranarak yapılmıştır. Belirtilen tarihler arasında klinik olarak HS tanısı almış, son 3 ay içinde ve lazer tedavisi alırken herhangi bir sistemik tedavi almamış, en az iki seans lazer tedavisi almış, tedavi sonrası 6. ay kontrol verisi bulunan 18-75 yaş arası 16 hasta (13 erkek, 3 kadın) çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada kullanılan lazer parametreleri



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

hastaların deri fototipine göre seçilmiştir ve lazer cihazının önerilen parametreleri kullanılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların ad, soyad, yaş, cinsiyet, Fitzpatrick deri tipi, hastalık süresi, medikal özgeçmiş ve soygeçmiş, uygulanan tedavi seansı tespit edildikten sonra tedavi öncesi ve sonrası Hurley evresi, HSSS, HS-PGA, HiSCR, DYKİ verileri retrospektif olarak detaylı şekilde değerlendirilerek analiz edilmiştir. Tedavi sonrası değerlendirme önceden belirtilen ölçeklerin ilk tedaviye başladıktan 6 ay sonraki durumları üzerinden yapılmıştır. Bu ölçekler tek hekim tarafından değerlendirilmiştir.

Hastaların yaş ortalaması $31,5 \pm 10,7$ yıldır. Hastaların 13'ü (%81,3) erkek, 3'ü (%18,8) kadındır. Tüm hastaların vücut kitle indeksi ortalaması $27,8 \text{ kg/m}^2 (\pm 4,096)$ olarak tespit edilmiştir. 16 hastanın 9'unun (%56,25) aktif sigara içicisi olduğu tespit edilmiştir. Hastaların Fitzpatrick deri tipi II-IV arasındadır. Hastaların 13'ü (%81,25) 4 seans lazer, 2'si (%12,5) 3 seans lazer, 1'i (%6,25) 2 seans lazer almıştır. Çalışmaya katılan hastaların tamamı tedavinin devamına engel olmayacak düzeyde işlem sırasında ağrı yaşadığını belirtmiştir. Hastaların hiçbirinde lazer işlemine bağlı hafif ağrı dışında yan etki izlenmemiştir. Hastaların Hurley evreleri 1-2 arasında değişmekte idi. 10 hasta (%62,5) Hurley evre 1, 6 hasta (%37,5) Hurley evre 2 idi.

Hastaların tedavi öncesi MHSS ortanca değeri 20,0 (min:9,0 – max:74,0) olarak tespit edildi. 2,3 ve 4 seans lazer tedavisi almış hastaların tedavi sonu 6. ay takibinde MHSS ortanca değeri 9,00 (min:0,0 – max:34,0) olarak tespit edilmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$). 4 seans tedavi almış hastaların Sartorius skorlarının tedavi öncesi ve sonrası 6. ayda karşılaştırılması yapıldığında, tedavi öncesi ortanca değeri 21,0 (min: 9,0-max: 74,0), 6. aydaki ortancası 9,00 (min: 0,0 – max:34,0) olarak tespit edilmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Hastaların tamamının tedavi öncesi ve sonrası Sartorius skorunun yüzde değişimlerinin ortalama değeri $\%51,6 \pm 33,5$, ortanca değeri ise $\%55,4$ (min:-11,1 – max:100,0) olarak tespit edilmiştir.

Tedavinin hastaların yaşam kalitesini olan etkilerini irdelemek için tedavi öncesi ve sonrası DYKİ skorları incelenmiştir. 16 hastanın tedavi öncesi DYKİ ortanca değeri 4,5 (min:1,0 – max:26,0), tedaviden sonra 6. aydaki değeri ise 1,0 (min:0,0 – max:6,0) olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p=0,002$). 4 seans tedavi almış hastaların tedavi öncesi DYKİ ortanca değeri 6,0 (min:1,0 – max:19,0), tedaviden sonra 6. aydaki değeri ise 1,00 (min:0,0 – max:6,0) olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p=0,005$). Hastaların tamamının tedavi öncesi ve sonrası DYKİ skorlarının yüzde değişimi ortalaması $\%62,7 \pm 43,2$, ortancası ise 82,3 (0,0 – 100,0) olarak tespit edilmiştir.

Hastaların durumunun dinamik incelenmesinde yararlı bir diğer ölçek olan HS-PGA irdelendiğinde, 8 hastanın PGA düzeyinin azaldığı, 7 hastanın aynı kaldığı ve 1 hastanın da arttığı tespit edilmiştir. Tüm hastaların tedavi öncesi HS-PGA değeri ortancası 3,0 (min:1,0-max: 4,0) iken tedavi sonrasında ortanca değeri 2,0 (min:0,0-max: 4,0) olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,012$). 4 seans tedavi almış hastaların tedavi öncesi HS-



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

PGA ortanca değeri 3,0 (min:2,0-max:4,0), tedaviden sonra 6. aydaki değeri ise 2,00 (min:0,0-max:4,0) olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (p=0,021). Hastaların tamamının tedavi öncesi ve sonrası HS-PGA skorlarının yüzde değişimi ortalaması %32,3 ± 43,2, ortancası ise 16,7 (-33,3-100,0) olarak tespit edilmiştir.

HiSCR skoru değerlendirmesinin yapılabildiği hastalarda, hastaların 8'inin yanıtı ulaştığı, 2'sinin yanıtı ulaşmadığı tespit edilmiştir. 6 hastada tedavi öncesinde 3'ten az aktif apse mevcut olduğu için HiSCR değerlendirmesi yapılamamıştır.

SONUÇLAR: Yaptığımız bu çalışmada Ankara Şehir Hastanesinde diod lazer tedavisi almış erken evre HS hastalarının hastalık ilişkili demografik özellikleri belirlenip, sonrasında tedavi ile hastalık ilişkili ölçeklerindeki değişim incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda diod lazer tedavisinin HS hastalığının yönetimindeki yerinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda hastaların demografik verilerinden hastaların yaş dağılımı, sigara içme prevalansı ve vücut kitle indeksi literatür ile uyumlu tespit edilmiştir.¹⁵

Nd:YAG, alexandrite gibi ablatif olmayan lazerler ve IPL gibi ışık bazlı tedaviler HS'de yararlarını kıl folikülünü hedef alıp pilosebace üniteyi yok ederek gösterirler. Bu yöntemler, HS patogenezinde kıl folikülünün ve foliküler inflamasyonun önemi düşünülünce hastalığın seyrini değiştirebilecek yöntemler olarak yer edinmektedirler.¹⁶ Kıl folikülüne yönelik lazer tedavileri, tekrarlayan lezyonlarla seyreden Hurley evre 1 ve 2 hastalıkta daha yararlıdır.¹⁷ Bu bilgiler ile uyumlu olarak çalışmamızda diod lazer ile epilasyon tedavisi almış hastaların tedavi öncesi ve sonrası MHSS, HS-PGA ve DYKİ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma tespit edilmiştir. Bu sayede bu lazer modalitesinin erken evre HS'de yararı gösterilmiştir.

Literatürde daha önce birden fazla HS hastasının epilasyon amaçlı yapılan diod lazerden etkileniminin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamız çok sayıda HS hastasının diod lazer epilasyon ile tedavi yanıtının irdelendiği ilk çalışmadır. Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı retrospektif oluşu, az hasta sayısı ve randomize kontrollü bir çalışma olmayışıdır.

Sonuç olarak lazer tedavileri HS gibi etiyopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamış bir hastalıkta hedefe yönelik ve selektif bir tedavi seçeneği iken aynı zamanda yan etkileri çok az olan tedavilerdir. Literatürde HS tedavisinde lazer tedavilerinin umut vadettiği pek çok tedavi yönergesi ve derlemede bildirilmektedir. Buna rağmen lazer tedavilerine ilişkin yapılmış çalışma sayısı azdır. Çalışmamız sonucunda diod lazer epilasyon tedavisinin HS'de etkisinin gösterilmesi sayesinde bir yandan patogenezdaki foliküler patolojilerin daha iyi anlaşılması sağlanırken diğer yandan hastaların yaşam kalitesine ve iyilik hallerine olumlu etki sağlayacak bir tedavi modalitesinin literatüre kazandırılacağı kanaatindeyiz.



KAYNAKLAR:

1. Zouboulis CC, del Marmol V, Mrowietz U, Prens EP, Tzellos T, Jemec GBE. Hidradenitis Suppurativa/Acne Inversa: Criteria for Diagnosis, Severity Assessment, Classification and Disease Evaluation. *Dermatology*. 2015;231(2):184–90.
2. Fimmel S, Zouboulis CC. Comorbidities of hidradenitis suppurativa (acne inversa). *Dermato-Endocrinology*. 2010 Jan;2(1):9–16.
3. Ingram JR. The epidemiology of hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*. 2020 Dec;183(6):990–8.
4. Garg A, Lavian J, Lin G, Strunk A, Alloo A. Incidence of hidradenitis suppurativa in the United States: A sex- and age-adjusted population analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017 Jul;77(1):118–22.
5. Garg A, Kirby JS, Lavian J, Lin G, Strunk A. Sex- and Age-Adjusted Population Analysis of Prevalence Estimates for Hidradenitis Suppurativa in the United States. *JAMA Dermatol*. 2017 Aug 1;153(8):760.
6. Kolli SS, Senthilnathan A, Cardwell LA, Richardson IM, Feldman SR, Pichardo RO. Hidradenitis suppurativa has an enormous impact on patients' lives. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2020 Jan;82(1):236–8.
7. Sabat R, Jemec GBE, Matusiak Ł, Kimball AB, Prens E, Wolk K. Hidradenitis suppurativa. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Dec;6(1):18.
8. Vossen ARJV, van der Zee HH, Prens EP. Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review Integrating Inflammatory Pathways Into a Cohesive Pathogenic Model. *Front Immunol*. 2018 Dec 14;9:2965.
9. Boer J, Weltevreden EF. Hidradenitis suppurativa or acne inversa. A clinicopathological study of early lesions. *Br J Dermatol*. 1996 Nov;135(5):721–5.
10. Prens E, Deckers I. Pathophysiology of hidradenitis suppurativa: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015 Nov;73(5):S8–11.
11. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019 Jul;81(1):76–90.
12. Xu LY, Wright DR, Mahmoud BH, Ozog DM, Mehregan DA, Hamzavi IH. Histopathologic Study of Hidradenitis Suppurativa Following Long-Pulsed 1064-nm Nd:YAG Laser Treatment. *Arch Dermatol*. 2010 Sep 20;147(1):21.
13. Gracia Cazaña T, Berdel Díaz LV, Martín Sánchez JI, Querol Nasarre I, Gilaberte Y. Systematic Review of Light-Based Treatments for Hidradenitis Suppurativa. *Actas Dermosifiliográficas (English Edition)*. 2020 Mar;111(2):89–106.
14. Sadighha A, Mohaghegh zahed G. Meta-analysis of hair removal laser trials. *Lasers Med Sci*. 2009 Jan;24(1):21–5.
15. Yüksel M, Basım P. Demographic and Clinical Features of Hidradenitis Suppurativa in Turkey. *J Cutan Med Surg*. 2020 Jan;24(1):55–9.
16. Jfri A, Saxena A, Rouette J, Netchiporouk E, Barolet A, O'Brien E, et al. The Efficacy and Effectiveness of Non-ablative Light-Based Devices in Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med*. 2020 Nov 3;7:591580.
17. Hamzavi IH, Griffith JL, Riyaz F, Hessam S, Bechara FG. Laser and light-based treatment options for hidradenitis suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015 Nov;73(5):S78–81.



1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

SS-09

KRONİK SPONTAN ÜRTİKERDE OMALİZUMABIN ANTIİNFLAMATUAR ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASINDA YENİ BİR İNFLAMATUAR BELİRTEÇ: SİSTEMİK İMMÜN İNFLAMASYON İNDEKSİ (SII)

Nurcan Metin¹, Çağrı Turan²

¹Erzurum Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü, Erzurum

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

GİRİŞ: Omalizumab, yüksek dozlarda antihistaminiklere yanıt vermeyen kronik spontan ürtikerli (KSU) hastalarda yüksek tedavi etkinliğine sahiptir. Sistemik immün inflamasyon indeksi (SII) yeni inflamatuvar ve prognostik biyobelirteç olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada, omalizumab tedavisi alan KSU'lu hastalarda SII 'nin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Aylık 300 mg subkutan omalizumab kullanan ve tedaviden hemen önce ve tedaviden 3 ay sonra laboratuvar testleri görülen 30 erişkin hasta ve yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile uyumlu 156 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri, tedavi öncesi (0. ay) ve sonrası 3. aya ait hemoglobin, nötrofil, lenfosit, monosit ve trombosit sayıları, ortalama trombosit hacmi (MPV), plateletcrit (PTC), nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR) ve sistemik immün inflamasyon indeksi (SII) (nötrofil x trombosit/lenfosit ile hesaplanır) retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: KSU'lu hastaların nötrofil, NLR, SII değerleri sağlıklı kontrollere göre tedavi öncesinde belirgin yüksekti. ($p<0.001$). Ayrıca monosit, platelet, PCT, MPV ve PLR değerleri hastalarda sağlıklılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p<0.05$). Omalizumab tedavisinden üç ay sonra tedavi öncesine göre hastaların nötrofil, NLR ve SII değerlerinde anlamlı düşüşler gözlemlendi. (Sırayla $p<0.017$, $p<0.035$, $p<0.041$). Tedavinin 3. ayında sadece NLR, PLR ve SII değerleri sağlıklı kontrollere benzer düzeylere gerilemişti. ($p>0.05$)

SONUÇ: SII ve NLR omalizumab tedavisine yanıtı tahmin etmede etkin bir şekilde kullanılabilir. Ancak bu ilişkiyi doğrulamak ve detaylandırmak için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tables

Table 1. Evaluation of the demographic characteristics of the participants

	Healthy control (n=156)	CIU (n=30)	p-value
Age (years); mean \pm SD (range)	37.5 \pm 13.3 (18-57)	40.9.5 \pm 12.5 (19-65)	0.204*
Sex	Man 55 (35.3%)	13 (43.3%)	0.400
	Woman 101 (64.7%)	17 (56.7%)	
BMI (kg/m ²); mean \pm SD (range)	22.5 \pm 2.4 (17.6-28.8)	23.1 \pm 2.8 (17.4-29.9)	0.122*
Current smoking	22 (14.1%)	4 (13.5%)	0.881

CIU – Chronic idiopathic urticaria; SD – standard deviation; BMI – body mass index

Data were expressed as mean \pm SD (min-max) and n (%) in scale and categorical variables; respectively.

Mann-Whitney U (*) and Pearson's chi-square tests were used.

Table 2. Change in blood parameters compared to 0th month in the 3rd month of Omalizumab treatment

Parameters	Independent sample, n=156	Dependent samples, n=30 Omalizumab treatment		p ₁ -value [*] A vs. B	p ₂ -value [*] A vs. C	p ₃ -value ^{**} B vs. C
	Healthy control (A)	0 th month (B)	3 rd month (C)			
Hemoglobin (g/dl)	14.4 \pm 1.3	14.6 \pm 1.4	14.6 \pm 1.5	0.446	0.473	0.381
Neutrophil (10 ³ /mm ³)	4.01 \pm 1.42	5.52 \pm 2.17	4.80 \pm 1.68	<0.001	0.009	0.017
Lymphocyte (10 ³ /mm ³)	2.36 \pm 0.65	2.31 \pm 0.81	2.44 \pm 0.73	0.609	0.449	0.105
Monocytes (10 ³ /mm ³)	0.54 \pm 0.13	0.62 \pm 0.21	0.63 \pm 0.21	0.005	0.002	0.790
Platelet (10 ³ /mm ³)	266 \pm 58	298 \pm 72	299 \pm 81	0.004	0.016	0.934
PCT (10 ⁻²)	26 \pm 5.9	29.8 \pm 7.5	29.9 \pm 7.6	0.014	0.006	0.626
MPV (fl)	9.4 \pm 1.4	9.9 \pm 0.9	10.0 \pm 0.8	0.024	0.018	0.779
NLR (10 ⁻²)	178 \pm 71	269 \pm 164	222 \pm 132	<0.001	0.147	0.035
MLR (10 ⁻²)	25 \pm 7	27 \pm 10	26 \pm 10	0.296	0.398	0.656
PLR	119 \pm 35	145 \pm 63	141 \pm 94	0.015	0.439	0.371
SII (10 ³ /mm ³)	474.5 \pm 209.3	780.1 \pm 443.1	637.9 \pm 541.2	<0.001	0.211	0.041

PCT: Plateletcrit; MPV: Mean platelet volume; NLR: Neutrophil/lymphocyte ratio; MLR: Monocytes/lymphocyte ratio; PLR: Platelet/lymphocyte ratio; SII: Systemic immune-inflammation index, it is calculated by multiplying the NLR and the platelet count.

Mann-Whitney U* test and Wilcoxon test** were used for independent and dependent group analyzes, respectively. Data are expressed as mean \pm standard deviation. Significant values were shown in bold.

p₁ value for the difference between control (A) and 0th month (B) groups; p₂ value for the difference between control (A) and 3rd month (C) groups; p₃ value for the difference between 0th month (B) and 3rd month group



1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

SS-10

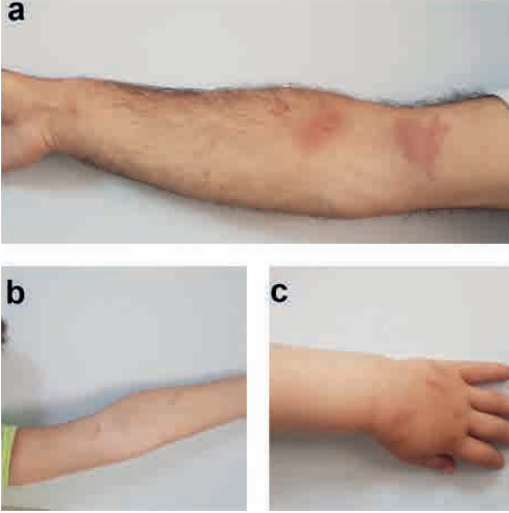
ALTI KİŞİLİK BİR AİLEDE GELİŞEN FITOKONTAKT DERMATİT

Murat Öztürk

S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

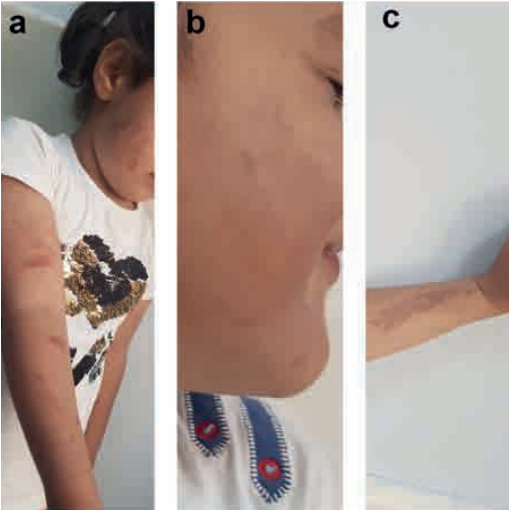
Bitkiler eski çağlardan beri tıbbi amaçlarla kullanılmıştır. Bazı bitkiler deri ile temas nedeniyle fitodermatit adı verilen kutanöz yan etkilere neden olabilir. *Heracleum persicum* Apiaceae familyasının çiçekli bir bitkisidir ve ülkemizde yerel olarak 'Suh bitkisi' adıyla bilinir. Altı kişilik aile (3 yaşında kız, 5 yaşında erkek, 6 yaşında kız, 8 yaşında kız, 10 yaşında erkek ve 40 yaşında erkek) elde, kolda ve yüzde gelişen leke şikayeti nedeni ile polikliniğe başvurdu. Bütün aile bireylerinin otlu peynir yapımında kullanılmak üzere suh bitkisi toplamak için bu bitkiyle temas ettiği ve temastan bir süre sonra temas eden bölgelerde kaşıntı, kızarıklık ve yanma olduğu öğrenildi. 3-4 gün sonra bazı aile bireylerinde kızarıklıktan sonra leke kaldığı bazılarında ise kızarıklığın devam ettiği ve hiçbir hastada su dolu kabarcık gelişmediği öğrenildi. Anne dışında bütün aile bireylerinde lezyonlar ortaya çıkmıştı. Hastaların bilinen hiçbir sistemik hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede el dorsumunda, yanaklarda önkol ve kollarda ve boyunda yer yer kahverenkli pigmente yer yer eritemli lineer keskin sınırlı makül ve yamalar izlendi. (Figür 1a-b-c, 2a-b-c) Hastalardan temas ettikleri bitki fotoğrafı istendi ve botanik bölümünden *H. persicum* olduğu teyit edildi. Mevcut bulgular ve öykü ile hastalara *H. persicum*a bağlı iritan fitokontakt dermatit tanısı kondu. Hastalara topikal steroid tedavisi başlandı ve güneş koruyucu önerildi. HP, fotosensitize furanokumarinleri içerdiğinden, insan derisi ile temas ettikten sonra ultraviyole ışından sonra, temastan 15 dk sonra bir fitotoksik reaksiyon meydana gelmektedir. Yaklaşık 24 saat sonra ciltte eritem ve ödem ortaya çıkmakta ve onu birkaç gün sonra inflamatuvar reaksiyon izlemektedir. Yaklaşık bir hafta sonra aylarca sürebilen bir hiperpigmentasyon oluşmaktadır. Etkilenen deri ultraviyole ışınlarla yıllarca duyarlı kalabilmektedir. Ülkemizin bazı bölgelerinde bulunan HP'nin fotosensitize maddeler içerdiği ve fitokontakt dermatite neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Figür 1



Figür 1a: Kol ve önkol fleksör yüzde eritemli keskin sınırlı yamalar, Figür 1b: Kol ve önkol fleksör yüzde keskin sınırlı lineer kahverenkli yamalar Figür 1c: El dorsumunda pigmente yamalar.

Figür 2



Figür 2a: Önkol ve yanakta yaygın keskin sınırlı pigmente yamalar Figür 2b: Sağ yanakta yaygın keskin sınırlı pigmente yamalar Figür 2c: Önkol ekstansör yüzde keskin sınırlı pigmente yamalar.



SS-11

UZUN DÖNEM LEpra KOMPLİKASYONLARININ YÖNETİMİ: İKİ OLGU SUNUMU

Ece Gökyayla, Gizem Özge Öztürk, Işıl Inanır

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Manisa

GİRİŞ: Antik dönemlerden beri bilinen eski bir hastalık olan lepra halen dünyanın pek çok ülkesinde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 verilerine göre 139 ülkeden 127558 yeni olgu bildirilmiştir ve bunların 7200 tanesi tanı anında önemli sakatlıklara sahiptir (1). Lepra, *mycobacterium leprae* kompleksinin neden olduğu kronik enfeksiyöz bir hastalıktır. Bulaş başlıca damlacık yoluyla olmakla birlikte bütünlüğü bozulmuş deriden direkt temas yoluyla da olabilir. Basilin proliferasyon hızı düşük, kulukça süresi ortalama 5 yıldır (2). Hastanın immun yanıt düzeyine göre indetermine, tüberküloid, borderline-tüberküloid, mid-borderline, borderline-lepromatöz ve lepromatöz olmak üzere 6 lepra türü tanımlanmıştır (3,6). Tedavi edilmediğinde progresif seyreden hastalık; deri, periferik sinirler, kemik ve gözlerde kalıcı hasara neden olmaktadır.

Lepra tedavisinde rifampisin, klofazimin ve dapson kombinasyonundan oluşan çoklu ilaç tedavisi (ÇİT) 1981'den beri DSÖ tarafından standart tedavi olarak önerilmektedir. Basil sayısına göre 6-12 ay süre ile kullanılmalıdır (6,7). Ücretsiz olarak sağlanan ÇİT günümüzde tüm dünyada yeni olgu sayısını azaltmıştır. 2019 raporundaki 210000 yeni olgu 2020 de 127558'e düşmüştür ve birçok ülke "sıfır" vaka bildirmektedir (1).

Kalıcı komplikasyon ve sekellerin ortaya çıkmaması için erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Hastalar ÇİT'in tamamlanmasından sonra kür kabul edilseler de; hastalığa sahip olmakla ilişkili damgalanma, lepra reaksiyonları, kalıcı sakatlık ve nöksler halen önemli sorunlardır (6). Bu bildiride lepranın uzun dönem komplikasyonları ile başvuran iki olgu sunulmuştur.

GELİŞME:

Olgu 1: 78 yaşında erkek hasta alındaki lekeler nedeniyle dış merkezden dermoskopik bakı için yönlendirildi. Özgeçmişinde 60 yıl önce lepra tanısı aldığı, bir yıl süreyle adını bilmediği ilaçlar kullandığı öğrenildi. Soygeçmişinde anneannesinde de lepra hastalığı bulunmaktaydı. Dermatolojik muayenesinde frontal bölgede dermoskopisi solar lentigo ile uyumlu hiperpigmente maküller ve yaygın kserosis, göz muayenesinde korneal opasite ve bulbus oculi'de total destrüksiyon saptandı, ayrıca ellerde teleskopik parmaklar izlendi (Resim 1 a-b). Lepra hastanesine takibe gidemediğini belirten hasta tarafımızca takibe alındı. Nöropati bulguları olan ancak nöropatik ülseri olmayan hastaya eğitim verildi, bakım önerileri anlatıldı. Göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, nöroloji konsültasyonları istendi.

Resim 1a: Korneal opasite,
bulbus oculi'de total destrüksiyon



Resim 1b: Teleskopik parmaklar



Olgu 2: 81 yaşında erkek hasta sol el ve sağ ayakta yaralar ile başvurdu. Yakınmaları yaklaşık 1 yıldır mevcuttu. Hastanın 60 yıl önce lepra tanısı alarak 6 ay dapson içerikli bir tedavi aldığı ve tedavi sonrasındaki 10 yıl içinde komplikasyonların geliştiği öğrenildi. Yapılan dermatolojik ve fizik muayenesinde hastanın her iki gözünde lagoftalmus, korneal opasite, bulbus oculi'de total destrüksiyon, el parmak eklemlerinde total destrüksiyon ve fleksiyon kontraktürleri, sol el palmar yüzde zemininde 2 cm ülser ve ayak parmaklarında otoamputasyonlar izlendi (Resim 2a-b-c). Lepra hastanesine takibe gidemediğini belirten hasta tarafımızca takibe alındı. Nöropati bulguları, derin nöropatik ülserleri ve otoamputasyonları hastaya eğitim verildi, bakım önerileri anlatıldı. Osteomyelit saptanan hasta Enfeksiyon hastalıkları ve Ortopediye konsülte edildi. Yara bakımı nazik debriman, antiseptik solüsyon ve topikal antibiyotiklerle yapıldı.

Resim 2a: Her iki gözde lagoftalmus, korneal opasite, bulbus oculi'de total destrüksiyon, el parmak eklemlerinde total destrüksiyon ve fleksiyon kontraktürleri



Resim 2b



Ayak parmaklarında otoamputasyonlar

Resim 2c



Sol el palmar yüzde etrafı kallus ile çevrili ülser

SONUÇLAR: Lepra tedavisi standart ÇİT ile yeterli sürede yapılmadığında nöral destrüksiyonun ilerlemesi ve progresif duyu kaybı sonucunda morbiditeler gelişmektedir (7). Hastalığın tanı ve tedavisinde gecikme bu durumu kolaylaştırır. Periferik sinir fonksiyonunun 6 ay veya daha uzun süreli kaybı, kalıcı nöral hasar olarak sınıflandırılır. DSÖ “sakatlık” terimini özürülülük sonucu oluşan ve normal bir insanın başarı ile sonuçlandırabileceği herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirilmede ortaya çıkan bir eksiklik ya da sınırlama olarak tanımlamıştır (8). Lepra hastalarında sakatlık tanıdan önce, tedavi sırasında ve tedaviden sonra ortaya çıkabilir (9). Bu sakatlık; göz, el ve ayakta fonksiyon kaybına göre 0, 1. ve 2. derece olmak üzere 3 şiddette tanımlanmıştır (10). Lepra nöropatisine bağlı gözle görülül deformiteler olarak tanımlanan 2. derece engelli (G2D) sayısı hastalık yükünü vurgulamakta insidans kadar önemlidir (11).

Lepralı hastaların yönetimi ÇİT sonrası koruyucu önlemlerle ve düzenli kontrollerle devam etmelidir. Bu süreçte hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi, düzenli takip ve gelişebilecek morbiditelerin önlenmesine odaklanılır. Evde kendi kendine bakım; eller, ayaklar ve gözlerin günlük muayenelerinin yanı sıra yapay gözyaşının düzenli kullanımını içine alan temel bakım stratejileri koruyucu yaklaşımın en önemli basamaklarıdır. Düzenli güneş gözlüğü, gözyaşı damlaları ve nemlendirici kullanımı, uygun yara bakımı, kas ve tendon kontraktürlerini ve deformasyonlarını önlemek için fizik tedavi egzersizleri ve nöropatik ülser gelişimini önlemek için basınç noktalarının korunması diğer temel bakım önerileridir (12). Bu yaklaşım, kalıcı komplikasyonların gelişmemesi, bunun sonucunda ortaya çıkacak sosyal, psikolojik ve ekonomik yıkımın önlenmesi için son derece değerlidir.



Değerli hocalarımız Doç. Dr. Ethem Utku ve Prof. Dr. Türkan Saylan başkanlığında yürütülmüş tarama ve tedavi programları sayesinde günümüzde lepra ülkemizde bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkmıştır. Mevcut lepra sekelli hastaların uzun dönem takiplerinin öncelikle lepra hastanelerinde yapılması, eğer mümkün değilse yaşadıkları yerlere yakın dermatologlara yönlendirilmesi, sensorinöral kayıp ve komplikasyonları olan hastaların uygun bilgilendirilmeleri ve komplikasyonlarının yönetimi kalıcı sakatlıkların önlenmesi için oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR:

1. Leprosy. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
2. Smith, C. S., Noordeen, S. K., Richardus, J. H., Sansarricq, H., Cole, S. T., Soares, R. C., & Barua, S. (2014). A strategy to halt leprosy transmission. *The Lancet Infectious Diseases*, 14(2), 96-98.
3. Mungroo, M. R., Khan, N. A., & Siddiqui, R. (2020). *Mycobacterium leprae*: Pathogenesis, diagnosis, and treatment options. *Microbial Pathogenesis*, 149, 104475.
4. Rambukkana, A. (2010). Usage of signaling in neurodegeneration and regeneration of peripheral nerves by leprosy bacteria. *Progress in neurobiology*, 91(2), 102-107.
5. Masaki, T., Qu, J., Cholewa-Waclaw, J., Burr, K., Raaum, R., & Rambukkana, A. (2013). Reprogramming adult Schwann cells to stem cell-like cells by leprosy bacilli promotes dissemination of infection. *Cell*, 152(1-2), 51-67.
6. Graham, A., Furlong, S., Margoles, L. M., Owusu, K., & Franco-Paredes, C. (2010). Clinical management of leprosy reactions. *Infectious Diseases in Clinical Practice*, 18(4), 235-238.
7. Gelber, R. H., & Grosset, J. (2012). The chemotherapy of leprosy: an interpretive history. *Leprosy review*, 83(3), 221-240.
8. World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.
9. Withington, S. G., Joha, S., Baird, D., Brink, M., & Brink, J. (2003). Assessing socio-economic factors in relation to stigmatization, impairment status, and selection for socio-economic rehabilitation: a 1-year cohort of new leprosy cases in north Bangladesh. *Leprosy review*, 74(2), 120-132.
10. Brandsma, J. W., & Van Brakel, W. H. (2003). WHO disability grading: operational definitions. *Leprosy review*, 74(4), 366-373.
11. World Health Organization. (2014). Global leprosy update, 2013; reducing disease burden. *Weekly Epidemiological Record= Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 89(36), 389-400.
12. White, C., & Franco-Paredes, C. (2015). Leprosy in the 21st century. *Clinical microbiology reviews*, 28(1), 80-94.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

SS-12

ERKEK BEHÇET HASTALARINDA HORMON DÜZEYLERİ

Tuna Sezer¹, Hilmi Cevdet Altınyazar², Rafet Koca³, Nilgün Solak⁴, Saniye Çınar⁵

¹İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Bolu

²Özel 100. Yıl Hastanesi, Ankara

³Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

⁴Memorial Hastanesi, Ankara

⁵Yeniköy Tıp Merkezi, İstanbul

AMAÇ: Behçet hastalığı (BH), etyopatogenezi tam olarak bilinmeyen kronik, relapslarla seyreden sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın daha çok cinsel dönemde başlaması ve erkeklerde daha şiddetli klinik seyir göstermesi nedeniyle çalışmamızda erkek hastalarda hipotalamo-hipofizer-gonadal aksı değerlendirmeyi uygun gördük.

HASTALAR VE YÖNTEM: Çalışmamıza 25 erkek Behçet hastası ve 22 sağlıklı erkek dahil edildi. Bu amaçla hastalarda ve sağlıklı bireylerde prolaktin, seks hormonu bağlayan globulin (SHBG), kortizol, östradiol, serbest ve total testosteron, androstenedion, dehidroepiandrosteron (DHEA), dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) ve gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) testine folikül stimüle eden hormon (FSH) ve luteinize hormon (LH) cevaplarına bakıldı ve sonuçlar karşılaştırıldı.

BULGULAR: Her iki grup arasında hormon düzeyleri incelendiğinde, hasta grubunda östradiol düzeyleri ($36,80 \pm 14,70$ pg/ml) kontrol grubuna ($29,30 \pm 9,15$ pg/ml) göre anlamlı olarak ($p=0,045$) daha yüksek bulundu. Hasta grubunda DHEA düzeyleri ($13,74 \pm 7,96$ ng/ml) kontrol grubuna ($18,36 \pm 7,12$ ng/ml) göre anlamlı olarak ($p=0,043$) daha düşük tespit edilmiştir. Diğer hormonlar açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

SONUÇ: BH'nin etyopatogenezi ile ilişkili olarak hormonların ve hipotalamo-hipofizer-gonadal aksın olası rolünü daha iyi değerlendirmek amacıyla özellikle hastalık aktivitesini de dikkate alan daha geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

GİRİŞ: Behçet hastalığı (BH); etyopatogenezi belli olmayan, oral aft, genital ülser, deri ve göz lezyonları, eklem, pulmoner, gastrointestinal, kardiyak, vasküler ve nörolojik tutulum ile karakterize sistemik bir vaskülitir.¹ Günümüzde BH'nin genetik yatkınlığı olan bireylerde çeşitli çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan immünolojik değişikliklere bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir.²



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Behçet hastalığı her iki cinsiyette eşit oranda görülmesine karşın, erkek olgularda ve erken yaşta başlayanlarda daha şiddetli bir klinik seyir izlemektedir.¹ Hastalığın etyopatogenezi tam olarak bilinmemesine rağmen BH'nin etyopatogenezinde hormonların da rolü olduğu düşünülmektedir.^{1,2} Hastalığın daha çok cinsel aktif dönemde başlaması ve erkeklerde daha şiddetli klinik seyir göstermesi nedeniyle çalışmamızda erkek hastalarda hipotalamohipofizer-gonadal aksı değerlendirmeyi uygun gördük.

GEREÇ VE YÖNTEM: Hastanemiz etik kurulu tarafından onaylanan çalışmamıza Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran, Behçet hastalığı tanısı konmuş 25 erkek hasta ve 22 sağlıklı erkek alındı. Çalışma öncesi tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı. Behçet hastalığı tanısı, Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu tanıkriterlerine göre konuldu.³

Çalışmamıza dermatoloji polikliniğine başvuran 18-60 yaş arasında, ek hastalığı olmayan (hipogonadizm, karaciğer, böbrek, kalp hastalığı, Diabetes mellitus), son altı aydır sistemik kortikosteroid, immünsupresif tedavi ve son iki haftadır nonsteroid antiinflamatuvar almamış olan erkek Behçet hastaları ile aynı yaş aralığında sağlıklı erkekler kontrol grubu olarak alındı. Hastalardan 12 saatlik açlığın ardından, 08.00 ile 10.00 saatleri arasında 30 dakikalık dinlenme periyodundan sonra kan alınarak serumda total ve serbest testosteron, seks hormonu bağlayan globulin(SHBG),kortizol, androstenedion, dehidroepiandrosteron(DHEA), dehidroepiandrosteron sülfat(DHEAS), östradiol, prolaktin değerlerine ve gonadotropin salgılatıcı hormon(GnRH) testi yapılarak luteinize hormon(LH), folikül stimüle eden hormon(FSH) cevaplarına (0, 30, 60, 90, 120. dakikalarda kan alınarak) bakıldı. Ayrıca tüm bireylerin vücut kütle indeksleri (VKİ= kilogram olarak ağırlığın boyun metre karesine bölünmesi) hesaplandı.

FSH, LH, total testosteron, kortizol, östradiol, prolaktin ve DHEAS düzeyleri Immulite 2000 cihazında (Siemens, Flanders, NJ, ABD) kemiluminesans immünometrik yöntemle aynı firmaya ait kitlerle (Siemens Medical Solutions Diagnostics, İngiltere) çalışıldı. Seks hormonu bağlayan globulin ve androstenedion düzeyleri Immulite 1000 cihazında (Siemens, Flanders, NJ, ABD) kemiluminesans immünometrik yöntemle aynı firmaya ait kitlerle (Siemens Medical Solutions Diagnostics, İngiltere) çalışıldı. DHEA, serbest testosteron düzeyleri ELİSA cihazında (BIO-TEK, ABD) kompetitif ELİSA yöntemi ile DRG diagnostic firmasına ait kitlerle (DRG Instruments GmbH, Marburg, Almanya) çalışıldı.

İstatiksel analiz: İstatiksel değerlendirme Statistical Package for Social Science (SPSS) versiyon 13.0 programı kullanılarak yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren veriler için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, kategorik yapıdaki veriler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Sayısal değişkenler bakımından iki grup karşılaştırılmasında



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve hasta olan/olmayan grupları en iyi ayırt edebilecek değişkenlerin ve bu değişkenlerin en iyi kesim noktalarının bulunmasında ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirildi ve $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 25 erkek Behçet hastası ve kontrol grubu olarak 22 sağlıklı erkek alındı. Behçet hastalarında yaş ortalaması 39,68 ($\pm 9,481$) yıl ve vücut kütle indeksi (VKİ) 25,76 ($\pm 2,166$) iken kontrol grubunda yaş ortalaması 39,23 ($\pm 7,131$) yıl ve VKİ 25,86 ($\pm 2,376$) olarak bulundu. Behçet hastaları ve kontrol grubu arasında yaş ve VKİ açısından anlamlı farklılık mevcut değildi (Tablo 1).

Her iki grup arasında hormon düzeyleri incelendiğinde, hasta grubunda östradiol düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak ($p=0,045$) daha yüksek ve DHEA düzeyleri de kontrol grubuna göre anlamlı olarak ($p=0,043$) daha düşük tespit edilmiştir. Diğer hormonlar için gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 2).

Hasta ve kontrol gruplarına uygulanan GnRH testi sonuçlarını karşılaştırmak için ROC analizi kullanıldı. Her iki grup arasında yapılan ROC analizi anlamlı bulunmadı. Eğri altında kalan alan FSH için 0,540, LH için 0,545 olarak hesaplandı. FSH ve LH'nin duyarlılıkları %96, seçicilikleri %95 idi.

GnRH testinde pik FSH konsantrasyonuna 60.dakikada ulaşıldı ve hasta grubunda $9,87 \pm 6,72$ mIU/ml, kontrol grubunda $9,05 \pm 6,47$ mIU/ml olarak bulundu. Her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,675$). Pik LH konsantrasyonuna 30.dakikada ulaşıldı ve hasta grubunda $26,84 \pm 14,34$ mIU/ml, kontrol grubunda $26,59 \pm 16,28$ mIU/ml olarak bulundu. Her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,956$). (Figür 1,2,3)

TARTIŞMA: Behçet hastalığı etyopatogenezi tam olarak bilinmeyen, kronik inflamatuvar multisistemik bir hastalıktır. Hormonal faktörlerin BH patogeneziinde rol alabileceği düşünülmüş ve buna yönelik çalışmalar yapılmıştır. Bu görüşe yol açan en önemli neden hastalığın özellikle cinsel aktif dönemde daha sık görülmesi ve şiddetli seyretmesidir. Aynı zamanda hastalığın erkeklerde daha şiddetli seyretmesi, akneiform lezyonların görülmesi patogeneziinde seks hormonlarının da rol oynayabileceğini düşündürmektedir.2,4,5,6

Genel olarak androjenlerin, humoral ve hücrel immüniteyi baskılayıcı, östrojenin ise humoral immüniteyi artırıcı rol oynadığı düşünülmektedir. Otoimmün hastalıkların seyriinde seks hormonlarının da rolü olduğu düşünülmektedir.7 Seks hormonlarının hastalık patogeneziinde etkisini araştırmak amacıyla Odabaş ve arkadaşları erkek aktif Behçet hastalarında DHEAS, total testosteron ve androstenedion düzeylerini ölçmüştür. Elde edilen değerlerle Behçet hastaları ile sağlıklı grupta androjenik etkili steroid hormon düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.5 Behçet hastalarında artmış sebüm üretimi ve



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

erkek hastalarda paterji testi yapılmış alanlarda androjen reseptörlerinin artış göstermesi testosteronun patogeneze rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Alpsoy ve arkadaşları yaptıkları çalışmada erkek Behçet hastalarında pozitif deri paterji testi alanlarındaki androjen reseptör indeksi kadınlara göre daha yüksek bulmuştur. Yine erkeklerde deri paterji testi pozitifliği ve bu testin şiddeti de kadınlardan fazla bulunmuştur. Bu sonuçlarla erkek Behçet hastalarında deri paterji testi oluşumunda ve şiddetinde androjenlerin rol oynadığı düşünülmüştür.⁸ Yavuz ve arkadaşları, Behçet hastalığında nötrofil aktivasyonunda testosteronun rolünü araştırmış ve sonuç olarak hastalık patogenezinde testosteronun rol oynayabileceğini bildirmiştir.⁹ Bizim çalışmamızda, hasta ve kontrol grubu arasında total ve serbest testosteron, androstenedion ve SHBG düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Erkek Behçet hastalarında hastalığın daha kötü prognoz göstermesinin sebebini araştıran çalışmalarda östrojenin damar endotelinde östrojen reseptörleri aracılığıyla E-selektin ve interlökin-6 gen ekspresyonunu azalttığı gösterilmiştir. Bir başka çalışmada in vitro olarak östrojenle inkübasyon sonrasında nötrofillerden süperoksit salınımının azaldığı gösterilmiş ve bu sayede östrojenin nötrofil ve damar endotelinin proinflatuvar fonksiyonlarını baskılayarak kadınlarda daha iyi prognoza neden olabileceği düşünülmüştür.^{2,10,11} Bizim çalışmamızda hasta grubundaki östradiol düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek bulundu.

Behçet hastalığı etyopatogenezinde vaskülit ve otoimmünitenin de rolü olduğu, bu nedenle vaskülit ve otoimmün olaydan endokrin organların da etkilenebileceği düşünülmüştür.

Çolak ve arkadaşları, Behçet hastalarında düşük ve standart doz ACTH stimülasyon testiyle adrenal korteks fonksiyonlarını değerlendirmiştir. Hasta ve kontrol grupları arasında bazal kortizol değerlerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak düşük doz ACTH stimülasyon testinin 60. dakikasındaki kortizol değerleri hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada hasta grubunda pik kortizol cevapları anlamlı şekilde düşük saptanmıştır. Bu bulgularla Behçet hastalarında hipotalamus-hipofiz-adrenal aksın parsiyel olarak baskılandığı sonucuna varılmıştır.¹² Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunda, bazal kortizol değerleri arasında anlamlı fark bulunmadı.

Temel patolojisi sistemik bir vaskülit olan Behçet hastalığı kronik bir seyir izlemektedir. Sistemik vaskülitlerin seyirinde hipogonadizmle bir problem olarak karşılaşılabileceği düşünülmektedir. Richter ve arkadaşları, Wegener's granülomatosisinde hipogonadizm oranını araştırmıştır ve hasta ve kontrol grubunda LH, FSH, östradiol, testosteron ve SHBG düzeyleri ölçülmüştür. Her iki grup arasındaki sonuçlarda anlamlı fark bulunmamıştır.¹³

Karakuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Behçet hastalarınsa hipofizyal, tiroidal, adrenal ve gonadal hormonların bazal serum düzeyleri ile bu hormonların hastalık aktivitesi



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

ile ilişki değerlendirilmiştir. FSH düzeyleri erkek ve kadın Behçet hastalarında kontrol grubuna göre düşük; testosteron düzeyleri erkek Behçet hastalarında kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.¹⁴ Çalışmamızda LH, FSH bazal değerleri, GnRH testinde LH ve FSH cevapları değerlendirildi. ROC eğrisi analizi incelendiğinde hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Androjen, östradiol, androstenedion gibi steroid hormonların öncüsü olan DHEA ve DHEAS immün ve inflamatuvar yanıtta yer almaktadır. Bu bilgilere rağmen DHEA ve DHEAS'ın immünolojik sistemdeki fizyolojik rolü ve moleküler düzeydeki etkileri açık değildir.¹⁵ Otoimmün hastalıklardan birisi de kronik idiopatik ürtikerdir. Canpolat ve arkadaşları, kronik idiopatik ürtiker patogenezinde DHEA ve DHEAS rolünü araştırmıştır. Sonuç olarak DHEAS düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.¹⁶ Çalışmamızda, her iki grup arasında DHEAS değerleri açısından anlamlı fark bulunmadı. DHEA düzeyi hasta grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulundu.

Prolaktinin immün sistem üzerindeki immünregulatuvar etkileri gösterilmiştir. Otoimmün hastalıkların patogenezinde prolaktinin rol oynadığı düşünülmektedir.¹⁷ Bu bilgilere dayanarak Behçet hastalığı ile serum prolaktin düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Keser ve arkadaşları aktif ve inaktif Behçet hastaları ile sağlıklı kontrol grubunda serum prolaktin düzeylerini ölçmüştür. Sonuç olarak aktif behçet hastalarının prolaktin değerleri inaktif ve kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş olmasına rağmen arada anlamlı fark saptanmamıştır.¹⁸ Atasoy ve arkadaşları aktif ve inaktif Behçet hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda serum prolaktin düzeylerini ölçmüş ve hastalık aktivasyonu ile ilişkisini araştırmıştır. Serum prolaktin düzeyleri aktif Behçet hastalarında, inaktif Behçet hastaları ve sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek ölçülmüştür. Bu sonuçlara dayanarak Behçet hastalığının patogenezinde prolaktinin muhtemel rol oynayabileceğini bildirmiştir.¹⁹ Song ve Lee'nin meta-analiz çalışması ve Avcı ve arkadaşlarının çalışmasında Behçet hastaları ile kontrol grubu arasında prolaktin değerleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.^{20,21} Yaptığımız çalışmada hasta grubu aktif ve inaktif olarak ayrılmadı. Hasta grubu ile kontrol grubu arasında prolaktin değerleri arasında anlamlı fark bulunmadı. Prolaktinin Behçet hastalığındaki rolünün belirlenmesi için daha yoğun çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak; BH patogenezinde hormonların rol oynayabileceğinden yola çıkarak hipotalamo-hipofizer-gonadal aksı değerlendirdiğimiz çalışmamızda östradiol ve DHEAS düzeyleri dışında diğer hormonlar normal düzeyde tespit edilmiştir. Sonuçlarımız nispeten hipotezimizi desteklemekle birlikte özellikle hastalık aktivitesini de dikkate alındığı daha geniş hasta sayıları ile yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

KAYNAKLAR:

1. Alpsoy E. Behçet Hastalığı. *Turkderm* 2009; 43(Ek 2):21-23.
2. Boyvat A. Behçet hastalığının etyopatogenezi. *Turk Klin J Dermatol* 2004; 4:15-21.
3. International Study Group for Behçet's Disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet* 1990; 335:1078-80.
4. Alpsoy E, Akman A. Behçet Hastalığı: Etyopatogeneizde yeni kavramlar. *Türk Klin J Int Med Sci* 2007; 3:8-14.
5. Odabaş AR, Çetinkaya R, Karakuzu A, Selçuk Y, Çapoğlu İ. Erkek aktif behçet hastalarında serum seks hormon düzeyleri. *AÜTD* 2000; 32:149-151.
6. Gül Ü, Bayram F, Küçükterzi V, Gürsoy G, İkinci G. Behçet hastalığında endokrin fonksiyonlar. *Turk Klin J Dermatol* 1996; 6:62-64.
7. Cutulo M, Sulli A, Capellino S, Villaggio B, Montagna P, Serolo B, et al. Sex hormones influence on the immune system: basic and clinical aspects in autoimmunity. *Lupus* 2004; 13:635-8
8. Alpsoy E, Elpek GO, Yılmaz F, Ciftcioglu MA, Akman A, Uzun S, Karakuzu A. Androgen receptor levels of oral and genital ulcers and skin pathergy test in patients with Behçet's disease. *Dermatology* 2005; 210:31-35.
9. Yavuz S, Özilhan G, Elbir Y, Tolunay A, Demiralp EE, Direskeneli H. Activation of neutrophils by testosterone in Behçet's disease. *Clin Exp Rheumatol* 2007; 25 (Suppl 45):S46-51.
10. Miyamoto N, Mandai M, Suzuma I, Suzuma K, Kobayashi K, Honda Y. Estrogen protects against cellular infiltration by reducing the expressions of E-selectin and IL-6 in endotoxin-induced uveitis. *J Immunol* 1999; 163:374-379.
11. Buyon JP, Korchak HM, Rutherford LE, Ganguly M, Weissman G. Female hormones reduce neutrophil responsiveness in vitro. *Arthritis Rheum* 1984; 27:623-630.
12. Çolak R, Özkan Y, Cengiz SU, Saral Y, Kandi BC, Halifeoğlu I. A comparison between the effects of low (1µg) and standar dose (250µg) ACTH stimulation tests on adrenal cortex functions with Behçet's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20:721-725.
13. Richter JG, Becker A, Specker C, Schneider M. Hypogonadism in Wegener's granulomatosis. *Scand J Rheumatol* 2008; 37:365-369.
14. Karakus S, Nar A, Toprak SK, Atalay F, Ozcebe OI. An evaluation of hormone levels in Behçet's disease. *Turk J Rheumatol* 2012; 27(3):158-164.
15. Dillon JS. Dehydroepiandrosterone, dehydroepiandrosterone sulfate and related steroids: their role in inflammatory, allergic and immunological disorders. *Curr Drugs Targets Inflamm Allergy* 2005; 4:377-385.
16. Candaş F, Cemil BÇ, Eskioğlu F. Kronik idiyopatik ürtiker patogenezinde serum dehidroepiandrosteron sülfatın rolü. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2009; 3:5-8.
17. Buskila D, Sukenik S, Shoenfeld Y. The possible role of prolactin in autoimmunity. *Am J Reprod Immunol* 1991; 26:118-23.
18. Keser G, Oksel F, Özgen G, Aksu K, Doğanavşargil E. Serum prolactin levels in Behçet's syndrome. *Clin Rheumatol* 1999; 18:351-352.
19. Atasoy M, Karatay S, Yıldırım K, Kadi M, Erdem T, Senel K. The relationship between serum prolactin levels and disease activity in patients with Behçet's disease. *Cell Biochem Funct* 2006; 24:353-356.
20. Song GG, Lee YH. Circulating prolactin levels and Behçet's disease: A meta-analysis. *Cell Mol Biol* 2018 Jan 31;64(1):14-18.
21. Avci A, Avci D. Serum prolactin levels in Behçet's disease. Is there a relationship between Behçet's disease and prolactin as in other autoimmune diseases? [Acta Dermatovenerol Croat](#). 2013; 21(1):52-3.



SS-13

ANTIMICROBIAL PEPTIDE CATHELICIDIN LL37 WITHIN A COMPLEX SKIN INFLAMMATION

Marius Anton Ionescu¹

¹*Dermatology Department, University Hospital Saint Louis, Paris France*

²*R&D Laboratoires Dermatologiques d Uriage*

Background Antimicrobial peptide LL37 is overexpressed plaques psoriasis (1-3). Microbial ligands as zymosan are part of the triggers of LL37 over-expression.

OBJECTIVES: 1. to assess LL37 the expression of and of interleukins 17 and 23 in cultured keratinocytes and in skin ex vivo, then assess the action AGH8 (vegetal extract) on the 3 molecules expression. 2. To evaluate in a clinical trial an O/W emulsion with AGH8 as adjuvant in patients with plaques psoriasis initiating a topical and or a systemic treatment. Materials and methods. A. in vitro: LL37 was put in contact with cultured human normal keratinocytes (NHK), expressions of IL-6, IL-17 and IL-23 wer analyzed (ELISA) in the presence or absence (control) of AGH08. B. ex vivo: human skin explants were submitted to zymosan at 1% at D0 to D6. On D0 to D6 the O/W - AGH8 was applied. Quantitative and immunohistochemistry analysis of LL-37, IL-17 and IL-23 were made, C. Clinical trial: were included adults with plaque psoriasis initiating a medical treatment, O/W-AGH8 emulsion was used as daily adjuvant for 60 days.

RESULTS: A in vitro: LL37 significantly increased the synthesis of IL-6, IL-17 and IL-23 in HNK vs control ($p < 0.001$). In LL37-activated NHK, AGH08 significantly decreased the expressions of IL-6, IL-17 and IL-23 ($p < 0.01\%$). B. ex vivo: zymosan stimulated LL37, IL-17 and IL-23 expressions. The O/W-AGH8 emulsion decreased LL37 IL-17 and IL-23, expressions in zymosan-submitted explants ($p < 0.001$). C. Clinical study: 30 adults with plaques psoriasis were included, O/W emulsion as adjuvant to topical treatments and to systemic treatments showed a mean DLQI decrease by 68% ($p < 0.001$) and a PGA score decreased by 59% at D60 ($p < 0.001$),

CONCLUSIONS: cathelicidin-LL37 overexpression was associated with pro-inflammatory interleukins stimulation (IL-6, IL-17 and IL-23) in both in vitro and ex vivo studies. Vegetal extract AGH8 decreased all 3 interleukins expressions. The clinical study in 30 psoriasis adults starting topical and/or systemic treatment, the adjuvant O/W - AGH8 showed a soothing effect and a significant improvement of the quality of life.

1. Takahashi T. Nature 2018
2. Fuentes-Duculan J. Exp Dermatol 2017.
3. Lande R. Nature 2007



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

SS-14

THE LUPUS SIGNATURE: FROM TYPE I INTERFERONOPATHIES TO COVID-19 ACRO-SYNDROMES

Marius Anton Ionescu

Dermatology Department, University Hospital Saint Louis, Paris, France

This lecture will make an overview of lupus erythematosus and of “lupus-like syndromes” with a focus on auto-immune diseases like systemic / subacute and chronic lupus erythematosus, underlining the mechanisms of “nucleic acid sensing”, of innate immunity’s key upregulating factors as interferon type I expression and of the subsequent vascular lesions found in different diseases, including COVID-19 acro-syndromes (1, 2, 3). At the end of this lecture participants should have a better understanding and an easier investigation plan of “interferonopathies of type I”, of “lupus-like” signs and symptoms where interferon type I plays a key role.

References:

22. Ionescu MA. Intl J Dermatol 2022;6:1:3-6.
23. De Masson A, et al. J Am Acad Dermatol 2020;83(2):667-669.
- Bouaziz JD, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2020;34:e451–e531.



SS-15

BERBER VE KUAFÖRLERDE DEMODEKS AKARI VARLIĞI VE YOĞUNLUĞUNUN PREVALANSI

Zuhal Metin¹, Koray Durmaz², Gözde Emel Gökçek³

¹Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kırşehir

²Bozüyük Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Bozüyük, Bilecik

³Uzm. Dr. Gözde Gökçek Kliniği, Yozgat

GİRİŞ: Demodeks, bir çeşit parazit olup sağlıklı cilt florasının bir elemanıdır. Ancak bazı bireylerde sayıca artışı demodikozis, rozase, blefarit gibi bazı hastalıklara yatkınlık oluşturmaktadır. İnsanın en yaygın kalıcı ektoparazitlerinden olan *D. folliculorum* ve *D. brevis*'in konağının insan olduğu ve insandan insana yakın temasta bulaştığı belirtilmiştir. Demodex ile enfeste kişiden diğerlerine bulaşmanın direkt temasta olabileceği nadiren de tokalaşma ve öpüşme ile de olabileceği söylenmiştir. Çin'de yapılan bir çalışmada 646 berber, kuaför ve otel çalışanında demodeks infestasyonu araştırılmış, 81.77% ile en çok berberlerde demodeks saptanmıştır.

AMAÇ: Çalışmamızda polikliniğe başvuran berber ve kuaförlerde demodeks akarı varlığı ve yoğunluğunun standart yüzeysel deri biyopsisi (SYDB) yöntemiyle mikroskopik ortamda saptanması planlanmıştır.

Metodoloji: Çalışmaya polikliniğimize başvuran 18 yaş üstü berber ve kuaförlerin deney grubu olarak, yüzde herhangi bir şikayeti olmayan ancak başka sebeple dermatoloji polikliniğine gelen sağlıklı kişilerin de kontrol grubu katılımcısı olarak katılımı alınmıştır. Geçmişte fasyal dermatoz tanısı almış veya son 1 ayda demodeks enfestasyonunu etkileyecek topikal /sistemik ajan kullanmış kişiler dışlanmıştır. Çalışmamızda katılımcılara Demodeks enfeksiyonlarıyla ilgili bilgi verilmiş ve kişisel hijyenin anahtar rolü vurgulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmada 53 erkek (58.2%) katılımcı yer alıyordu. Katılımcıların yaş ortalaması 34±4.8 idi. Berberlerin (n=36) %63.9'unda, kuaförlerin (n=25) 64.0%'ünde ve kontrol grubunun (n=30) 36.7%'inde demodeks akarı saptandı. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.049). Demodeks yoğunluğu (adet/cm²) na bakıldığında berberlerde 7.08±8,53; kuaförlerde 4.40±5,73; kontrol grubunda ise 2,33±3,91 olarak ortalamalar saptandı. Anova analizde bu değerler arası fark da anlamlıydı (p=0,016).

SONUÇ: Çalışmamız göstermiştir ki insanla direkt temas halinde olan berber ve kuaförlük mesleğinde temasta bulaş yoluyla geçebilen demodeks parazitleri enfestasyonu normal popülasyona göre anlamlı olarak daha fazladır. Bu da gelişebilecek deri ve göz semptomları açısından mesleki riski ortaya koymaktadır. Kişisel hijyen ve tedbirlerle, hastalık durumunda da gerekli tedavinin başlanması; bulaşı azaltmada ve halk sağlığını korumada önemlidir.



SS-16

2010-2020 TARİHLERİ ARASINDA ÜÇÜNCÜ BASAMAK DERMATOLOJİ KLİNİĞİNDE YAPILAN YAMA (PATCH) TEST SONUÇLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Nilhan Atsü¹, İbrahim Cem Hekimoğlu², Şenay Ağırgöpe, Nazlı Cafer,
Bilgen Erdoğan³

¹İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Allerjik kontakt dermatit (AKD) tip 4 hipersensitivite reaksiyonu olup toplumda oldukça yaygındır ve yapılan çalışmalarda AKD'nin yaşam kalitesini düşürdüğü gösterilmiştir. Bunun dışında AKD'li bireyler bu hastalıkla ilişkili izin ve sağlık giderleri nedeniyle oluşan sosyo-ekonomik boyutlarla da savaştıklarıdır.

Kontakt allerjinin prevalansı toplumlarda ve zamanlarda farklılık göstermektedir. Bu da maruz kalınan allerjenlerin toplum ve zaman ile ilişkili varyasyonlarından kaynaklanmaktadır. Örneğin moda ve kozmetik trendleri veya yaşanan şehrin sanayi şehri olup olmaması gibi faktörler bu hastalık ve dolayısıyla test üzerine etki etmektedir [1].

Yama testi AKD tanısında altın standart yöntemdir. Yama testi ilk defa 1995 yılında 23 allerjen ile uygulanmıştır ve 2007'de 5 ek allerjen daha eklenmiştir ve FDA tarafından onaylıdır. [2]

AKD'in en az bir allerjenle olan pozitifliğinin ortalama prevalansı yaklaşık olarak % 21,2'dir. Nikel alerjisi ortalama prevalansı ise yaklaşık %8,6'dır.

Ancak bu veriler tüm dünyada yapılmış geniş meta-analizlere dayanmamaktadır ve toplumsal ve zamansal farklılık gözlenebileceği unutulmamalıdır. [2]

Allerjik kontakt dermatit ile başvuran hastalarda genellikle iyi sınırlı bir dermatit izlenir. Eller ve yüz en sık etkilenen bölgelerdir ve belirgin kaşıntı sıklıkla eşlik eder. Eğer akut bir dermatit söz konusu ise veziküller ve büller muayenede görülürken kronik süreçte likenifikasyon ve skuamalar hakimdir.

Sadece temas alanı ile sınırlı bir dermatit zorunlu değildir ancak klinik tablo hemen her zaman bu şekildedir. [3]

Yama testi sırta uygulanan non-invaziv bir testtir. Kılıklı bölgeler yapışkanların adezyonunu engelleyeceği için tercih edilmemelidir. Ayrıca terleme test sonuçlarının etkiyebileceği için



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

sıcak mevsimlerde testin yapılması tercih edilmeyebilir. Test, sırta yapıştırıldıktan 48 saat sonra açılır ve test gözleri suya dayanıklı kalemler ile işaretlenir. 15-20 dakika sonra da 48. saat sonuçları için okuma yapılır. Sırtta oluşan reaksiyona göre test sonuçları kaydedilir. Bölgede reaksiyon yok ise (-) ; hafif eritem, şüpheli reaksiyon (+/-); eritem, infiltrasyon (+); eritem, infiltrasyon, papül, vezikül (++) ; eritem, infiltrasyon, grube vezikül, bül (+++) olarak sonuçlanır. 72 ve 96. saatlerde hastanın sırtına tekrar bakılarak sonuçlar not edilir. Geç reaksiyonlar için 7. günün sonunda değerlendirme yapılabilir.

Bu değerlendirmelerin tümü hekim tarafından yapılmalıdır. [4]

Sanayinin geliştiği toplumlarda alerjik şikayetlere daha çok rastlanmaktadır. Bu allerjenlerin hangileri olduğu coğrafi bölgelere ve meslek gruplarına göre değişimler göstermektedir. Özellikle sağlık çalışanları, kuaförler, aşçılar, araba tamircileri, tekstil çalışanları, temizlik çalışanları risk grubundadır. [5]

10 yaşına kadar olan tüm çocuklarda yama testi pozitifliği en yüksek bulunmuş olup, 70 yaş üstü tüm hastalarda en düşük olmak üzere sabit bir şekilde azalmıştır. [6] Bunun yanında, kontakt allerji prevalansının cinsiyete bağlı olarak farklı yaşlarda farklı artışlar ve azalmalar gösterdiği vurgulanmış, farklı allerjenlerin de farklı yaşlarda daha sık AKD'ye sebep olduğu gösterilmiştir. [7]

Türkiye'de yama testi ile yapılan büyük serili çalışmalar olmasına rağmen bu çalışmalar az sayıdadır.

[8,9,10,11] Ayrıca Türkiye'de yapılmış, 10 yıl ve üstü süredeki yama test sonuçlarını tarayan herhangi bir çalışmaya literatürde rastlamadık. Amacımız Türk toplumunda 10 yıllık bir kesitsel süreyi inceleyerek bu yıllarda Türkiye'de en sık allerjenin ne olduğu, hangi klinik ile hastaların başvurduğu, meslekler ile ilişkisinin olup olmadığı, cinsiyet ve yaş ile korelasyon olup olmadığını ortaya koymaktır. Ayrıca alınan tüm hastalar İstanbul şehrinde ikamet ettiğinden dolayı şehirler arası farklılık olmayacaktır. Literatürde yaptığımız taramalarda sadece İstanbul'da ikamet eden hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmaya rastlamadık. Bireysel veya ailesel atopi öyküsü irdelenmeyecektir.

GEREÇ VEYÖNTEM: Ocak 2010- Aralık 2020 tarihleri arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların verileri hasta dosyalarından alınmıştır. Gerekli verileri eksik olan hastalar çalışma dışı bırakılacaktır. Buna göre hastaların yaş, cinsiyet, meslek, şikayeti, şikayet süresi ve lokalizasyonu hasta dosyalarından alınacaktır. Bu hastaların tümünün yapılan yama testi sonuçları kaydedildi. Yama testi hastaların sırtlarının üst kısmında kuru, kılsız ve lezyonsuz alana yapıştırılmıştır. Hastaların yama test sonuçları 48, 72, 96. saatlerde ve 7. günlerde değerlendirilmiştir. Sonuçlar ise Kontakt Dermatit Araştırma Grubu'nun (ICDRG) belirlediği kriterlere göre kaydedilmiştir. Buna göre: reaksiyon yok ise



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

(-) ; hafif eritem, şüpheli reaksiyon (?); eritem, infiltrasyon (+); eritem, infiltrasyon, papül, vezikül (++) ; eritem, infiltrasyon, grube vezikül, bül (+++). Yama testi yapılan hastalar test öncesinde 4 hafta boyunca sistemik antihistaminik, topikal kortikosteroid, immün supresif ve PUVA tedavisi almamıştır.

Bununla beraber, çalışmamıza dahil edilmek için hastaların 1) Allerjik kontakt dermatit ön tanısı ile yama testi yapılmış olması 2) bu çalışmada irdelenen parametrelerin işlendiği hasta dosyasının çıkarılmış olması gerekirken, dışlama kriterleri olarak da 1) İritan kontakt dermatit ön tanısı ile yama testi yapılmış olması 2) eksik verilerin bulunması kriterlerini kullandık.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirden istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tamamlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway ANOVA testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Turkey HDS testi kullanılacaktır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanılacaktır. Normal dağılım gösteren parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında paired sample t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon işaret testi kullanılacaktır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanılacaktır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilecektir.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 1849 olgunun 1108'i (%60) kadın, 741'i erkekti (%40). Hastaların yaşları 5 ile 78 arasında değişiklik gösteriyordu (ortalama yaş $35,3 \pm 14,8$). Olguların hastalık süresi ortancası 24 ay idi (1 ay - 36 yıl). Çalışmamızda yama testi yapılan 1849 hastanın 844'ünde (%45,6) test yapılan allerjenlerden bir veya birden fazlasına karşı pozitiflik görüldü. 844 hastanın 135'inde (%16) birden fazla allerjene karşı pozitiflik saptandı. En sık pozitif reaksiyon saptanan allerjenler sırasıyla nikel sülfat (%16,2), kobalt klorid (%4,7), potasyum dikromat (%2,8), peru balsamı (%2,7), tiuram karışımı (%2,0), tiuram karışımı (%2,0) ve MDBGN (%2,7) idi. Bununla birlikte, çalışmamızda hiçbir hastada duyarlanma yaratmayan allerjen bulunmadı.

Yaş gruplarında standart seri pozitiflik oranlarından Potasyum dikromat %0.5, 4-Fenilendiamin baz, Peru Balsamı, Nickel Sulphate, Sesquiterpene, lactone mix, Methyl dibromo- glutaronitrile (MDBGN), Fragrance Mix 2, Textile Dye Mix oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

($p=0,031$ $p=0,013$ $p<0,001$ $p<0,001$ $p=0,043$ $p=0,049$ $p=0,011$ $p=0,047$). Potasyum dikromat %0.5 30- 39 yaş, 40-49 yaş, 50-59 yaş, 60-69 yaş gruplarında diğerlerine göre, 4- Fenilendiamin baz 0-9 yaş, 70-79 yaş gruplarında diğerlerine göre, Peru Balsamı 50-59 yaş, 60-69 yaş, 70-79 yaş gruplarına göre, Nickel Sulphate 10-18 yaş, 19-29 yaş, 30-39 yaş, 40-49 yaş gruplarında diğerlerine göre, Sesquiterpene, lactone mix ve Fragrance Mix 2 50-59 yaş grubunda diğerlerine göre, Methyl dibromo- glutaronitrile (MDBGN) 0-9 yaş grubunda diğerlerine göre, Textile Dye Mix 0-9 yaş ve 70-79 yaş gruplarında diğerlerine göre yüksekti.

Cinsiyet gruplarında standart seri pozitiflik oranlarından Potasyum dikromat %0.5, Tiuram miks %1, 4- Fenilendiamin baz, Peru Balsamı, Epoksi Resin, Cl-Me-Isotiazoline (Kathon CG,100-PP), Fragrance Mix 2 erkek cinsiyette kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek, Nickel Sulphate kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p<0,001$ $p<0,001$ $p=0,005$ $p=0,002$ $p=0,026$ $p=0,013$ $p=0,046$ $p<0,001$).

TARTIŞMA: Kontakt dermatite yatkın kişilerde deriye dıştan temas eden duyarlandırıcıların oluşturduğu kaşıntılı, eritem, ödem, vezikül ve büllerle karakterize bir deri hastalığıdır [12]. Yama testi hem alerjik kontakt dermatit tanısı konulması hem de nedeninin ortaya çıkarılarak hastalığın önlenmesi ve hastanın bilgilendirilmesi açısından değerlidir [13]. Daha önce yapılan çalışmalar kontakt dermatit tanısında erken dönemde yapılan yama testi ile allerjenin tespit edilmesinin tedaviye yanıtı arttırdığını, tedavi maliyetini azalttığını ve yaşam kalitesini düzelttiğini göstermiştir. Neden olan allerjenin tanımlanması hastanın allerjene maruziyetini engelleyerek hastalığın kronik fazının gelişimini önler [14]. Birçok çalışma farklı ülkelerde ve şehirlerde çevresel, kültürel, sosyal, mesleki değişkenlerin spesifik allerjenlerin prevalansını belirlediğini göstermiştir [14]. Biz de şehrimizin özelliklerini ortaya çıkarabilmesi açısından kontakt dermatitli olgularda yaptığımız yama testi sonuçlarını değerlendirdik.

Lezyonlar olguların %42,5' inde eller yerleşimli ekzema şeklindeydi. Bunu sırasıyla gövde, yüz, ayak ve diğer lokalizasyonlar izlemekteydi. Yama testi pozitif olguların tamamını gözden geçirdiğimizde en sık duyarlanmanın nikelsülfata bağlı olduğu dikkati çekmektedir (%16,28). Nikelsülfattan sonra sırasıyla kobaltklorür, potasyumdikromat, peru balsamı, tiuram karışımı, formaldehit, en sık pozitif reaksiyon veren allerjenler olarak saptadık. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar değerlendirildiğinde Sarıcaoğlu ve ark. [14] ilk üç sırada nikel sülfat (%28), potasyum dikromat (%15,2) ve benzokain (%11,8)'e karşı pozitif reaksiyon saptamışlardır. Utaş ve ark. [15] ise sırasıyla nikel sülfat (%21,6), fragrance miks (%9,6), kobalt klorür (%8,8), peru balsamı (%5,6) ve potasyum dikromat (%4,8)'a karşı en sık reaksiyon gözlenmiştir. Atakan ve ark. [16]'nin 23 maddelik standart seri ile yaptıkları testlerde ise nikel sülfat (%16,4), fragrance miks (%12,97) ve peru balsamı (%12,3) hassasiyeti saptanmıştır. Balevi ve ark. [17] yaptığı çalışmada nikel sülfat (%23), potasyum dikromat (%21), benzokain (%11), kobalt klorid (%9) ve etilendiamin (%7) şeklinde sıralanmaktadır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Yukarıda adı geçen çalışmalarda yama testi için kullanılan test serilerinin içerik ve sayı bakımından az çok farklılıklar göstermesi nedeniyle alerjik reaksiyon bakımından birtakım ayrılıklar gösterdiği ortaya çıkmaktadır. Avrupa ve Kuzey Amerika'da da nikelsülfat yama testinde en sık rastlanan kontakt duyarlandırıcı maddedir. Danimarka'dan 2166 ekzemalı hastada, 22 madde kullanarak yapılan çalışmada sırası ile nikelsülfat (%15,6), koku karışımı (%6,4), kobaltklorür (%4,6), potasyumdikromat (%4,3), Peru balsamı (%4), karbamat karışımı (%3,9), kolofoni (%3,7) ve formaldehid (%3,6) en sık allerjenler olarak saptanmıştır. Kuzey Amerika Kontakt Dermatit Grubunun 3120 olguda yaptıkları çalışmada en sık saptanan allerjenlerin nikelsülfat (%14,3), koku karışımı (%14), neomisinsülfat (%11,6), Peru balsamı (%10,4), timerosal (%10,4), formaldehid (%9,2), quaternium 15 (%9,2), basitrasin (%9,1), kobaltklorür (%8) olduğu gözlemlenmiştir.

Almanya'da 40000 hastada yapılan bir çalışmada ise nikelsülfat (%12,9), koku karışımı (%10,5), Peru balsamı (%7,3) ve timerosal (%5,6) en fazla duyarlanmaya yol açan allerjenler olarak tespit edilmiştir [15]. Bizim çalışmamızda ise primin, ve tiksokortol çok az oranda, ayrıca potasyum dikromat, kobalt klorid ve tiuram miks ise daha fazla oranda pozitiflik reaksiyon vermiştir. Olgularımızın yaş dağılımı incelendiğinde üç pik görülmektedir. Bunlardan ilki 20-29 yaş grubunda (%21,8), diğeri 30-39 yaş grubunda (%20,4) ve sonuncusu da 40-49 grubunda (20,4) idi. Alerjik kontakt dermatit bebeklikten yaşlılığa kadar her yaşta görülebilse de genç erişkinler maruziyetleri bakımından alerjik kontakt dermatit gelişimi için en riskli gruptur. Sensitizasyon oranı 20- 49 yaşlar arasında en yüksek düzeydedir [16]. Olgularımızdan dördünde (%0,02) 'angry back' saptandı. Çalışmamızda diğer çalışmalarla benzer oranda 'angry back' reaksiyonu saptadık. Avrupa Çevre ve Kontakt Dermatit Araştırma Grubu'nun bir çalışmasında 1000 olguluk bir seride angry back oranı %1'in altında bulunmuştur [17].

Sonuç olarak yama testi uygulamamızda en sık nikelsülfat, kobalt klorid, potasyum dikromat, tiuram miks, formaldehit, peru balsamı ve fragrance miks allerjenlerine reaksiyon saptadık. Son derece değerli bir tanı testi olmasına rağmen, yama testi uygulanacak olgularda testin uygulandığı hastaların mesleklerinin, kişisel ve ailesel atopi durumunun, ekzema süresinin ve seyirinin, şüpheli allerjen madde hikâyesi (makyaj, takı, parfüm, kolonya ve saç boyası kullanımı) gibi hasta ve hastalığa ait özelliklerin bilinmesi, sonuçların daha doğru değerlendirilebilmesine yardımcı olacaktır.



KAYNAKÇA:

1. Fall, S., Bruze, M., Isaksson, M., Lidén, C., Matura, M., Stenberg, B., & Lindberg, M. (2015). Contact allergy trends in Sweden - a retrospective comparison of patch test data from 1992, 2000, and 2009. *Contact Dermatitis*, 72(5), 297–304. doi:10.1111/cod.12346
2. Nelson JL, Mowad CM. Allergic Contact Dermatitis: Patch Testing Beyond the TRUE Test. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2010;3(10):36-41.
3. Thyssen, J. P., Linneberg, A., Menné, T., & Johansen, J. D. (2007). The epidemiology of contact allergy in the general population – prevalence and main findings. *Contact Dermatitis*, 57(5), 287–299. doi:10.1111/j.1600-0536.2007.01220.x
4. Lazzarini R, Duarte I, Ferreira AL. Patch tests. *An Bras Dermatol*. 2013;88(6):879-888. doi:10.1590/abd1806-4841.20132323
5. Rietschel RL, Mathias CG, Taylor JS, Storrs FJ, Sherertz EF, Pratt M, Marks JG Jr, Maibach HI, Fransway AF, Fowler JF Jr, DeLeo VA, Belsito DV. A preliminary report of the occupation of patients evaluated in patch test clinics. *Am J Contact Dermat*. 2001 Jun;12(2):72-6. doi: 10.1053/ajcd.2001.19630. PMID: 11381341.
6. Wohrl, S., Hemmer, W., Focke, M., Gotz, M., & Jarisch, R. (2003). Patch Testing in Children, Adults, and the Elderly: Influence of Age and Sex on Sensitization Patterns. *Pediatric Dermatology*, 20(2), 119–123. doi:10.1046/j.1525-1470.2003.20204.x
7. Walton, S., Nayagam, A. T., & Keczek, K. (1986). Age and sex incidence of allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis*, 15(3), 136 139. doi:10.1111/j.1600-0536.1986.tb01313.x
8. Doğramacı AÇ, Gürer MA. Kontakt dermatitli hastalarda yama testi sonuçları: Beş yıllık retrospektif çalışma. *Türkiye Klinikleri J Dermatol*. 2008; 18(4): 215-22
9. Uçar S, Özçelik S, Akyol M. Alerjik kontakt dermatitli olgularda yama testi sonuçlarının değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Med J*. 2011; 33(3): 299-306
10. Çalka Ö, Karadağ AS, Akdeniz N, Bilgili SG. Türkiyenin doğusunda kontakta dermatitli hastalarda deri yama testi sonuçları. *Turkderm*. 2011; 45(1): 19-23
11. Ada S, Aşkın Ü, Güleç AT, Seçkin D. Alerjik kontakt dermatit tanısıyla deri yama testi yapılan 775 hastanın sonuçları. *Turkderm*. 2010; 44(4): 187-92.
12. Agner T, Damm P, Skouby SO. Menstrual cycle and skin reactivity. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 566-70.
13. Adams RM. Patch testing- a recapitulation. *J Am Acad Dermatol* 1981;5: 629-46.
14. Patrizi A, Rizzoli L, Vincenzi C, Trevisi P, Tosti A. Sensitization to thimerosal in atopic children. *Contact Dermatitis* 1999; 40: 94-7.
15. Akasya-Hillenbrand E, Ozkaya-Bayazit E. Patch test results in 542 patients with suspected contact dermatitis in Turkey. *Contact Dermatitis* 2002; 46: 17-23.
16. Kotoğyan A. Kontakt dermatitilerde yama (patch) testi sonuçları. *V. Ulusal Dermatoloji Kongresi*, 4-7 Eylül 1974, Ankara.
17. Akyol A. Alerjik kontakt dermatit tedavisi. *T Klin Alerji- Astim* 1999; 1: 22-6.



SS-17

TREATMENT OF ROSACEA BASED ON THE RS1544410 POLYMORPHISM OF THE VDR GENE

Saidkasim Saydazimovich Arifov¹, Oybek Abdujabbarovich Babajanov², Kodirjon Tokhtabaevich Boboev³

¹Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

²Tashkent pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

³Research Institute of Hematology and Blood Transfusion, Tashkent, Uzbekistan

INTRODUCTION: Rosacea is a recurrent chronic inflammatory skin disease that primarily affects the central area of the face and has several stages. In recent years, interest has increased in the study of genetic polymorphisms of VDR, which is a gene encoding a receptor that binds vitamin D3 and regulates the activity of mineral metabolism genes and parathyroid hormone secretion, the functioning of various cell lines, the immune system and partly vascular endothelial dysfunction. The aim of this study was to study the effectiveness of therapy depending on the frequency of distribution of genotypes of the polymorphism of the BsmI G>A VDR gene in patients with rosacea.

MATERIALS AND RESEARCH METHODS: Under clinical observation were 140 patients with rosacea aged 28 to 64 years. The polymorphism of the BsmI G>A VDR gene was studied using the molecular genetic method. Research results. A significant association of the heterozygous genotype G/A was found in patients - 50.0% compared with the group of healthy individuals 37.2%. The risk of developing the disease when carrying this genotype is 1.7 times higher than in persons who do not have it. The wild genotype G/G was determined with the highest frequency in the control group - 57.9% versus 42.9% of cases in patients. It is interesting to note that when carrying the homozygous A/A genotype, no significant association was found in patients with rosacea. All 140 patients with rosacea received standard therapy approved by the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. The results of therapy showed that the positive clinical effect in the form of clinical recovery and a significant improvement in carriers of the G/G genotype of the VDR gene polymorphism was 68.4%, in carriers of the G/A genotype - 40%, and in carriers of the A/A genotype - 50 %.

CONCLUSIONS: The best effect of therapy was observed in patients with rosacea with the G/G genotype of the polymorphism of the VDR gene compared with the G/A and A/A genotypes, and to improve the results of treatment in patients carrying the G/A and A/A genotypes, it is possible to add additional medications.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

SS-18

Bu bildiri yazarları tarafından geri çekilmiştir.



SS-19

ANDROGENETİK ALOPESİ OLGULARINDA KLİNİK VE DERMOSKOPIK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslan Yürekli¹, Ercan Arca², Ercan Çalışkan²

¹Kuşadası Devlet Hastanesi Cildiye Kliniği, Aydın

²Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Ankara

ÖZET: Androjenetik alopesi, genetik yatkınlığı olan kişilerde androjen hormonlarının etkisi ile terminal kılların vellus kıllara dönüşmesi sonucu oluşur. Tüm saç dökümlerinin %95'ini oluşturur. Tanı fizik muayene, öykü ve aile öyküsü ile konur. Son 10 yılda dermoskopi kullanımı hız kazanmıştır. Saçlı deri, saç, kaş ve kirpikleri incelemek için kullanılan trikoskopi yöntemi alopesilerin ayrıntı tanısında kolaylık sağlayan bir yöntemdir.

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı polikliniğimize başvuran androjenetik alopesi hastalarında saç dökülmesi paternlerinin dermoskopik özelliklerini trikoskopi analizi ile incelemek ve sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırmaktır.

BULGULAR: Çalışmamızda polikliniğimize başvuran 84 erkek (%80) ve 21 kadın (%20) olmak üzere androjenetik alopesi tanısı alan 105 hasta değerlendirildi. 84 hastada (%80) anizotrikoz, 20 hastada (%19) sarı nokta bulgusu, 27 hastada (%25.7) beyaz nokta bulgusu, 72 hastada (%68.6) peripilar bulgu, 15 hastada (%14.3) kahverengi nokta bulgusu, 47 hastada (%44.8) balpeteği pigment paterni bulgusu, 51 hastada (%48.6) boş folikül belirtisi, 79 hastada (%75.2) teklî kıl folikülü bulgusu saptandı.

SONUÇ: Trikoskopi androjenetik alopesi tanısında etkili bir yöntemdir. Trikoskopik bulgular hastalığın evresine göre değişiklik gösterebilir. Androjenetik alopesinin en sık görülen trikoskopik bulguları anizotrikoz, peripilar işaret ve teklî kıl folikülüdür. Bulguların hastalık evresine göre dağılımını karşılaştırdığımızda beyaz nokta ve balpeteği pigment paterni bulgusunun hastalığın derecesi ile uyumlu olduğunu gördük.

GİRİŞ: Trikoskopi, dermoskopi kullanılarak saçlı deri, saç, kaş ve kirpiklerin incelenmesi yöntemidir. Son 10 yılda kullanımı hızla artan bu yöntem ilk olarak 1993 yılında Kossard ve Zagarella tarafından primer sikatrisyel alopesili bir bireyi incelemek için kullanılmıştır. 2004 yılında Lacaruba ve arkadaşları alopesi areatanın dermatoskopik özelliklerini bildirmiştir. Androjenetik alopesi bulguları 2005 yılında Olszewska ve Rudnicka tarafından tanımlanmıştır. Daha sonraki yıllarda çeşitli çalışmalar yapılmış olsa da, tanımlayıcı Atlas of Trichoscopy: Dermoscopy in Hair and Scalp Disease ilk olarak 2008 yılında Tosti tarafından yayınlanmıştır (1).

Trikoskopik bulgular foliküler bulgular, perifolik ve interfoliküler bulgular ve damarlar olmak üzere üç ana kategoride incelenebilir. Normal saçtaki trikoskopik bulgular değerlendirildiğinde,



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

androgenetik alopesi vakalarından farklı olarak sağlıklı bir terminal saçın kalınlığı ve rengi benzerdir. Vellus kılları normal deride de bulunur ancak sağlıklı kişilerde oran %20'yi geçmez (2). Bunların dışında zayıf foliküller, sarı lekeler, küçük beyaz lekeler, bal peteği görünümü, peripilar bulgular, skuamşlar ve siyah kir noktaları da görülebilir (3).

Androgenetik alopeside en sık görülen bulgu terminal kılların vellus kıllarına dönüşmesiyle oluşan anizotrikozdur. Vellus kılları normal kılların %10'unu oluşturur ve bu oran androgenetik alopeside artmaktadır. Normal bir saç kökü üzerinde iki ila dört saç folikülü vardır (4,5). Androgenetik alopeside (AGA) bir folikülden tek saç çıkışında artış gözlenir. Alopesi areata'da yaygın olmakla birlikte, androgenetik alopeside de sarı noktalar görülebilir. Uzun süreli hastalığı olan hastalarda sebase hipertrofiye bağlı olarak beyaz noktalar gelişebilir. Peripilar belirti hastalığın erken döneminde görülebilmekte ve folikül çevresindeki inflamasyonu yansıtmaktadır (6). İlerlemiş vakalarda, özellikle tamamen saçsız bölgelerde, yağ bezlerinin hipertrofisi ve boş foliküllerin varlığı nedeniyle bal peteği pigment paterni görülebilir (7). Hastalarda tespit ettiğimiz trikoskopik bulgular Şekil 1'de gösterilmiştir.

MATERYAL METOD: Çalışma yerel etik kurul tarafından onaylandı. Ocak 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında kliniğimize saç dökülmesi şikayeti ile başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi. Androgenetik alopesi tanısı klinik olarak konuldu. Hastalardan ayrıntılı anamnez alındı ve fizik muayene yapıldı. Aynı hekim tarafından cilt muayenesi yapılarak saçlı deri bölgesi incelendi. Trikoskopi analiz yöntemi için kliniğimizin envanterinde bulunan FotoFinder®2007 R2 lisanslı programı kullanıldı.

İlk olarak, hastanın verteks noktasına dik olacak şekilde yukarıdan görüntüleri alındı. Burada çekilen görüntülerden hastaların saç dökülme evreleri Hamilton-Norwood (H-N) ve Ludwig skalasına göre belirlenerek kayıt altına alındı. Daha sonra Fotofinder® dermoskop ile 20 büyütme ile yoğun saç dökülmesi olan alanlar incelendi. Hastaların yaşı, hastalığın şiddeti, aile öyküsü ve cinsiyeti değerlendirildi ve kaydedildi. AGA'nın trikoskopik bulguları ve bu bulguların yaş, aile öyküsü ve klinik evre ile ilişkisi karşılaştırıldı.

Bu randomize epidemiyolojik çalışmada istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 programı kullanılmıştır. Verileri karşılaştırmak için ikili lojistik regresyon modeli ve Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde $p < 0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

SONUÇLAR: Çalışmaya toplam 105 hasta katıldı; Hastaların 84'ü (%80) erkek, 21'i (%20) kadındı. Çalışmamızdaki 84 erkek hastanın H-N ölçeğine göre beşi evre I (%6), yedisi evre II (%8.3), 11'i evre III (%13), 19'u evre IV (%22.6), 16'sı evre V (%19), 16'sı evre VI (%19) ve 10'u evre VII (%11.9) idi. Kadın hastaların saç dökülme paterneleri Ludwig skalasına göre sınıflandırıldığında beşi evre I (%23,8), 11'i evre II (%52,4) ve beşi evre III (%23,8) olarak değerlendirildi.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

84 hastada (%80) anizotrikoz, 20 hastada (%19) sarı nokta bulgusu, 27 hastada (%25.7) beyaz nokta bulgusu, 72 hastada (%68.6) peripilar bulgu, 15 hastada kahverengi nokta bulgusu (%14.3), 47 hastada bal peteği pigment patern bulgusu (%44.8), 51 hastada (%48.6) boş folikül belirtisi, 79 hastada (%75.2) tek saç folikülü belirtisi görüldü. Trikoskopik bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tartışma: AGA tanısı çoğunlukla fizik muayene, öykü ve aile öyküsüne dayanır. Son zamanlarda birçok deri hastalığının tanı ve takibinde kullanılan bir dermoskopi, AGA tanısında da kullanılmaya başlanmıştır. Son 10 yılda hızla yaygınlaşan bu yöntem ilk olarak 1993 yılında Kossard ve Zagarella tarafından sikatrisyel alopesili bir bireyde kullanılmıştır (8).

AGA'da terminal kılların vellus kıllarına dönüşmesi ile kıl çaplarının farklılaşması olarak tanımlanan anizotrikoz en sık görülen bulgudur. Sarı noktalar primer olarak AA'da gözlenir, ancak AGA'da da görülebilir (9,10). Peripilar işaret, hastalığın erken evrelerinde görülebilir ve folikül etrafındaki inflamasyonu yansıtır. İlerlemiş vakalarda, özellikle tamamen saçsız bölgelerde yağ bezlerinin hipertrofisi ve boş foliküllerin varlığından kaynaklanan bal peteği pigment paterni görülebilir. AGA'da görülebilen diğer bulgular arasında beyaz nokta, tekli kıl folikülü, kahverengi nokta ve boş foliküller bulguları bulunmaktadır (11).

Anizotrikozis: Anizotrikozis, saç çapı farklılığını tanımlayan bir terimdir; ilk olarak Lindsay ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Anizotrikozis teriminden esinlenerek literatüre kazandırılmıştır (12). Lacharriere ve ark. anizotrikozun AGA'da en sık görülen trikoskopik bulgu olduğunu vurgulamıştır (13). Inui ve ark. AGA'nın erken tanısında saç çapı farkının önemli olduğunu belirtmiştir (11). Rakowska ve ark. dermoskopik standardizasyon kriterlerinde FAGA için ana kriter olarak anizotrikozu tanımlamışlardır (14).

Çalışmamızda 84 erkek hastanın 68'inde (%81) ve 21 kadın hastanın 16'sında (%76.2) anizotrikozis saptanmıştır. Diğer çalışmalara göre daha düşük değerler bulmamızın nedeni ileri evre hasta sayısının fazla olmasıdır. Bu, anizotrikoz bulgusunun aslında hastalığın erken evrelerinde bir gösterge olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Sarı ve kahverengi noktalar: Sarı noktaların, uç organ aşırı duyarlılığına bağlı sebace hiperplaziye bağlı olarak sebum ve keratinöz materyal ile foliküler infundibulumun tıkanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Rakowska ve ark. FAGA ve kronik TE ayırımında sarı noktaların ana dermoskopik bulgu olduğunu vurgulamıştır (14). Kibar et al. bazı sarı noktaların daha koyu ve kahverengi olduğunu belirtmiş ve kahverengi nokta olarak ayrı bir başlık açmışlardır (15).

Çalışmamızda 84 erkek hastanın 17'sinde (%20,2), 21 kadın hastanın 3'ünde (%14,3) sarı nokta bulgusu saptadık. Erkek hastaların 13'ünde (%15,5) kahverengi noktalar görüldü. Erkeklerde sarı nokta bulgusunun daha sık görülmesinin sebebinin androjen etkisi altında olan yağ bezlerinin erkeklerde kadınlara göre daha fazla etkilmesi olduğunu düşünüyoruz.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

Beyaz noktalar: Beyaz noktalar foliküler yıkım sonucu oluşur ve bu bulgu peripilar beyaz noktalar olarak gözlenir. Ross ve ark. beyaz nokta ve bal Peteği pigment patern bulgusunun, bölgesel melanin kaybından kaynaklandığını bildirmişler ve bu bulguların ileri hastalık ve aşırı saç dökülmesi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Kibar ve ark. bu bulguyu hastalığın ileri evreleri ile ilişkilendirmiştir (15). Rokowska ve ark. beyaz nokta bulgusunu kadın androgenetik alopesi (FAGA) tanısında majör kriter olarak belirlemiştir (14).

Çalışmamızda 21 kadın hastanın ikisinde (%21) ve 84 erkek hastanın 25'inde (%29.8) beyaz noktalar görüldü. Hastalığın bir evre ilerlemesinin beyaz nokta görülme olasılığını erkek hastalarda 2,76 kat, kadın hastalarda 22 kat artırdığını gözlemledik. Beyaz nokta bulgusunun hem erkek hem de kadın hastalarda kronik hastalığın bir göstergesi olduğunu ve hastalığın ileri evrelerinde daha sık görüldüğünü düşünüyoruz.

Peripilar işareti: Peripilar bulgu, hastalığın erken evrelerinde görülebilir ve folikül etrafındaki inflamasyonu yansıtır. Deloche ve ark. ilk olarak perifoliküler pigmentasyondan bahsetmiş ve epidermal kalınlık ve/veya fibrozis ile perifoliküler pigmentasyon oluştuğunu vurgulamışlardır(16). Inui ve ark. neredeyse tüm beyaz tenli hastalarda perifoliküler pigmentasyon gözlemlenmişler ve koyu tenli kişilerin cildinde perifoliküler pigmentasyonun daha az görülmesinin koyu ten nedeni le kamufle olabilmesinden kaynaklandığını belirtmişlerdir (11). Zhang ve ark. peripilar işareti iki gruba ayırmışlardır: kahverengi ve beyaz perifoliküler pigmentasyon (17). Kibar ve ark. Fitzpatrick 3 cilt tipine sahip hastalarda bu bulgunun daha sık görüldüğünü vurgulamıştır (15). Rakowska ve ark. perifoliküler pigmentasyonu iki farklı bölgede değerlendirmiştir: oksipital ve frontal bölge. Bu bulgunun hastaların frontal bölgesinde oksipital bölgeye göre daha sık olduğunu bulmuşlardır (14).

Çalışmamızda 21 kadın hastanın 16'sında (%76,2) ve 84 erkek hastanın 56'sında (%66,7) peripilar işaret tespit edildi. Kibar ve ark.'nın çalışmasında olduğu gibi istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bu bulguyu kadın hastalarda daha fazla gözlemledik.

Bal Peteği pigment paterni: Kibar ve ark. Bal Peteği pigment paterninin yaşla ilgili olmadığını ve bu bulgu görüldüğünde alopesi olasılığının 3,2 kat arttığını vurgulamıştır (15). Zhang ve ark. Bal Peteği pigment paternini saçlı deri pigmentasyonu olarak tanımlamışlar ve saçlı deri pigmentasyonunun ileri evrelerde daha sık görüldüğünü vurgulamışlardır (17).

Çalışmamızda 84 erkek hastanın 41'inde (%48,8), 21 kadın hastanın altısında (%28,6) bal Peteği pigment paterni gözlemlendi. Bu bulgu ile hastalık evresi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı (P = 0,001). Hastalığın bir evre ilerlemesi bal Peteği pigment paterni görülme olasılığını erkek hastalarda 11.43 kat, kadın hastalarda 2.8885 kat arttırdığını tespit ettik. Sonuç olarak, evre arttıkça bal Peteği pigment paterni görülme olasılığı artmakta ve hastalığın şiddeti ile korelasyon göstermektedir.

Boş foliküller: AGA, folikülde kıl olmaması ile karakterize bir hastalıktır. Bununla beraber sağlıklı saç derisindeki saç kökü de aynı görünüme sahip olabilir (18,19). Hastalarımızda da gözlemlediğimiz bu bulguya çok az çalışmada yer verilmektedir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Çalışmamızda 21 kadın hastanın 8'inde (%38,1), 84 erkek hastanın 43'ünde (%51,2) boş folikül bulgusu saptandı. Bu bulgu sınırlı sayıda yayında yer alsada AGA hastalarının büyük çoğunluğunda bulunması nedeniyle bu bulgunun AGA hastalığı için değerli olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca çalışmamızda hastalık şiddetinin bir evre ilerlemesinin erkeklerde boş folikül görülme olasılığını 2.40 kat artırdığını saptadık. Kadınların değerlendirilmesinde evre ve boş folikül bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tekli saç folikülü: AGA dermoskopik bulgularında tekli saç folikül ünitelerinde artış görülmektedir (3,20). Literatür taramasında bu bulgudan bahsedilmemektedir ve çalışmamızda 52 kadın hastanın 11'inde (%52,4) ve 84 erkek hastanın 68'inde (%81) tekli saç folikülü gözlemledik. Literatürde yer almayan ancak makalelerde adı geçen bu bulgu AGA hastalarında görülmektedir ancak diğer saçlı deri hastalıkları ile karşılaştırma yapmadığımız için tanıs olup olmadığının belirlenmesi için karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ: Çalışmamızda AGA hastalarında dermoskopik özellikler trikoscopi yöntemi kullanılarak araştırılmıştır. Anizotrikoz, peripilar işaret ve tekli saç folikülü bulguları her iki cinsiyette en sık görülen bulgular olarak tespit edildi. Bulguların hastalığın evresine göre dağılımına baktığımızda her iki cinsiyette de beyaz nokta ve bal peteği pigment paterni bulgularının hastalık şiddeti ile paralellik gösterdiğini ve hastalık evresi ilerledikçe bu bulguların görülme olasılığının arttığını saptadık. Ayrıca daha önceki çalışmalarda bahsedilmeyen tekli saç folikülü bulgusunun da AGA trikoskopik bulguları arasında önemli bir yeri olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR:

1. Tosti A, Torres F. Dermoscopy in the diagnosis of hair and scalp disorders. *Actas Dermosifiliogr* 2009;1:114-9.
2. Piraccini BM, Alessandrini A. Androgenetic alopecia. *G Ital Dermatol Venereol* 2014;149(1):15-24.
3. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Kowalska-Oledzka E, Slowinska M. Trichoscopy: a new method for diagnosing hair loss. *J Drugs Dermatol* 2008;7:651-4.
4. Werner B, Mulinari-Brenner F. Clinical and histological challenge in the differential diagnosis of diffuse alopecia: female androgenetic alopecia, telogen effluvium and alopecia areata - part I. *An Bras Dermatol* 2012;87:742-7.
5. Varothai S, Bergfeld WF. Androgenetic alopecia: an evidence-based treatment update. *Am J Clin Dermatol* 2014;15:217-30.
6. Malvehy J, Puig S, Argenziano G, Marghoob AA, Soyer HP. Dermoscopy report: proposal for standardization. Results of a consensus meeting of the International Dermoscopy Society. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:84-95.
7. Olszewska M, Rudnicka L, Rakowska A, Kowalska-Oledzka E, Slowinska M. Trichoscopy. *Arch Dermatol* 2008;144:1007.
8. Miteva M, Tosti A. Hair and scalp dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:1040-8.
9. Rudnicka L, Rakowska A, Olszewska M. Trichoscopy: how it may help the clinician. *Dermatol Clin* 2013;31:29-41.



10. Kowalska-Oledzka E, Slowinska M, Rakowska A, Czuwara J, Sicinska J, Olszewska M, Rudnicka L. 'Black dots' seen under trichoscopy are not specific for alopecia areata. Clin Exp Dermatol 2012;37:615-9.
11. İnuı S, Nakajima K, İtami S. Scalp dermoscopy of androgenetic alopecia in Asian people. J Dermatol 2009;36:82-5.
12. Lindsay D, Dirk M, Patrick R. "Anisotrichosis": A novel term to describe pattern alopecia. J Am Acad Dermatol 2007;56:856.
13. Lacharrie`re O, Deloche C, Misciali C, Piraccini M, Vincenzi Z, Bastien P at all. Hair diameter diversity: A clinical sign reflecting the follicle miniaturization. Arch Dermatol 2001;137:641-646
14. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, Olszewska M, Rudnicka L. Dermoscopy in female androgenic alopecia: method standardization and diagnostic criteria. Int J Trichology 2009;1:123-30.
15. Kibar M, Aktan S, Bilgin M. Scalp dermatoscopic findings in androgenetic alopecia and their relations with disease severity. Ann Dermatol 2014;26:478-84.
16. Deloche C, de Lacharrie`re O, Misciali C, Piraccini BM, Vincenzi C, Bastien P, Tardy I, Bernard BA, Tosti A. Histological features of peripilar signs associated with androgenetic alopecia. Arch Dermatol Res 2004;295:422-8.
17. Zhang X, Caulloo S, Zhao Y, Zhang B, Cai Z, Yang J. Female pattern hair loss: clinico-laboratory findings and trichoscopy depending on disease severity. Int J Trichology. 2012;4:23-8.
18. Lacarrubba F, Dall'Oglio F, Rita Nasca M, Micali G. Videodermoscopy enhances diagnostic capability in some forms of hair loss. Am J Clin Dermatol 2004;5:205-8.
19. Karadağ Köse Ö, Güleç AT. Clinical evaluation of alopecias using a handheld dermatoscope. J Am Acad Dermatol 2012;67:206-14.
20. Abraham LS, Piñeiro-Maceira J, Duque-Estrada B, Barcaui CB, Sodr  CT. Pinpoint white dots in the scalp: dermoscopic and histopathologic correlation. J Am Acad Dermatol. 2010;63:721-2.

Tablo-1: Trikoskopik Bulgular

Trikoskopik Bulgular	N/%
Anizotirkozis	84 (%80)
Sarı nokta	20 (%19)
Beyaz nokta	27 (%25.7)
Peripilar işaret	72 (%68.6)
Kahverengi nokta	15 (%14.3)
Balpeteği pigment paterni	47 (%44.8)
Boş foliküller	51 (%48.6)
Tekli sağ folikülü	79 (%75.2)



SS-20

MALASSESSIA KOLONİZASYONUNUN MASKNE HASTALARINDA, SEBOREİK DERMATİT OLGULARINDA VE SAĞLIKLI BİREYLERDE KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşe Nilhan Atsü¹, Nazlı Ca², Defne Özkoca⁵, Ozan Yıldırım², Zafer Türkoğlu², Çağrı Ergin⁴
¹ İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Şehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
³ Diyarbakir Dağkapı Devlet Hastanesi
⁴ Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Mikrobiyoloji
⁵ Zonguldak Atatürk

GİRİŞ: Covid-19 pandemisi ile birlikte maske kullanımı bağlı mekanik akne vakaları artmıştır, maskne terimi bu hastaları tanımlamak için kullanılmaya başlanmıştır. Maske kullanımına bağlı lokal fizyolojik değişiklikler akne ve seboreik dermatit gibi hastalıklarda ortamdaki mevcut Malassezia türlerinin değişmesine neden olmuştur. Çalışmamızın amacı maskne bölgesindeki Malassezia türlerinin çeşitliliğini ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Toplam 408 hasta ile prospektif olarak tasarlanan çalışma grupları, 212 akne hastası, 72 seboreik dermatit hastası ve 124 sağlıklı gönüllüden oluşturuldu. Hastaların demografik verileri kaydedildi. Hasta ve sağlıklı gönüllüler çalışma kapsamında 6 hafta ve daha uzun süre; günde 4 saatten uzun maske takan bireyler değerlendirildi. Hastaların nasolabial ve retro-auricular bölgeden malassezia kültürü için 2 adet örnek alındı; mDixon agar ve FastFung agara ekildi. Maskesiz bölge olarak belirlenen retroauricular bölgeden her hastadan kontrol sürüntü örneği alındı.

BULGULAR: Akne ve seboreik dermatit hastalarında nasolabial ve retro-aurikular bölgelerden, kontrol grubuna göre malassezia türleri daha yüksek oranda izole edildi. (26.8% vs 20.2%, p<0.05). Malassezia türleri %26,4 ile en yüksek oranda seboreik dermatit hastalarının nasolabial bölgesinden izole edildi. Tüm hastalarda nasolabial ve retro-auricular bölgelerden izole edilen malassezia türleri arasında anlamlı bir korelasyon görüldü. Tüm gruplarda nasolabial bölge sürüntülerinde en yüksek oranda M. Globosa izole edildi(%36,6), M.restricta anlamlı olarak düşük oranda izole edildi (p<0.05).

SONUÇ: Malassezia türlerinin dirençli akne ve seboreik dermatit olgularında rol aldığı bilinmektedir. Farklı çalışmalarda bu türler sayısal olarak ve çeşitlilik açısından değişken oranda bulunmuştur, bu çalışmada maskne ve seboreik dermatit hastalarında sağlıklı gönüllülerden anlamlı olarak yüksek oranda tür çeşitliliği saptanmıştır. Bu türlerin sayıca artması mayalara karşı antikor reaksiyonunu dolayısıyla inflamasyonu tetiklemektedir. Tedaviye dirençten de sorumlu olabilecek bu inflamatuvar yanıtın nedenini bilmek akne ve seboreik dermatitte tedaviye yardımcı olacaktır.



SS-21

MULTİPLE SKLEROZLU BİR HASTADA LINEER ERİTEMLE KARAKTERİZE EKTOPARAZİT OLGUSU

Zeynep Kulcu, Demet Çiçek

Fırat Üniversitesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Elazığ

ÖZET: Akarlara bağlı ekto parazitler, dünyada ve ülkemizde görülen, genellikle evcil hayvan temasıyla oluşan, kaşıntılı papüller ve dermatitle prezente olan ve şüphe ile yaklaşılmadıkça tanı konulması oldukça zor enfestasyonlardır. 31 yaşında multipl sklerozlu erkek hasta polikliniğimize 2 yıldır geçmeyen gövde lateralinden karın ön yüzüne uzanan skuamaların eşlik ettiği ilginç bir eritemle başvurdu. Hazırlanan nativ preparatın mikroskopik incelemesinde tesadüf eseri rastlanan yapılar sebebiyle paraziter bir enfestasyondan şüphelenildi. Hastanın 2 yıl önceki yurt dışı seyahati öyküsü ve multipl skleroz için immün supresif ilaç kullanımının var olması sebebiyle şüphe duyulan enfestasyon için albendazol tedavisine başlandı. Tedavi bitiminde yapılan takiplerde lezyonların tamamıyla gerilediği görüldü. Hastanın tedaviye tam yanıtından yola çıkılarak her ne kadar etkenle ilgili kesinlik olmasa da ekto parazit tanısı doğrulandı. Bu vaka, immünsupresif hastaların dirençli kaşıntılarda gözden kaçabilecek bir tanı olarak ekto parazit enfestasyonuna dikkat çekilmesi açısından sunuldu.

GİRİŞ: Ekto parazitik enfestasyonlar, ülkemizden ve dünyadan bildirilen olgular çerçevesinde daha sıklıkla akar cinsleriyle oluşan; kliniği eritemli, kaşıntılı, dağınık yerleşimli papüller^{4,6,9,10} veya dermatit^{7,8,9,10} olan enfestasyonlardır. Ülkemizden ve dünyadan bildirilen vakalar, sıklıkla evcil hayvan teması ile insana parazitlerin bulaşmasıyla oluşmuştur^{9,10,18}. Enfeste hayvanlar çoğu zaman asemptomatik seyrederek bu nedenle şüphe duyulmadan tanı konulması zordur. İnsanda tünel yapmayan parazit epidermiste yaşar, deri yüzeyindeki skuamla beslenir ve insanda çoğalmaz. Çoğunlukla da insanı ısırıp konak hayvana geri döner. Bu sebepten insanda paraziti saptamak güçtür^{9,10}. Bu olgu gövdesinde lineer bir eritemle başvuran multipl skleroz tanılı hastada multipl sklerozun kendi immünolojik patogenezi¹ ve immün sistemi hedefleyip immün baskılanma yaratan tedavilerinin⁹ deride paraziter enfeksiyonların oluşumuna sebep olabileceğine dikkat çekmek için sunuldu².

OLGU: 31 yaşında erkek hasta gövdesinde yaklaşık iki seneden beri devam etmekte olan kaşıntı ve döküntü şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde üzeri yer yer skuamli keskin sınırlı, çizgisel tarzda eritem görüldü. Ayrıca eritemli bölgeler üzerinde yer yer pikür benzeri punktat lezyonları da vardı (Resim 1.). Hastadan alınan anamneze göre polikliniğimize başvurmadan hemen önce egzama tanısıyla yaklaşık 10 gün topikal steroid kullandığı, daha sonra şikayetlerinin kötüleşmesi



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

üzerine polikliniğimize başvurduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde multipl skleroz tanısı olduğu ve Fingolimod 0,5 mg 1x1 tedavisi kullanmakta olduğu öğrenildi. Hastanın lezyonlarının keskin eritemli ve skuamli olması üzerine nativ preparat hazırlandı. Nativ preparat incelemesi sonucunda hifa ya da spor yapılarına rastlanmamakla beraber parazit dışkısı, kisti veya yumurtasına benzer iki adet yapıya rastlandı (Resim 2,3.). Biyokimyasal tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testlerinde 2 kat yükselme görüldü ancak bu yükseklik fingolimod tedavisi ile ilişkilendirildi. Tam kan sayımı normal düzeyde olup eozinofiliye rastlanmadı.

Hastadan ek olarak ektoparazit ön tanısıyla deri punch biyopsi örneği alındı. Histopatolojik incelemede hafif ortokeratotik parakeratoz, belirgin granüler tabaka, epidermiste hafif spongioz, hafif akantoz; dermiste perivasküler ve periadneksiyel eozinofilleri de içeren lenfoplazmositer enflamasyona rastlanmakla beraber ön tanıya spesifik bir histopatolojik sonuç elde edilmedi. Hastanın 2 yıl önce bir yurt dışı seyahati öyküsünün olması, yapılan mikroskopik incelemede parazit dışkısı ve kisti veya yumurtasına benzer yapıların rastlanması sebebiyle akarlarla bağlı paraziter bir enfestasyon düşünüldü. Hastaya Albendazol 400 mg/gün ve topikal olarak %5 permetrin 2x1 tedavisi başlandı. İlk tableti 0. gün, 2. tableti 21. günde alan hasta, son tableti aldıktan sonraki gün kontrole geldi. Dermatolojik muayenede postinflamatuvar hiperpigmentasyon dışı bulgu görülmedi. Eritem ve skuamın tamamen gerilediği görüldü. Hastanın ifadesine göre kaşıntısı tamamen gerilemişti (Resim 4.).

TARTIŞMA: Ektoparazitik enfestasyonlar, ülkemizden ve dünyadan bildirilen olgular çerçevesinde daha sıklıkla Neotrombiculidae autumnalis^{11,12,13,14}, Dermanyssus^{4,5,6}, Ornithonyssus^{4,5,6,7,8}, Cheyletiella^{9,10,16} familyalarına ait akar cinsleriyle oluşan; kliniği eritemli, kaşıntılı, dağınık yerleşimli papüller^{4,6,9,10} veya dermatit^{7,8,9,10} olan enfestasyonlardır. Ülkemizden ve dünyadan bildirilen vakalar, sıklıkla evcil hayvanın enfeste olması ve insana bulaştırmasıyla oluşmuştur. Enfeste hayvanlar çoğu zaman asemptomatik seyrederek bu nedenle şüphe duyulmadan tanı konulması zordur. Literatürde klinik olarak dermatit ve eritematöz dağınık papüllerle seyreden, hastaların evcil hayvanlarıyla temas ettikleri bölgelerde lokalize olan vakalar bildirilmiş^{9,10}. Bizim olgumuzu; hayvan teması olmaması, ilginç olarak lineer gövde yerleşimli oluşturan diğer vakalardan ayırmaktadır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Ektoparazitlerin sadece fiziksel temas esnasında geçici bir konak gibi insanı ısırıp asılı konağına geri dönmesinden ötürü insanda etkeni saptamak güç olduğundan ülkemizden bildirilen diğer vakalarda veteriner eşliğinde evcil hayvanlara tanı konulup indirekt olarak insanlara tanı konulmuştur.

Olgumuzda yaptığımız biyopsi sonucu histopatolojik olarak eozinofilik, lenfoplazmositer ve perivasküler bir birikim görülmüştür. Ülkemizden bildirilen iki Cheyletiella olgusundaki benzer histopatolojik bulgulara saptanmıştır.^{9,10} Ek olarak eozinofilik infiltrasyon görülmesi de paraziter bir enfestasyon tanısını güçlendirmektedir.

Bu olgu sunumunda hayvan temasının olmaması ve bu sebepten etkeni izole edebileceğimiz bir evcil hayvan olmaması, kesin tanı ve etken açısından herhangi bir kanıt elde edilememiş olsa da tedavi yanıtının tam olması ektoparaziter bir enfestasyon tanısını güçlendirmektedir. Literatürde hastamızdaki şekliyle prezente olan lezyon görülmemiş olsa da benzer dermatit benzeri pruritik ve eritemli lezyonlar çalı uyuzu etkeni Neotrombiculidae autumnalis^{11,12,13,14} (taksonomik olarak Türkiye’de olan Trombiculidae ailesi üyesi^{14,15}), diğer akar türleri arasından tahıl ve hayvanlardan bulaşabilen Dermanyssus^{4,5,6}, Ornithonyssus^{4,5,6,7,8} ve ev hayvanlarından bulaşabilen Cheyletiella^{9,10,16} türleri görülmüş olup etken izole edilemediğinden ve lezyon şekli atipik olduğundan etkenin tipi hakkında bir yorum yapmak güç olmuştur.

Olgumuzda andazolle tedavi başarısının yüksek olması kaynaklı tedaviden tanıya gidilen bir süreç gözlenmiştir. Ülkemizden bildirilen diğer vakalarda evcil hayvan tedavisiyle (topikal spermetrin) olgularda da klinik bulguların gerilediği ve olguların indirekt olarak bu şekilde tedavi edildiği gözlenmiştir. Dünyadan bildirilen vakalarda da evcil hayvan sahiplerinin %1 linden şampuanla tedavi edildiği olgular da mevcuttur.¹⁸ Genel olarak, bildirilen vakalarda serbest yaşayan akarlarla potansiyel devam edebilecek temasın engellenmesi için evin genel temizliği de önerilmiştir.^{9,10,18}

Bu olgu sunumunda Multipl Skleroz gibi immün baskılanma durumu mevcut olan ve ipucu olabilecek yurt dışı öyküsü gibi anamneze sahip hastalarda ektoparazit enfestasyonlarından şüphelenilmesi, dirençli kaşıntılarda ön tanılarda akla gelmesi gereken bir etken olduğunu düşünmemiz için yol gösterici olmuştur.



KAYNAKLAR:

1. Wildner P, Selmaj KW. Multiple sclerosis: Skin-induced antigen-specific immune tolerance. *J Neuroimmunol* 2017 Oct 15; 311: 49-58.
2. Kollipara R, Peranteau AJ, Nawas ZY, Tong Y, Woc-Colburn L, Yan AC, Lupi O, Tyring SK. Emerging infectious diseases with cutaneous manifestations. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Jul;75(1):19-30.
3. Krieger NR, Emre S. Novel immunosuppressants. *Pediatr Transplant*. 2004 Dec;8(6):594-9
4. Santana AP, Cardoso AEC, Passos RT, Ferreira İSC. Case for diagnosis. Erythematous and pruritic papules on forearms. *An Bras Dermatol*. 2 020;95(2):250-251.
5. Di Palma A, Giangaspero A, Cafiero MA, Germinara GS. A gallery of the key characters to ease identification of *Dermanyssus gallinae* (Acari: Gamasida: Dermanyssidae) and allow differentiation from *Ornithonyssus sylviarum* (Acari: Gamasida: Macronyssidae). *Parasit Vectors* 2012; 5: 104.
6. Akhoundi M, Brun S, Marteau A, Debédát J, Romdhane HB, Izri A. Occasional human infestations by feral pigeons' ectoparasites: Two case reports. *Clin Case Rep*. 2020;8:1255–1260.
7. Bassini-Silva R, Jacinavicius FC, Hernandez FA, Ochoa R, Bauchan GR, Dowling APG, Barros-Battesti DM. Dermatitis in humans caused by *Ornithonyssus bursa* (Berlese 1888) (Mesostigmata: Macronyssidae) and new records from Brazil. *Braz. J. Vet. Parasitol.*, Jaboticabal, v. 28, n. 1, p. 134-139, jan.-mar. 2019.
8. Waap H, Aguin-Pombo D, Maia M. Case Report: Human Dermatitis Linked to *Ornithonyssus bursa* (Dermanysoidea: Macronyssidae) Infestation in Portugal. *Front. Vet. Sci.*, 14 December 2020
9. Emre S, Yağlı S, Metin A, Kılıçarslan A, Pektaş SD. *Cheyletiella Blakei* Dermatitis. *Türk derm* 2011; 45: 213-5
10. Turan H, Turan A, Çoban G, Gönen İ. *Cheyletiella* Dermatitis: A Case Report. *Klimik Dergisi* 2012; 25(3): 127-9
11. Kampen H, Schöler A, Metzen M, Oehme R, Hartelt K, Kimmig P and Maier WA. *Neotrombicula autumnalis* (Acari, Trombiculidae) as a vector for *Borrelia burgdorferi* sensu lato? *Experimental and Applied Acarology* 33: 93–102, 2004
12. Caputo V, Santi F, Cascio A, Trizzino M, Colomba C. Trombiculiasis: an underreported ectoparasitosis in Sicily. *Le Infezioni in Medicina*, n. 1, 77-80, 2018.
13. Kassiri H, Fathi B, Dehghani R, Dehghani S and Doostifar K. First report of human infestation dermatitis due to chigger mite (Acari: Trombiculidae) in Iran. *J. ent. Res.*, 44 (1): 157-162 (2020).
14. Santibáñez P, Palomar AM, Portillo A, Santibáñez S, Oteo JA. The Role of Chiggers as Human Pathogens. October 3rd, 2014Reviewed: November 11th, 2015Published: December 2nd, 2015.
15. Cakiroglu D, Pekmezci D, Meral Y, Gokalp G, Acici M. *Trombiculidae* larvae (*Neotrombicula autumnalis*) infestation in a Little Bittern (*Ixobrychus minutus*) in Turkey. *Parasitol Res* 2008 Apr;102(5):1077-9.
16. Keh B, Lane RS, Shachter SP: *Cheyletiella blakei*, an ectoparasite of cats, as cause of cryptic arthropod infestations affecting humans. *West J Med* 1987; 146:192-4.
17. Haag-Wackernagel D, Bircher AJ. Ectoparasites from feral pigeons affecting humans. *Dermatology* 2010; 220:82-92
18. Dobrosavljevic DD, Popovic ND, Radovanovic SS. Systemic manifestations of *Cheyletiella* infestation in man. *International Journal of Dermatology* Volume 46, Issue 4 p. 397-399.



SS-22

AKNE VULGARİSLİ BİREYLERDE HASTALIK ŞİDDETİNİN YAŞAM KALİTESİ VE PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Veysel Duru¹, Fatma Efsun Tanaçan¹, Ahmet Güp, Didem Dinçer Rota¹,
Fatma Gülrü Erdoğan¹*

¹Ufuk Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ufuk Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankar

AMAÇ: Akne vulgaris pilosebace bezinin inflamatuvar bir kronik bir hastalıdır. Toplumda oldukça sık görülen akne, 12-24 yaşları arasındaki nüfusun yaklaşık olarak %85'ini etkilemektedir. Kişinin dış görünüşünü etkileyebilen ve skar bırakabilen akne, insanlarda çok sayıda psikiyatrik soruna yol açabilmektedir. Bu çalışmada amacımız "Kısa Semptomlar Envanteri" ölçeği ile aknenin psikiyatrik komorbidite ve psikososyal etkisini ölçmektir.

YÖNTEM: Çalışmaya Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniğinde değerlendirilen ve akne vulgaris tanısı konulan 18 yaş ve üzeri hastalar prospektif olarak dahil edildi. Tüm hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri not edildi. Hastalık skoru Global Akne Değerlendirme Ölçeği (GADÖ) ve Akne Skarları Klinik Değerlendirme Ölçeği (ASKDÖ) ile değerlendirildi. Tüm hastalara "Kısa Semptomlar Envanteri" (KSE) ölçeği uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 243 akne hastası dahil edildi. Global akne skoru yüksek olan hastalarda KSE değerlendirmesinde özellikle anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek skorlar izlendi. Cinsiyetler arasında kadın cinsiyette anlamlı olarak KSE anksiyete alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek skor saptandı ($p<0.001$). Akne Skarları Klinik Değerlendirme Ölçeği ile KSE nin alt boyutları ölçeği arasındaki korelasyona baktığımızda ise tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyonun olduğu izlendi (Anksiyete $r=0.35$ $p<0.001$, Depresyon $r=0.40$ $p<0.001$, Olumsuz benlik $r=0.317$, $p<0.001$, Hosilite-sinirlilik $r=0.31$ $p<0.001$, Somatizasyon $r=0.34$ $p<0.001$). Eğitim düzeyi ile KSE alt boyutları ölçeği değerlendirildiğinde gruplar arasında belirgin olmamakla birlikte, ilköğretim mezunlarının somatizasyon alt ölçeğinin istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.027$). Medeni durum açısından bakıldığında da KSE 'nin depresyon ve olumsuz benlik alt ölçeklerinin skorunun anlamlı olarak evli bireylerde daha düşük olduğu görüldü ($p=0.051$, $p=0.05$).

SONUÇ: Sonuç olarak akne vulgaris kişileri sosyal, emosyonel ve psikolojik açıdan etkilemektedir. Bu açıdan hastalar psikolojik ve emosyonel işlevsellik yönünden de değerlendirilmeli ve tedavi planında gerekli durumlarda psikolojik desteğe de yer verilmelidir.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

SS-23

POSTHERPETİK NEURALJİ TEDAVİSİNDE KRYOANALJEZİ

M. Can Emeksiz

Ufuk Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Zona zosterin en önemli komplikasyonlarından biri olan postherpetik neuralji (PHN) için mevcut terapötik seçenekler yeterince etkili olamamaktadır. Bu çalışmanın amacı, özellikle yaşlı PHN hastaları için yan etkisi az alternatif bir tedavi yöntemi araştırmaktır.

PHN tanısı alan 11 hastada, etkilenen dermatomal alanları boyunca cilt yüzeyi dondurulmayacak şekilde, birer haftalık aralarla, ortalama üç seansta (1 ila 8) ve her seansta ortalama 30'ar saniye süreyle, 10-15 cm mesafeden dairesel hareketlerle, 14 G adapte uçla bulut kryoterapi uygulandı. Sonuçta, tüm hastalarda neuraljide tatmin edici şekilde bir azalma saptandı.

Beş tedavi seansından önce, hastaların %91'inde (10 hastada) iyi veya mükemmel iyileşme elde edildi. İki hastada (%18) tek seansta ağrı giderildi ve dört hastada (%36) üç seans yeterli bulundu. Sadece bir hastada 8 seans sonunda orta düzeyde bir azalma kaydedildi.

Daha önce, neuraljilerde çoğunlukla periferik sinirlerde ablatif amaçlarla kullanılan kryoterapiyi PHN'de bulut yöntemiyle uygulayan az sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamız, PHN'yi azaltmada bu tekniğin oldukça etkili, güvenli ve non-invazif bir terapötik alternatif olabileceğini ortaya koymuştur.



1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

SS-24

COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA GÖZLENEN SAÇ HASTALIKLARININ İNCELENMESİ: 513 KATILIMCI İLE WEB TABANLI BİR ANKETİN SONUÇLARI

Aysel Çakır¹, Ecem Bostan²

¹Lokman Hekim Akay Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Ankara

²Konya Cihanbeyli Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Konya

GİRİŞ: Covid-19 pandemisinin cilt üzerinde önemli akut ve kronik etkileri olduğu gösterilmiştir. Çeşitli araştırmalar, Covid-19 döneminde saç hastalıkları şikayeti ile dermatoloji polikliniklerine başvuran hasta sayılarında artış olduğunu bildirmiştir. Saçlar hem enfeksiyonun kendisinden hem de pandeminin neden olduğu kaygı ve stresten önemli ölçüde etkinlenmektedir. Bu nedenle Covid-19'un çeşitli saç hastalıklarının klinik seyri üzerindeki etkisini anlamak dermatoloji pratiğinde önemli bir durum teşkil etmektedir.

AMAÇ: Sağlık çalışanlarında gözlenen çeşitli, yeni başlangıçlı ve önceden de var olan saç hastalıklarının sıklığını ve türlerini incelemek

YÖNTEM: Sağlık çalışanlarında hem Covid-19 pandemisi öncesinde hem de pandeminin başlamasından sonra görüle saç hastalıkları ile ilgili web tabanlı bir anket oluşturuldu. Covid-19 sürecinde gözlenen hem yeni başlayan ve hem de önceden var olan ve hala devam eden saç hastalıklarının türü sorgulandı.

SONUÇ: Toplam 513 katılımcı çalışmaya dahil edildi. Katılımcılardan 170 kişi Covid-19 tanısı almıştı. Covid-19 pandemisi sırasında 228 kişinin en az bir saç hastalığı bulunmaktaydı ve en yaygın saç hastalığı telogen effluviumdu, bunu sırasıyla saç beyazlaması ve seboreik dermatit takip etmekteydi. Pandemi sırasında yeni başlayan bir saç hastalığının varlığı ile Covid-19 tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktaydı ($p=0.004$).

TARTIŞMA: Çalışmamız, yeni başlayan saç hastalıklarının ortaya çıkmasında Covid-19 enfeksiyonunun önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir.



SS-25

NON-MELANOM CİLT KANSERİNDE ADJUVAN RADYOTERAPİ SONUÇLARIMIZ

Lasif Serdar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Trabzon

AMAÇ: Postoperatif radyoterapi (RT) ile tedavi edilen melanom dışı cilt kanserli hastalarda tedavi sonuçlarının ve prognostik faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2006-Aralık 2021 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi ve SBÜ Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dallarında melanom dışı cilt kanseri tanısıyla adjuvan RT uygulanan 115 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Olguların 76'sı (%66,1) erkek, 39'u (%33,9) kadın, E/K oranı 1,95/1 idi. Medyan yaş 74 (25-95) idi. Olguların 8'i (%7) bazal hücreli karsinom (BCC), 107'si (%93) skuamöz hücreli karsinom (SCC) histolojisinde idi. Olguların 36'sı (%31,3) T1, 21'i (%18,3) T2, 45'i (%39,1) T3, 13'ü (%11,3) T4 evresinde olup, lenf nodu tutulumu 15 (%13) hastada vardı. Tümör lokalizasyonu 93'ünde (%80,9) baş-boyun, 2'sinde (%1,7) gövde, 20'sinde (%17,4) ekstremitte bölgesinde idi. Baş-boyun bölgesinde tümör olguların 21'inde (%18,3) yanak, 20'sinde (%17,4) periaurikuler, 18'inde (%15,7) burun, 16'sında (%13,9) skalp, 8'inde (%7) periorbital, 5'inde (%4,3) alın, 3'ünde (%2,6) çene, 2'sinde (%1,7) dudakta idi. Olguların 42'sinde (%36,5) cerrahi sınır pozitif, 64'ünde (%55,7) yakın, 9'unda (%7,8) negatif idi. Perinöral invazyon (PNI) 15 (%13) olguda, lenfovasküler invazyon (LVİ) 5 (%4,3) olguda pozitif idi. Olgulara RT, medyan 2 (1,8-3) Gy/gün fraksiyon dozlarında, toplam doz medyan 60 (30-70) Gy olacak şekilde uygulandı.

BULGULAR: Ortalama izlem süresi 60,7 (4,2-194,7) ay olarak bulundu. Olguların 19'unda (%16,5) lokal, 5'inde (%4,3) bölgesel, 6'sında (%5,2) uzak yinleme görüldü. İzlem süresince olguların 14'ü (%12,2) hastalığa bağlı nedenlerle, 43'ü (%37,4) hastalık dışı nedenlerle kaybedildi. İzlem süresince 11 (%9,6) olguda ikinci primer tümör görüldü. Medyan genel sağkalım (GS) 87,1 ay idi. 3 ve 5 yıllık GS'lar sırasıyla %71,2 ve %59,3 idi. GS için tek değişkenli analizde etkili olabilecek prognostik faktörler incelendiğinde tümör boyutu (≤ 2 cm ve > 2 cm) ($p < 0,001$), invazyon derinliği (< 2 mm ve ≥ 2 mm) ($p = 0,033$), PNI ($p = 0,001$), T evresi (T1-2 ve T3-4) ($p = 0,002$), cerrahi sınır (negatif -yakın ve pozitif) ($p < 0,001$), tümör durumu (primer ve nüks) ($p = 0,039$) anlamlı olarak bulundu. 3 ve 5 yıllık hastalığa spesifik sağkalım (HSS) sırasıyla %90,2 ve %82 idi. HSS için tek değişkenli analizde etkili olabilecek prognostik faktörler incelendiğinde tümör boyutu ($p = 0,039$), invazyon derinliği ($p = 0,019$), PNI ($p = 0,001$), T evresi ($p = 0,012$), cerrahi sınır ($p < 0,001$) anlamlı olarak bulundu (Tablo



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

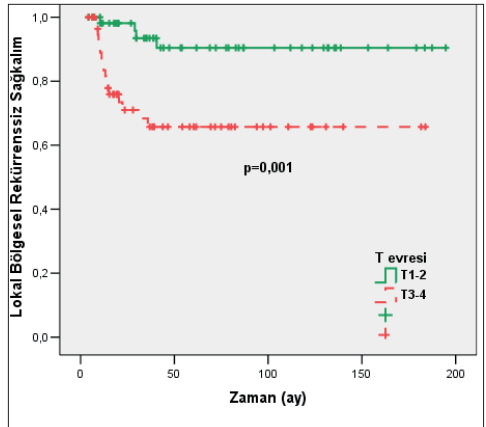
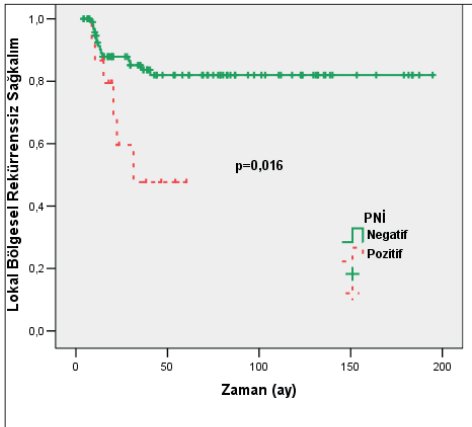
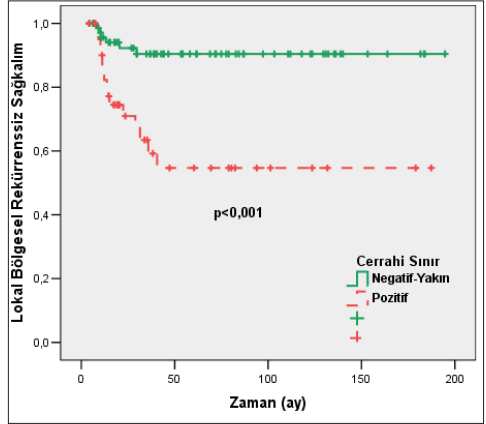
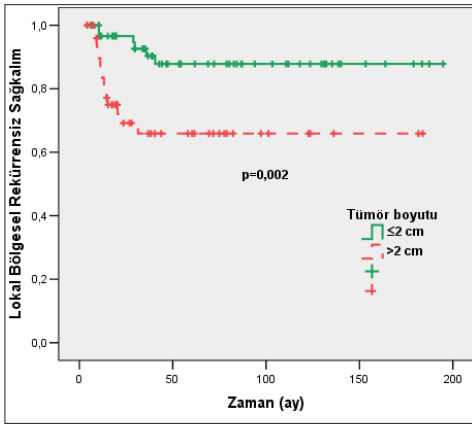
1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

1). 3 ve 5 yıllık lokal bölgesel rekürrensiz sağkalım (LBRS) sırasıyla %79,4 ve %77,9 idi. LBRS için tek değişkenli analizde etkili olabilecek prognostik faktörler incelendiğinde tümör boyutu ($p=0,002$), PNİ ($p=0,016$), T evresi ($p=0,001$), cerrahi sınır ($p<0,001$) anlamlı olarak bulundu (Tablo 1) (Figür 1,2,3,4). Çok değişkenli analizde sağkalıma etkili faktörler incelendiğinde genel sağkalımı tümör boyutu (HZ:3,0 (%95 GI:1,8-5,2), $p<0,001$) ve cerrahi sınır durumunun (HZ:2,4 (%95 GI:1,4-4,1), $p=0,002$); hastalığa spesifik sağkalımı cerrahi sınır durumunun (HZ:10,6 (%95 GI:2,3-47,8), $p=0,002$); lokal bölgesel rekürrensiz sağkalımı T evresi (HZ:3,4 (%95 GI:1,1-10,6), $p=0,032$) ve cerrahi sınır durumunun (HZ:3,8 (%95 GI:1,4-10,0), $p=0,008$) anlamlı olarak etkilediği bulundu.

SONUÇ: Melanom dışı cilt kanserinde lokal bölgesel yineleme, uzak metastaz ve kötü sağkalım oranları için yüksek riskli klinikopatolojik özellikler literatürde mevcuttur. Yüksek riskli hastalarda postoperatif radyoterapi lokal bölgesel kontrolü artırmak ve sağkalım sonuçlarını iyileştirmek için kullanılmaktadır. Çalışmamızda melanom dışı cilt kanseri tanısıyla postoperatif radyoterapi alan olgularda GS, HSS, ve LBRS için prognostik faktörler değerlendirilmiş olup literatürle uyumludur.

KAYNAKLAR:

1. Karia PS, Jambusaria-Pahlajani A, Harrington DP, Murphy GF, Qureshi AA, Schmults CD. Evaluation of American Joint Committee on Cancer, International Union Against Cancer, and Brigham and Women's Hospital tumor staging for cutaneous squamous cell carcinoma. J Clin Oncol. 2014 Feb 1;32(4):327-34. doi: 10.1200/JCO.2012.48.5326. Epub 2013 Dec 23. PMID: 24366933; PMCID: PMC3897257. MAVİ
2. Caparrotti F, Troussier I, Ali A, Zilli T. Localized Non-melanoma Skin Cancer: Risk Factors of Post-surgical Relapse and Role of Postoperative Radiotherapy. Curr Treat Options Oncol. 2020 Oct 9;21(12):97. doi: 10.1007/s11864-020-00792-2. PMID: 33034759; PMCID: PMC7546974.
3. Porceddu SV. Prognostic factors and the role of adjuvant radiation therapy in non-melanoma skin cancer of the head and neck. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2015:e513-8. doi: 10.14694/EdBook_AM.2015.35.e513. PMID: 25993217.



Tablo 1. Hasta özellikleri ve sağkalımı etkileyen prognostik faktörlerin değerlendirilmesi

Hasta özellikleri	n (%)	HSS (5-y) (%) (±SE)	p değeri	LBRS (5-y) (%) (±SE)	p değeri
Yaş (yıl)					
≤65	32 (27,8)	84,1 (±0,08)	0,910	76,3 (±0,08)	0,615
>65	83 (72,2)	80,9 (±0,06)		78,1 (±0,05)	
Cinsiyet					
Erkek	76 (66,1)	85,4 (±0,05)	0,194	82,6 (±0,05)	0,171
Kadın	39 (33,9)	76,0 (±0,08)		69,4 (±0,08)	
Histoloji					
BCC	8 (7)	83,3 (±0,15)	0,976	83,3 (±0,15)	0,718
SCC	107 (93)	82,2 (±0,05)		77,7 (±0,05)	
Tümör boyutu					
≤2 cm	63 (54,8)	88,0 (±0,05)	0,039	87,8 (±0,05)	0,002
>2 cm	52 (45,2)	73,3 (±0,08)		65,9 (±0,07)	
İnvazyon derinliği					
<2 mm	38 (33)	96,4 (±0,04)	0,019	84,4 (±0,07)	0,276
≥2 mm	77 (67)	73,5 (±0,07)		74,2 (±0,06)	
PNI					
Negatif	100 (87)	87,6 (±0,04)	0,001	82,0 (±0,04)	0,016
Pozitif	15 (13)	34,3 (±0,18)		47,7 (±0,16)	
LVİ					
Negatif	110 (95,7)	82,5 (±0,05)	0,477	78,0 (±0,04)	0,707
Pozitif	5 (4,3)	66,7 (±0,27)		75,0 (±0,22)	
Grade					
G1-2	111 (96,5)	82,6 (±0,05)	0,344	79,0 (±0,04)	0,071
G3	4 (3,5)	75,0 (±0,22)		50,0 (±0,25)	
T evresi					
T1-2	57 (49,6)	91,9 (±0,05)	0,012	90,4 (±0,05)	0,001
T3-4	58 (50,4)	71,4 (±0,08)		65,7 (±0,07)	
N evresi					
N0	100 (87)	82,8 (±0,05)	0,278	77,2 (±0,05)	0,770
N1-2-3	15 (13)	74,1 (±0,13)		83,9 (±0,10)	
Cerrahi sınırlar					
Negatif -Yakın	73 (63,5)	96,6 (±0,02)	<0,001	90,4 (±0,04)	<0,001
Pozitif	42 (36,5)	55,3 (±0,10)		54,7 (±0,09)	
Tümör durumu					
Primer	103 (89,6)	84,7 (±0,04)	0,118	80,0 (±0,04)	0,213
Nüks	12 (10,4)	51,4 (±0,20)		63,5 (±0,15)	

Kısaltmalar: n = Hasta sayısı, BCC = Bazal hücreli karsinom, SCC = Skuamöz hücreli karsinom, PNI = Perinöral invazyon, LVİ = Lenfovasküler invazyon, HSS = Hastalığa spesifik sağkalım, LBRS = Lokal bölgesel rekürrensiz sağkalım.



1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

SS-26

PITYRIASIS ROSEA HASTALARININ DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Didem Kazan, Selve Arslan Uku, Nazlı Dizen Namdar

TC. Sağlık Bakanlığı, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kütahya

GİRİŞ: Pityriasis rosea (PR) akut gelişen, kendiliğinden gerileyen papuloskuamöz dermatoz grubundan bir hastalıktır. Sıklıkla çocukluk çağı ve genç erişkinlerde görülmektedir. Klasik tip PR'da tanı klinik olarak kolaylıkla konabilmekle beraber haberci yamanın izlenmediği veya veziküler, peteşiyel, püstüler varyantlarında klinisyenler tanı koymakta zorluk yaşayabilmektedir. ¹

Literatürde bu zamana kadar yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde hastalık etiolojisinde en çok human herpes virus-6 (HHV-6) ve human herpes virus-7 (HHV-7) enfeksiyonu olmakla birlikte çeşitli ilaçlar ve aşılarda suşlanmışır.² Aralık 2019 sonrasında hayatımıza giren Covid-19 enfeksiyonu sonrasında ise hem covid-19 enfeksiyonu geçiren hastalarda hem de covid-19 aşılı sonrasında PR gelişimi bildirilmiştir. ^{3,4} Yazarlar bu durumu primer viral enfeksiyondan ziyade covid-19 enfeksiyonuna bağlı gelişen lenfopeni ve immunsupresyonun HHV-6 ve HHV-7 immün aracılı reaktivasyonunun tetiklenmesi sonucunda geliştiğini belirtmişlerdir.⁵

Son dönemde dermatoloji polikliniklerimize PR nedeniyle klinik başvuruların artması nedeniyle bizler bu bilgiler ışığında çalışmamızda polikliniklerimize pityriasis rosea nedeniyle başvuran hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi planladık.

GELİŞME: Bu amaçla dermatoloji polikliniğimize Ocak – Nisan 2022 tarihleri arasında pityriasis rosea nedeniyle başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların demografik ve klinik verileri olgu rapor formlarına kayıt edildi.

SONUÇ: Kliniğimize Ocak – Nisan 2022 tarihleri arasında PR nedeniyle başvuran 19 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalarda sekonder sifilizin dışlanması için VDRL çalışıldı ve negatif saptandı. Çalışmaya katılan hastaların 10'u (%52,6) kadın, 9'u (%47,4) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması $29,3 \pm 9,8$ olarak hesaplandı. Hastalık süresi medyanı ise 90 (45-210) gün olarak saptandı. Hastaların 8'inde (%42,1) geçirilmiş covid-19 enfeksiyonu öyküsü, 2'sinde (%10,5) covid-19 mRNA aşısı 1'inde (%5,2) inaktif covid-19 aşısı öyküsü mevcuttu. Bu hastaların covid-19 enfeksiyonu ile PR şikayetinin başlangıcı arasındaki süre medyanı 90 (82-127) gün olarak hesaplandı. Diğer hastaların 2'sinde (%10,5) Covid-19 PCR negatif olduğu ÜSYE, 1'inde (%5,2) uçuk öyküsü mevcuttu. 5 (%26,3) hastada herhangi bir neden saptanamadı.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Hastaların klinik bulguları değerlendirildiğinde 10 (%52,6) hastada invers tip, 7 (%37) hastada klasik tip, 1 (%5,2) hastada folikülopapüler 1 (%5,2) hastada ise ürtikeryal tip PR tespit edildi. 3 (%15,7) hastada oral mukoza tutulumu saptandı. Bu hastaların 2 sinde (%10,5) bukkal mukozada ve yumuşak damakta enanem, 1 (%5,2) hastada bukkal mukozda peteşi saptandı. Hiçbir hastada tırnak bulgusu izlenmedi.

Tüm hastalara orta potent topikal steroid ve oral antihistaminik başlandı. 10. Hafta kontrollerinde 18 (%94,8) hastada lezyonlar tama yakın gerilemiş izlenirken 1 (%5,2) hastada lezyonların devam ettiği görüldü. Bu hastadan eritema anulare sentrifigum, mikozis fungoides, pityriasis likenoides kronika ön tanıları ile deri biyopsi alındı ancak henüz sonuçlanmadı.

TARTIŞMA: PR etyopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte literatürde özellikle HHV-6 ve HHV-7 virüslerinin immun reaktivasyonu suçlanmaktadır. Ayrıca diğer viral enfeksiyonlar (EBV,CMV gibi), aşılar (H1N1 influenza,HBV gibi) ve ilaçlarda suçlanmıştır.^{2,6} Ancak çalışmamızın verileri günümüzde polikliniklere PR nedeniyle başvuruların en temel nedenini geçirilmiş covid-19 enfeksiyonu ve covid-19 aşılarının oluşturduğunu göstermektedir. Covid-19 ve PR ilişkisinin aydınlatılması için PCR destekli prospektif ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. World J Clin Cases. 2017;5(6):203-211.
2. Eisman S, Sinclair R. Pityriasis rosea. BMJ. 2015;351:h5233
3. Ehsani AH, Nasimi M, Bigdelo Z. Pityriasis rosea as a cutaneous manifestation of COVID-19 infection. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(9):e436-e437.
4. Carballido Vázquez AM, Morgado B. Pityriasis rosea-like eruption after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination. Br J Dermatol. 2021;185(2):e34.
5. Busto-Leis JM, Servera-Negre G, Mayor-Ibarguren A, et al. Pityriasis rosea, COVID-19 and vaccination: new keys to understand an old acquaintance. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35(8):e489-e491.
6. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Pityriasis Rosea: An Updated Review. Curr Pediatr Rev. 2021;17(3):201-211.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

SS-27

AKNE VULGARIS HASTALARINDA SOSYAL MEDYA KULLANIMI VE DİYET FARKINDALIĞI

Simay Bayrak Öztürk

Aksaray Üniversitesi, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Aksaray

Çalışmamıza 100'ü hafif-orta, 100'ü orta-ağır olmak üzere 200 akne vulgaris hastası dahil edildi. Ortalama yaş 25.72±8.24 olarak bulundu. Hastaların %54'ü kadın %46'sı erkekti. %65'i bekar olan hastaların %43'ü lise mezunu iken, %28'i üniversite mezunuydu. Hastaların %46'sı öğrenci, %24'ü aktif olarak çalışmaktaydı. Ortalama gelir %76 oranında 5000-10000TL arası iken %10 hasta >10000TL gelir elde etmekteydi. İnternet ve sosyal medya kullanımı sorgulandığında %65 hasta ortalama 2-4 saatini sosyal medyada geçirdiğini, %23 hasta ise günde 4 saatten fazla sosyal medya kullanımı olduğunu belirtti. 18-25 yaş arası, bekar ve öğrenci olan kişilerde sosyal medya kullanım süresi diğer hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek bulundu. Hastaların %25'inde hastalık süresi 3 yıldan uzun iken, %44'ünde 1-3 yıllık hastalık öyküsü vardı. Hastalara mevcut akne şiddeti sorulduğunda %72'si orta-ağır olarak değerlendirdi. Doktor değerlendirmesinde global akne değerlendirme skalası baz alınarak değerlendirme yapıldığında hastaların %38'i orta-ağır akne vulgaris sahipti. Bu karşılaştırma hafif-orta şiddette akne vulgaris'in hastalar için ağır yük olabileceğini gösterdi. Daha önce kullanılan tedavilere bakıldığında hastaların %58'i daha önce doktor tarafından reçete edilen krem tedavisi kullanmışken, %20'si isotretinoin türevi oral ilaç kullanmıştı. Hastaların %52'si akneleri ile ilgili bilgi almak için sosyal medyayı kullanıyordu. Daha önce tedavi alan hastalar, akne şiddeti orta-ağır olan hastalar, eğitim durumu lise-üniversite olan hastalarda sosyal medya kullanımı istatistiksel olarak daha yüksek saptandı. Hastalar sosyal medya olarak en sık Google (%65), Instagram(%61) ve Tiktok (%45) kullanmaktaydı. Hastaların %44'ü sosyal medyayı hekimin verdiği tedaviye ek alternatif tedavi arayışı için kullanırken, %38'i hekim arayışı, %34'ü ise kendisine cilt bakım rutini oluşturma gibi sebeplerle kullanmaktaydı. İnternet/sosyal medyayı doktor önerilerine ek olarak kullanan hastalar çoğunlukta iken, %82'si en önemli ve güvenilir bilgi kaynağı olarak hekimini gördüğünü söylemekteydi. Hastaların %68'i sosyal medya üzerinden önerilen ürünleri kullandığını %83'ü bunların kozmetik tedaviler olduğunu belirtti. Akne ve diyet ilişkisi sorgulandığında %78 hasta ilişki olduğunu düşünürken, aknelerini en çok arttıran ilk 3 yiyeceğin sırayla çekirdek (%55), yağlı yiyecekler(%53), fast-food tarzı beslenme(%45) olduğunu belirtti. Akne-diyet ilişkisi farkındalığı konusunda %44'ü aile-arkadaş ortamında, %38'i sosyal medya, %28'i doktorundan bilgi aldığını ifade etti. Çalışmamız sosyal medyanın etki gücünün giderek arttığı günümüzde akne hastaları üzerindeki sosyal medya etkileniminin önemini ve akne-diyet ilişkisinde doktor bilgilendirmelerinin daha sıklıkla yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.



Atatürk
Üniversitesi



MANİSA
CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ

1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

08 - 12 HAZİRAN / JUNE 2022

PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya

POSTER SUNUMLAR





PS-01

WOLF'UN POST-HERPETİK İZOTOPIK YANITI OLARAK GELİŞEN ÜRTİKERYAL VASKÜLİT

Ece Gökyayla, Müge Gündüz, Aylin Türel Ermertcan

Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa

Wolf'un izotopik yanıtı; bir deri hastalığı tamamen iyileştikten sonra hastalık ile aynı yerleşimde ve önceki hastalık ile ilişkisiz yeni bir deri hastalığının ortaya çıkması olarak ilk kez 1955'de tanımlanmış ve 1985'de Wolf ve ark. tarafından isimlendirilmiştir. Herpes zoster, geçirilmiş varisella enfeksiyonunu takiben duysal gangliyonlarda latent kalan varizella zoster virüsünün reaktivasyonundan kaynaklanan, dermatomal yerleşimli eritemli zeminde grube veziküller ile seyreden bir dermatolojik hastalıktır. Wolf'un izotopik yanıtını tetikleyen en yaygın hastalık olması ve iyileşmiş herpes zoster bölgelerinde sonradan oluşan birçok dermatoz Wolf'un izotopik yanıtı ile ilişkilendirildiğinden, günümüzde birçok yazar tarafından yeni bir terim olarak "Wolf'un post-herpetik izotopik yanıtı" önerilmiştir.

Bildiride geçirilmiş herpes zoster alanında lokalize ve tekrarlayan eritemli ödemli soliter plak ile başvuran ve ürtikeryal vaskülit tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

40 yaşında kadın hasta. Gövde arka yüzde aralıklı olarak tekrarlayan kaşıntılı döküntü ile başvurdu. Yakınmaları 12 yıldır mevcut olan hastanın 12 yıl önce aynı bölgede yerleşim gösteren zona öyküsü olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Yapılan dermatolojik fizik muayenesinde sol lomber bölgede soliter eritemli indüre plağı olan hastanın (Resim 1) yapılan dermoskopik incelemesinde eritemli zeminde noktasal kanama odakları izlendi (Resim 2). Hastadan ürtikeryal vaskülit, Sweet sendromu ve Wells sendromu ön tanıları ile insizyonel biyopsi alındı. Biyopsi sonucunda endotelial belirginleşme, perivasküler eozinofillerden zengin infiltrat, lökositoklazi bulguları ve direkt immunfloresan incelemede perivasküler C3 birikimi saptandı. Ürtikeryal vaskülit tanısı alan hastanın tedavisi setirizin 10 mg tablet 2x1 p.o. olarak düzenlendi. Wolf'un izotopik yanıtıyla ortaya çıkan hastalıkları içeren bir derlemede herpes zoster enfeksiyonu sonrası aynı yerleşimde, inflamatuvar dermatozlardan malignitelere pek çok hastalığın ortaya çıkabileceği gösterilmiştir. Günümüze kadar etyopatogenezi açıklayan viral, vasküler, immünolojik ve nöral mekanizmalar öne sürülmüştür.

Ruocco ve ark. tarafından açıklanan ve yaygın olarak kabul gören nöral hipoteze göre, herpes zosterin nörohumoral faktörler ve çeşitli nöropeptidlerin (P maddesi, VIP, CGRP vb.) duysal sinir liflerinden salınımı yoluyla lokal immun disregülasyon oluşturarak yeni bir dermatozun oluşumunda tetikleyici olabileceği öne sürülmüştür.

Wolf'un izotopik yanıtı nadir görülmemekle birlikte, bildirilen olgu sayısı oldukça azdır. Sıklıkla geçirilmiş herpes zoster sonrasında aynı bölgede oluşan bir başka dermatoz ile prezente olan bu fenomen, hastanın anamnezi detaylandırılmadığında mevcut dermatozun beklenmeyen dermatomal yerleşimi nedeniyle eksik değerlendirilmesine neden olabilir.

Resim 1



*Sol lomber bölgede soliter
eritemli indüre plak*

Resim 2



*Dermoskopik incelemede, eritemli
zeminde noktasal kanama odakları*



PS-02

BIRT-HOGG-DUBÉ SENDROMLU BİR OLGU

Sheyda Gharehdaghi¹, Ahmet Soyugür¹, Betül Öğüt², Esra Adışen¹

¹Gazi Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Birt-Hogg-Dubé Sendromu, ilk kez 1977 yılında Birt ve ark. tarafından tanımlanan, otozomal dominant kalıtım gösteren nadir bir hastalıktır.¹ 17. p11.2 bölgesinin 14. ekzonunda yer alan follikülün proteinini kodlayan follikülün (FLCN) geninde mutasyon sonucunda ortaya çıkar. Deride bening tümörler özellikle fibrofolikülomalar, akciğerde çok sayıda kistler, spontan pnömotoraks ve böbrek tümörleri ile karakterizedir.²

Fibrofolliküloma dışında sık görülen deri tümörleri; trikodiskoma, perifolliküler fibrom ve akrokordondur. Genellikle 20 yaşından sonra ve sıklıkla burun, alın, yanaklarda, boyunda ve daha az oranda gövdede görülür. Akciğer kistleri 20-30 yaşlarında, böbrek tümörleri ise 40-70 yaşlarında ortaya çıkar.^{2,3,4} Tanı; klinik bulgular, histopatolojik inceleme ve görüntüleme yöntemlerinin değerlendirilmesiyle konur.^{1,2} Burada kliniğimize yüzde deri renginde papüller ile başvuran ve histoojik/klinik özellikleriyle Birt-Hogg-Dubé Sendromu tanısı alan bir olguyu sunuyoruz.

OLGU: 58 yaşında kadın hasta, polikliniğimize yüz, boyun ve koltuk altında çok sayıda, küçük, deri renginde, kubbe şeklinde lezyonlar ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde uzun yıllardır olan hipertansiyon ve akne rozasea mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde, alın, burun etrafında çok sayıda deri renginde, kabarıklık, birkaç milimetre çapında papüller ile boyun ve koltuk altında akrokordonlar saptandı.

Hastanın kızında pulmoner kist kaynaklı spontan pnömotoraks öyküsü ve deri lezyonları olması üzerine Birt-Hogg-Dubé Sendromu düşünüldüğü ve genetik incelemesinde FLCN geninde mutasyon saptandığı öğrenildi. Hastanın yüzündeki lezyonun histopatolojik incelemesi fibrofolliküloma ile uyumlu bulundu. Eşlik edebilecek sistemik tutulum açısından yapılan tetkiklerde; karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyon testleri ve tam kan sayımı parametreleri normal saptandı. Sol böbrek orta kısmında 1.5 cm çapında peripelvik kist gözlemlendi. Deride beş'ten fazla fibrofolliküloma saptanan ve genetik olarak FLCN gen mutasyon olan hastaya Birt-Hogg-Dubé sendromu tanısı konuldu.

TARTIŞMA: BHDS'de deri lezyonları çoğunlukla fibrofolliküloma, trikodiskoma ve akrokordon gibi tümörler ve daha az sıklıkla mukozal ve oral fibrom, kollajenoma, fibröz papül, anjiyofibrom, perivasküler fibrom, fokal kutanöz müsinöz, lipom, anjiyolipom ve epidermal kist görülebilmektedir. Olgumuzda da yüzde yaygın fibrofolliküloma ve koltuk altında akrokordon mevcuttu.



Sistemik tutulum böbrek tümör ve kistleri, spontan pnömotoraksa yol açan akciğer kistleri ile karakterize olabilir.⁶ Etkilenen bireylerin %70-80'inde çoklu, bilateral akciğer kistleri gelişir ve hastalığın tek belirtisi olabilir. Genellikle 40 yaşından önce spontan pnömotoraks atakları gelişir. Pulmoner tutulum sık olmasına rağmen, hastaların çoğunda normal pulmoner fonksiyon gözlenir. Bizim olgumuzda akciğer tutulumu saptanmadı.⁵

Böbrek kanseri, 30-70 yaş arası hastaların yaklaşık %12-34'ünü etkileyen, sendromun en ciddi belirtisidir. Çoğunlukla kromofob ve mikst kromofob/onkositik tümörler olmak üzere çok çeşitli tümör histolojileri ile ilişkilidir. Berrak hücreli karsinom, papiller karsinom ve mikst tip karsinom nadiren görülebilir.^{5,6,9} Bizim olgumuzda ise sol böbrekte 1.5 cm boyutta parapelvik kist mevcuttu.

Ayrıca hastalarda daha az oranda intestinal polipler, tiroid kistleri, tiroid nodülü, parotis bezi yerleşimli paratiroid adenom, onkositom, koroidal melanom ve koryoretinopati görülebilir.⁷

Avrupa Birt-Hogg-Dubé Konsorsiyumu tarafından Tablo 1'de gösterilmiş olan Birt-Hogg-Dubé tanı kriterleri bildirilmiştir.⁸ Yetişkinlikte görülen en az bir tanesi histopatolojik kanıtlanan, en az 5 adet fibrofolliküloma, sistemik hiçbir bulgu eşlik etmeksizin Birt-Hogg-Dubé sendromu tanısını sağlamaktadır.^{6,7,8} Deri tümörleri kozmetik isteğe bağlı, ablatif lazer (erbium-YAG veya karbondioksit), elektrokoterizasyon ve/veya cerrahi eksizyon ile tedavi edilebilir. Pulmoner kistlere bağlı oluşan tekrarlayan pnömotoraks lar plöredezi gerektirebilir.

Olgumuzda olduğu gibi yüzde multipl asemptomatik deri renginde papülleri olan olgularda Birt-Hogg-Dubé Sendromu belirtisi olan fibrofolliküloma akla gemesi gerektiğini vurgulamak istedik. Bu hastalar, yaşam boyu böbrek kanseri ve spontan pnömotoraks açısından takip edilmeli ve bilgilendirilmelidir.

TABLO 1:

Birt-Hogg-Dubé Sendromu Tanı Kriterleri:

Majör

- * Erişkin çağda oluşan en az 1 tanesi histopatolojik tanı almış 5 veya daha fazla fibrofolliküloma
- * Patojenik follikülün gen mutasyonu

Minör

- * Akciğer kistleri (çok sayıda, bilateral ve bazal yerleşimli±spontan pnömotoraks)
- *Böbrek kanseri; erken başlangıçlı (50 yaş öncesi) veya multifokal veya bilateral veya mikst kromofob ve onkositik histopatoloji)
- * Birinci derece akrabalarda BHDS varlığı

BHDS tanısı konulabilmesi için hastaların 1 majör veya 2 minör kriteri karşılaması gerekir.



KAYNAKLAR:

1. Benusiglio PR, Gad S, Massard C, Carton E, Longchamp E, Faudot T, Lamoril J, Ferlicot S. Case Report: Expanding the tumour spectrum associated with the Birt-Hogg-Dubé cancer susceptibility syndrome. *F1000Res*. 2014;3:159.
2. Elke C Sattler ,Ortrud K Steinlein ,Margaret P Adam, Holly H Ardinger, Roberta A Pagon, Stephanie Wallace, Lora JH Bean, Karen W Gripp, Ghayda M Mirzaa, Anne Amemiya , Birt Hogg Dube syndrome, Review: GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2022.2006 Feb 27 [updated 2020 Jan 30].
3. Berger I, Berland S, Rodriguez JR, Aamodt H, Sitek JC, Jørgensen K, Johansen TEB. Birt-Hogg-Dubé-syndrom [Birt-Hogg-Dubé syndrome]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2020 Apr 20;140(6). Norwegian. doi: 10.4045/tidsskr.18.0848. PMID: 32321218.
4. Daccord C, Good JM, Morren MA, Bonny O, Hohl D, Lazor R. Birt-Hogg-Dubé syndrome. *Eur Respir Rev*. 2020 Sep 17;29(157):200042. doi: 10.1183/16000617.0042-2020. PMID: 32943413.
5. Xu WS, Tian XL, Yang YL, Xu KF [Birt-Hogg-Dubé syndrome: a hereditary pulmonary cystic disease]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. 2019 Apr 12;42(4):284-286. Chinese. doi: 10.3760/j.issn.1001-0939.2019.04.009. PMID: 30955287.
6. Belousova IE, Shpilyuk RG, Chepushtanova KO, Gorbunov YG, Kazakov DV. Mnozhestvennye trikhodiskomy/fibrofollikulomy — sindrom Berta—Khogg—D'yuba? [Are multiple trichodiscomas/fibrofolliculomas the Birt-Hogg-Dubé syndrome?]. *Arkh Patol*. 2021;83(3):45-51. Russian. doi: 10.17116/patol20218303145. PMID: 34041896.
7. Shvartsbeyn M, Mason AR, Bosenberg MW, Ko CJ. Perifollicular fibroma in Birt-Hogg-Dubé syndrome: an association revisited. *J Cutan Pathol*. 2012 Jul;39(7):675-9. doi: 10.1111/j.1600-0560.2012.01929.x. PMID: 22725638.
8. Khoo SK, Bradley M, Wong FK, Hedblad MA, Nordenskjöld M, Teh BT. Birt-Hogg-Dubé syndrome: mapping of a novel hereditary neoplasia gene to chromosome 17p12-q11.2. *Oncogene*. 2001 Aug 23;20(37):5239-42. doi: 10.1038/sj.onc.1204703. PMID: 11526515.
9. Tong Y, Schneider JA, Coda AB, Hata TR, Cohen PR. Birt-Hogg-Dubé Syndrome: A Review of Dermatological Manifestations and Other Symptoms. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Feb;19(1):87-101. doi: 10.1007/s40257-017-0307-8. PMID: 28695430.



PS-03

MEDÜLLER TİROİD KARSİNOMU TEDAVİSİNDE VANDETANİP KULLANIMI SONRASI IŞIKLA İNDUKLENEN DERİ TOKSİTESİ: OLGU SUNUMU

Nur Büşra Akdağ, Murat Borlu, Demet Kartal, Salih Levent Çınar, Eda Öksüm Solak Erciyes Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

Vandetanib, küçük hücreli olmayan akciğer kanseri, hepatosellüler karsinom, metastatik meme kanseri, medüller tiroid kanseri ve renal hücreli karsinom gibi farklı tümörlerin tedavisinde kullanılan transfeksiyon (RET) sırasında yeniden düzenlenen tirozin kinazı, vasküler endotelial büyüme faktörü reseptörünü ve epidermal büyüme faktörü reseptörünü hedefleyen bir oral multikinaz inhibitörüdür. Tedavi edilen ilgili sayıda hastada akneiform döküntü, kseroz ve egzama gibi dermatolojik yan etkiler gelişir ve bu yan etkiler hastaların %33'üne kadar gözlemlenebilir. Bununla birlikte, foto-kaynaklı reaksiyonlar daha nadiren bildirilmektedir. Bu bildiride vandetanib ile tetiklenen fototoksik deri reaksiyonu gözlenen hasta sunulmuştur.

60 yaşında bilinen hipertansiyon ve diyabet tanıları olan erkek hasta kliniğimize bir haftadır olan yaygın döküntü, kaşıntı ve ağrı şikayeti ile başvurdu. 5 gün önce bu şikayetlerle başvurduğu dış merkezde reçete edilen topikal hidrokortizon, nemlendirici, levosetirizin dihidroklorür tedavilerini kullanan hastanın şikayetlerinin gerilememesi üzerine kliniğimize başvurduğu öğrenildi. Hastanın anamnezinde medüller tiroid kanseri tanısı aldığı ve 8 gün önce kesilen 35 günlük vandetanip kullanım öyküsü olduğu öğrenildi. Hasta şikayetlerinin bu ilaç kesilmesinden bir hafta sonra aniden başladığını ve giderek şiddetlendiğini ifade etti. Hasta anamnezinde güneş maruziyeti ile ilgili değişiklik belirtmedi. Yapılan dermatolojik muayenede gövde, bacaklarda ve yüzde yaygın eritemli morumsu yer yer erode alanların izlendiği büllöz plaklar, el ekstansörlerinde hedef tarzı eritemli ödemli papüller mevcuttu. Güneş görmeyen alanlar keskin sınırlarla korunmuştu. Oral mukoza doğaldı. Skrotumda eritemli erode alanlar olup, Nikolsky fenomeni sırtta pozitif. Laboratuvar değerlerinde eozinofili (%11.2), C-reaktif protein yüksekliği ve hemoglobin düşüklüğü haricinde anormallik yoktu. Hastaya klinik olarak fototoksik ilaç reaksiyonu tanısı konuldu ve hastaneye yatırıldı. Metilprednizolon 60 mg/gün intravenöz tedavisi başlanan hastaya vücut için eauborique yaş pansuman ve %0.1 triamsinolon içerikli, yüz için %2.5 hidrokortizon içerikli krem reçete edildi. 7 günlük takip sonunda hastanın şikayetlerinin gerilemesi ve hastada yeni lezyon çıkışı olmaması üzerine azalan dozlarda oral metilprednizolon tedavisi verildi. Güneş koruması hakkında bilgilendirilerek taburcu edildi. Aylık takiplerde hastanın lezyonlarında yenileme görülmedi.

İlerleyici medüller tiroid kanserinin tedavisi için FDA tarafından onaylanmış ve diğer ileri düzey kanser tedavilerinde alternatif olarak kullanımı giderek artan vandetanib tedavisinin olası nadir bu yan etkisi olan fototoksik deri reaksiyonunu sunduk. Bu olgu sunumu ile bu tür vakalarda karşılaşılan yan etkiler açısından dikkatli olunmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Resim 1: Keskin sınırlarla ayrılmış canlı eritemli ağrılı plaklar ve yamalar



Resim 2: Bacakta deskuamasyonun eşlik ettiği eritemli morumsu plaklar



Resim 3: Deskuamasyonun eşlik ettiği keskin sınırlı eritemli yamalar



KAYNAKLAR:

1. Giacchero D, Ramacciotti C, Arnault JP, et al. A newspectrum of skin toxic effects as sociated with the multikinase inhibitorvandetanib. ArchDermatol 2012;148:1418. [PubMed] [Google Scholar]
2. Yoon J, Oh CW, Kim CY. Stevens-johnsonsyndromeinducedbyvandetanib. AnnDermatol 2011;23:S343. [PMC freearrticle] [PubMed] [Google Scholar]
3. Chih-Hsiang C, Chang John WC, Chung-YeeHui, et al. Severe Photosensitivity ReactiontoVandetanib. J ClinOncol 2009;27(27 (September 20)):e114–5. [PubMed] [Google Scholar]
4. Reyes-Habito CM, Roh EK. Cutaneous reactions tochemotherapeuticdrugsandtargeted therapy for cancer: Part II. Targetedtherapy. J AmAcadDermatol 2014;71: 217.e1. [PubMed] [Google Scholar]
5. Young-Min Son MD, Joo-Young R, et al. Photosensitivityreactionstovandetanib: redevelopmentaftersequentialtreatmentwithdocetaxel. AnnDermatol 2011;23Suppl 3:S314–8. [PMC freearrticle] [PubMed] [Google Scholar]
6. Yashar SS, Lim HW. Classificationandevaluation of photodermatoses. DermatolTher 2003;16:1. [PubMed] [Google Scholar]



1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOSMETOLOJİ KONGRESİ
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

PS-04

KRONİK MYELOİD LÖSEMİ TANILI HASTADA TİROZİN KİNAZ İNHİBİTÖRLERİ KULLANIMI İLE İNDÜKLENEN VİTİLİGO-BENZERİ LEZYONLAR

*İrem Özdemir, Name Cemşitoğlu, Muhammed Kaan Temirkaynak, Esra Adışen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

GİRİŞ: Tirozin kinaz inhibitörleri (TKİ) kronik miyeloid lösemi (KML) gibi BCR-ABL1 kimerik geni ile sonuçlanan Philadelphia kromozomu, t(9;22)(q34;q11.2) pozitif hematolojik malignitelerin tedavisinde kullanılmaktadır. Bu füzyon geni yapısal olarak aktif tirozin kinaz üretimine neden olur^{1,2}. Klinikte kullanılan ajanlar imatinib, dasatinib, nilotinib ve bosutinibdir. TKİ ile alopesi, makülopapuler döküntü, likenoid reaksiyon ve pruritus gibi pek çok kütanöz advers reaksiyon bildirilmiştir. İmatinib sonrası hipo/depigmentasyon hastalarının %41'inde raporlanmış olup bu sayı dasatinib sonrası çok daha azdır³. Literatürde bosutinib sonrası hipo/depigmentasyon vakası bildirilmemiştir. İmatinib ve dasatinib BCR-ABL1'in yanı sıra PDGFR ve KIT üzerinde de etkileri vardır. Bununla birlikte, dasatinib ve imatinib ile karşılaştırıldığında c-Kit ve PDFGR'ye düşük afiniteye sahiptir. Bosutinibin ise c-Kit ve PDGF reseptörleri için afinitesi çok azdır veya hiç yoktur⁴. Olgumuzda KML nedeniyle bosutinib kullanmakta olan 59 yaşında bir kadın hastada gelişen depigmentasyon anlatılmaktadır.

OLGU: 59 yaşında kadın hasta, kliniğimize yaklaşık 1 aydır varolan her iki el dorsumunda ve sol meme üzerinde döküntü şikâyeti ile başvurdu. Eşlik eden subjektif bir semptom tariflemiyordu. Dermatolojik muayenesinde bilateral el dorsumunda ve sol meme üzerinde keskin sınırlı hipopigmente birden fazla yama ve makül mevcuttu [Resim 1]. Hastanın lezyonlarına wood ışığı incelemesi yapıldı. Yapılan incelemede hastanın bilateral el dorsumunda ve ek olarak dudak üzerinde ve filtrumda depigmentasyon görüldü [Resim 2]. Özgeçmişini sorguladığımızda 3 yıl önce KML tanısı aldığı öğrenildi. Hastaya tanı almasından 1 ay sonra imatinib 400 mg/gün olarak başlanmış ve 21 ay bu tedavi uygulanmış. Daha sonra yeterli majör moleküler yanıt değerine ulaşamadığı için hastanın tedavisi dasatinib 140 mg/gün ile değiştirilmiş. 12 ay bu tedavinin kullanılmasının ardından hastada pulmoner ödem gelişmesi sonucu tedavi kesilip hastaya bosutinib 500 mg/gün olarak başlanmış. Kliniğimize başvurduğunda 3.5 aydır bosutinib kullanmaktaydı. KML dışında ek bir hastalığı yoktu. Soygeçmişini sorgulandığında ailede vitiligo, tiroid hastalığı gibi herhangi bir otoimmün hastalık öyküsü yoktu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde hemogramında eritrosit düzeyi, hemoglobin, hematokrit, trombosit, lökosit, nötrofil ve bazofilde KML'de beklenildiği gibi düşüklük saptandı. Ayrıca tiroid fonksiyon testleri, Anti-tiroid peroksidaz antikor, Anti-tiroglobulin antikor ve ANA profili dahil diğer tetkikleri normal aralıklardaydı. Hastaya klobetazol propiyonat krem ile takrolimus %0.1 pomad dönüşümlü olarak başlandı.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

TARTIŞMA: Depigmente maküllerin en sık nedeni olan vitiligo, hastalarının %25'inde 10 yaşından önce, neredeyse yarısında 20 yaşından önce ve yaklaşık %70-80'inde 30 yaşından önce gelişir⁵. Olgumuzda hastalığın normalde vitiligonun beklendiği yaşlarda başlamamış olması, hastanın kendisinde ve ailesinde herhangi bir otoimmün hastalık öyküsü tariflemiyor olması ve daha önce bildirilen benzer olgular olması bize depigmentasyonun TKİ ile tetiklendiğini düşündürmüştür. C-Kit ve ligandı kök hücre faktörü (SCF), melanositlerin çoğalması, göçü ve hayatta kalmasında çok önemli bir rol oynar. Bu nedenle, TKİ alan bir hastada c-Kit/SCF sinyal yolunun inhibe edilmesinin pigmenter yan etkilerin nedeni olduğu düşünülmektedir. Pigmenter yan etkilerin imatinib ile daha sık görülmesinin c-Kit'e afinitesinin daha yüksek olması ile açıklanmaktadır⁶. Literatürde dasatinib sonrası de/hipopigmentasyon geliştiren Nisan, 2022 tarihine kadar 7 vaka bildirilmiştir [Tablo 1]. Bu olguların tamamında pigmentasyon bozukluğu dasatinib tedavisi devam ederken gelişmiş olup, tedavi sonlandırıldıktan sonra depigmentasyon geliştiren olgu bildirilmemiştir. TKİ'lerin yapmış olduğu pigmenter bozuklukların doz bağımlı olduğu düşünülmektedir. İlaç kullanımının sonlanması ile de yan etkinin gerilemesi beklenmektedir. Hemanjioperisitom nedeniyle dasatinib kullanımı sonrası deride yaygın hipopigmentasyon geliştirmiş bir hastada, tedavi kesildikten sonraki 4-6 hafta içinde şikayetlerinde tamamen düzelme bildirilmiştir. Hastanın sonrasında bazal deri rengine göre geçici bir süre hiperpigmente lezyonlarının olması da ilgi çekicidir⁷. Daha önce bildirilmiş olan imatinib sonrası depigmentasyon vakaları ortalama 4 hafta içerisinde ortaya çıkmıştır⁸. Dasatinib kullanımında ise bu süre ortalama 2 aydır⁶. Bildirmiş olduğumuz olguda hastalık başlangıcı dasatinib tedavisi kesildikten sonra gelişmiştir. Literatürdeki tüm vakalar tedavi altında bildirilmiş ve tedavi sonlanması ile şikayetleri gerilemiştir. Olgumuzda bosutinibi 3.5 aydır kullanmakta iken ortaya çıkan vitiligo-benzeri maküllerin etyolojisinde imatinib ve dasatinib yerine bosutinibin rol oynadığı düşünülmektedir. Olgumuz bosutinib ilişkili depigmente makül gelişen ilk vaka olması nedeniyle sunulmaktadır.



PS-05

BURUN ÜZERİNDE SPONTAN REGRESYON GÖSTEREN NODÜL: OLGU SUNUMU

İbrahim Cem Hekimoğlu

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Psödolenfoma (kutanöz lenfoid hiperplazi) derinin kutanöz lenfomayı klinik ve histopatolojik olarak taklit edebilen selim inflamatuvar bir yanıttır. [1] Psödolenfoma herhangi bir yaşta ortaya çıkabilirken, en sık erken erişkinlik döneminde görülür. Tipik olarak baş ve boyunda, genelde soliter ve 0.5 cm ile 3 cm arasında boyutlarda, kaşıntılı pürüzsüz yüzeyle papül, nodül veya plak olarak görülür. Bunun dışında psödolenfoma yaygın yerleşim gösteren dermal papüller olarak görülebilir. Atrofi görülmez. Lezyonlar genel olarak kırmızı, viyolase ya da deri renginde olabilir. Baş boyun dışında göğüs ve üst ekstremiteler yerleşimli olabilir. Psödolenfoma fokal veya diffüz yoğun lenfoid bir infiltrat ile karakterize olabilir.

OLGU: 40 yaşında erkek hasta, 2 hafta önce başlayan ve hızlı büyüme gösteren burnunun sol burun kanadını tamamen kaplayan 1.2 cm x 1.2 cm boyutlarında deri renginde yüzeyi pürüzsüz yarım küre şeklinde nodüler lezyon ile kliniğimize başvurdu. Ek hastalığı bulunmayan hastadan histopatolojik inceleme için B hücreli lenfoma, Kutane metastaz, dermatofibrosarkoma protuberans, sarkoidoz ve psödolenfoma ön tanıları ile lezyon ortasından 4 mm punch ile biyopsi alındı..

Histopatolojik incelemede; yüzeyde parakeratoz, epidermiste hafif akantoz, hafif spongiyoz, seyrek lenfosit egzositozu mevcutken, papiller dermiste grenz zon bırakarak tüm dermisi dolduran diffüz paternde atipik lenfoid infiltrasyon izlendi. İnfiltrasyon zemininde seyrek histiyositler, plazma hücreleri izlenmiştir.

İmmünohistokimyasal inceleme: İnfiltrasyon pan T hücre belirteçleri ile pozitif boyanmış olup ayırıcı tanıda mukozis fungoides tümöral evre alınmış fakat cd5 vd cd7 ekspresyon kaybı izlenmemiştir. Lenfomatoid papülöz açısından tümöral hücrelerde cd30 ile yeterli düzeyde ekspresyon izlenmemiştir. Nadir bir tip olan primer kutanöz CD4+ küçük/ orta pleomorfik T hücreli lenfomada beklenen CD7 ekspresyon kaybı izlenmemektedir. Ayrıca CD68 pozitif histiyositler ve CD38 pozitif plazma hücreleri de infiltratta mevcuttur. Bu nedenle öncelikle Psödolenfoma düşünülmüştür.

Hastaya tedavi olarak beklametazon + fusidik asit verilmiş olup, hasta histopatolojik sonuç için kliniğimize tekrar başvurduğunda lezyonun gerilemiş olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA: Psödolenfomayı tetikleyebilen sebepler arasında lokal reaksiyona sebep olan böcek ısırıkları ve yaygın erüpsiyonlara sebep olabilen antikonvülsan ilaçlar [2] dışında, çeşitli antikonvülsan olmayan ilaçlar (antihipertansifler, lipid düşürücü ajanlar ve



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

antidepresanlar) dövme boyları, travma, aşılarda,[3] kontakt dermatit, enfeksiyonlar (varisella, molluskum kontagiyozum, [4] HIV, Lyme hastalığı) gösterilebilir. Özellikle çocuklarda skabiyez enfestasyonları sonrasında psödolenfoma görülebilir. İlaç ile ilişkili vakalarda ateş, lenfadenopati, eritematöz erüpsiyon görülebilir. Halsizlik, artralji, hepatosplenomegali, eozinofili, anormal karaciğer fonksiyon testleri de görülebilir.

Tanı için infiltrattan immünfenotiplendirme ile biyopsi yapılır.[7] Yoğun bant benzeri nodüler veya diffüz dermal infiltrat, üst dermiste periadneksal veya perivasküler yoğun hücresel infiltrat, B ve T lenfositler, Eozinofiller, histiyositler ve plazma hücreleri görülebilir.

En iyi tedavi sebep olan ajanın kesilmesidir.[5] Antikonvülanların kesilmesi 3-4 hafta içinde sonuç verecektir, spontan rezölüsyon genelde skarsız olma eğilimindedir.

Tedavide potent topikal steroidler tercih edilir. Bunun dışında eksizyon, [6] kriyoterapi fotodinamik terapi ve lokal radyasyon tercih edilebilir. Topikal takrolimus ve intralezyonel kortikosteroid uygulamaları da başarılı sonuçlar vermiştir.

SONUÇ: Ani gelişen nodüler lezyonlar hasta ve hekim için endişe verici olabilir. Pseudolenfoma tanısında kullanılan biyopsi aynı zamanda lezyonun kaybolmasına neden olması ile tanıyı netleştirir.

KAYNAKLAR:

1. Massone C, Winfield HL, Smoller BR. Other lymphoproliferative and myeloproliferative diseases. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. Dermatology. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:2148-2159.
2. Schreiber MM, McGregor JG. Pseudolymphoma syndrome. A sensitivity to anticonvulsant drugs. Arch Dermatol. 1968 Mar;97(3):297-300. PubMed Id: 5641332
3. Maubec E, Piquier L, Viguier M, Caux F, Amsler E, Aractingi S, Chafi H, Janin A, Cayuela JM, Dubertret L, Authier FJ, Bachelez H. Vaccination-induced cutaneous pseudolymphoma. J Am Acad Dermatol. 2005 Apr;52(4):623-9. PubMed Id: 15793512
4. Moreno-Ramírez D, García-Escudero A, Ríos-Martín JJ, Herrera-Saval A, Camacho F. Cutaneous pseudolymphoma in association with molluscum contagiosum in an elderly patient. J Cutan Pathol. 2003 Aug;30(7):473-5. PubMed Id: 12859748
5. Albrecht J, Fine LA, Piette W. Drug-associated lymphoma and pseudolymphoma: recognition and management. Dermatol Clin. 2007 Apr;25(2):233-44, vii. PubMed Id: 17430760
6. Dionyssopoulos A, Mandekou-Lefaki I, Delli FS, Kourtis D, Nikolis A, Dionyssopoulou E, Nikopoulos K. T- and B-cutaneous pseudolymphomas treated by surgical excision and immediate reconstruction. Dermatol Surg. 2006 Dec;32(12):1526-9. PubMed Id: 17199667
7. Cerroni L, Kerl H. Diagnostic immunohistology: cutaneous lymphomas and pseudolymphomas. Semin Cutan Med Surg. 1999 Mar;18(1):64-70. PubMed Id: 10188844



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

PS-06

KRONİK HİDROKSİÜRE KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN MELANONİŞİ STRİATA, MUKOZAL PİGMENTASYON VE AKTİNİK KERATOZ: OLGU SUNUMU

Ayşenur Durdu, Murat Borlu, Demet Kartal, Salih Levent Çınar, Eda Öksüm Solak, Muhammet Hanefi Dirican
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kayseri

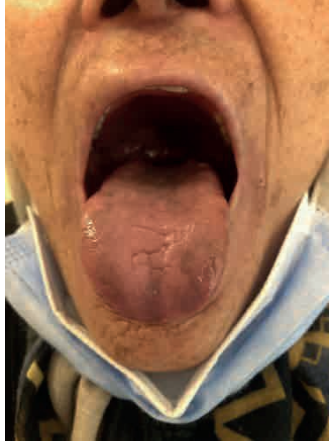
GİRİŞ: Hidroksiüre (HÜ) miyeloproliferatif hastalıkların tedavisinde sık kullanılan bir antimetabolit ilaçtır.(1) Etkisini ribonükleotid redüktaz enzimini inhibe edip DNA sentezini engelleyerek gösterir.(2) HÜ'ye bağlı mukokutanöz yan etkiler arasında hiperpigmentasyon, kserosis, kutanöz atrofi, stomatit, mukozal ülserler, bacak ülserleri, aktinik keratoz ve melanom dışı deri kanserleri yer alır.(3)

OLGU SUNUMU: 73 yaşında kadın hasta kliniğimize ellerde kuruluk ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünden lezyonların uzun zamandır mevcut olduğu öğrenildi. Hastanın bilinen esansiyel trombositozu ve primer hipertansiyonu mevcuttu. Esansiyel trombositoz için yaklaşık 20 yıldır HÜ kullanım öyküsü vardı. Hastanın dermatolojik muayenesinde ellerde yaygın kserosis ve kutanöz atrofi, tırnaklarda lineer hiperpigmentasyon, yüzde eritemli hiperkeratozik plak ve yamalar mevcuttu.(Resim1 ve 3) Hastanın oral mukoza muayenesinde ise dilinde papillalarda silinme ve yaygın hiperpigmentasyon olduğu saptandı.(Resim2) Hastanın yüzündeki lezyonların bir tanesinden aktinik keratoz ve skuamöz hücreli kanser ön tanısıyla deri biyopsisi alındı. Biyopsi sonucu aktinik keratoz olarak raporlandı. Hastanın dilindeki atrofik glossit benzeri görünüm için anemi paneline bakıldı ve direkt mikoz incelemesi yapıldı. Anemi paneli normal geldi ve direkt mikoz incelemesi negatif olarak değerlendirildi. Tüm bu bulgular eşliğinde hastada HÜ kullanımına bağlı mukokutanöz yan etkiler düşünüldü. Aktinik keratoz lezyonları için topikal diklofenak sodyum jel, vücuttaki kserotik lezyonlar için ise klobetazol propiyonat ve vazelinin □ oranında karışımı önerildi. Hastaya olası deri kanserlerinden korunmak için düzenli güneş koruyucu kullanması gerektiği anlatıldı. Hasta HÜ doz ayarlanması açısından hematolojiye konsülte edildi.

Resim 1



Resim 2



Resim 3



TARTIŞMA: HÜ miyeloproliferatif hastalıkların tedavisinde sık kullanılan, genellikle iyi tolere edilen ve güvenli bir ilaçtır fakat özellikle uzun süreli kullanımda birçok mukokutanöz yan etki görülebilmektedir. Hiperpigmentasyon, kserosis ve kutanöz atrofi sık görülen yan etkiler arasındadır ve çoğu zaman ilacı kesmeyi gerektirmez. Alopesi ve dermatomyozit benzeri döküntü ise daha nadir görülen yan etkiler arasındadır.(3) Bacak ülserleri, melanom dışı deri kanserleri, dermatomyozit benzeri döküntü gibi daha ciddi kutanöz yan etki görülen hastalarda ise HÜ tedavisinin kesilmesi, mümkün değilse doz azaltılması veya aralıklı tedavi önerilmektedir.(4) Önemli deri ve mukozal lezyonlara neden olabilen HÜ kullanımının bu tür lezyonlara tanı konulduğunda sorgulanması etiyolojinin saptanması açısından önemli görünmektedir. Bu amaçla bu olgu sunulmuştur.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

KAYNAKLAR:

1. Boyd AS, Kenneth H, Neldner MD. Hydroxyurea therapy. Acad Dermatol 1991; 25: 518–524.
2. Saban N, Bujak M. Hydroxyurea and hydroxamic acid derivatives as antitumor drugs. Cancer Chemother Pharmacol. 2009;64:213–221.
3. Martin Griesshammer, Kai Wille, Parvis Sadjadian, Frank Stegelmann & Konstanze Döhner (2021): A review of hydroxyurea-related cutaneous adverse events, Expert Opinion on Drug Safety, DOI: 10.1080/14740338.2021.1945032
4. Kalajian AH, Cely SJ, Malone JC, et al. Hydroxyurea-associated dermatomyositis-like eruption demonstrating abnormal epidermal p53 expression: a potential premalignant manifestation of chronic hydroxyurea and UV radiation exposure. Arch Dermatol 2010; 146: 305–310.



PS-07

APLAZYA KUTİS KONJENİTANIN EŞLİK ETTİĞİ NADİR BİR SENDROM OLARAK ADAM'S OLIVER SENDROMU

Elif Bengü Daşcı, Perihan Öztürk, Mehmet Kamil Mülayim, Mine Müjde Kuş

ÖZET: Aplazya kutis konjenita doğumdan itibaren belirli bölgelerde deri ve deri eklerinin yokluğu ile karakterize olan embriyolojik bir bozukluktur. İzole bir bulgu veya çeşitli anomali veya malformasyonların eşlik ettiği bir sendromun bir bileşeni olabilir. Frieden 1986'da hastalığı lezyonun karakteri ve eşlik eden malformasyonlara göre 9 grupta sınıflandırmıştır. Grup 2 cilt defektine ekstremitelerde anomalisinin de eşlik ettiği Adam's Oliver sendromunu kapsayan gruptur.

GİRİŞ: Aplazya kutis konjenita doğumdan itibaren belirli bölgelerde deri ve deri eklerinin yokluğu ile karakterize olan embriyolojik bir bozukluktur. İzole bir bulgu veya çeşitli anomali veya malformasyonların eşlik ettiği bir sendromun bir bileşeni olabilir. Çoğunlukla sporadik olarak ortaya çıkmakla beraber otozomal dominant ve resesif geçişli ailesel olgulara da rastlanmaktadır.(1) Frieden 1986'da hastalığı lezyonun karakteri ve eşlik eden malformasyonlara göre 9 grupta sınıflandırmıştır. Grup 2 cilt defektine ekstremitelerde anomalisinin de eşlik ettiği Adam's Oliver sendromunu kapsayan gruptur.(2) Aplazya kutis lezyonları sıklıkla tek ve küçüktür (1-3 cm), %70'i saçlı deride yerleşimlidir.(3) Lezyonların klinik görünümü intrauterin hangi zaman diliminde oluştuğuna göre değişir. Erken gebelik haftalarında oluşan lezyonlar doğumda atrofik ya da membranöz lezyon olarak görülür. Geç gestasyonel dönemde oluşanlar ise ülser şeklinde görülürler.(4) Frieden'en sınıflamasına göre grup 2 cilt defektine ekstremitelerde anomalisinin de eşlik ettiği Adam's Oliver sendromunu kapsayan gruptur, biz de nadir görülmesi nedeniyle aplazya kutis ile başvuran, Adam's Oliver sendromu tanısı koyduğumuz bu olguyu sunmaktayız.

OLGU SUNUMU: 2 Yaş 8 aylık kız çocuğu saçlı deride saç çıkmayan alanlar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde frontoparyetal bölgede yaklaşık 4x5 cm boyutunda keskin sınırlı atrofik lezyon ve komşuluğunda dilate tortüyoz skalp veni mevcuttu, bilateral el ve ayak parmak parmaklarında hipoplaziler mevcuttu, sol el 2.parmakta anonişi mevcuttu, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Labaratuvar değerleri doğaldı. Erkek kardeşinde de benzer bulgulara ek olarak kutis marmaratus konjenita olduğu öğrenildi. Anne babanın amca çocukları olduğu öğrenildi. Klinik bulgular, öykü ve genetik testlerin sonucuyla Adam's Oliver sendromu doğrulandı. Hasta eşlik edebilecek ek anomaliler açısından çocuk hastalıkları polikliniğine yönlendirildi.



TARTIŞMA: Adams Oliver Sendromu 1945 yılında Adams ve Oliver tarafından tanımlanan; aplazi kutis konjenita ve transvers ekstremite defektleri ile karakterize bir sendromdur.(5) Etyoloji net olmamakla birlikte embriyogenezde duraklama, metimazol, misoprostol gibi bazı teratojen ajanlar suçlanmaktadır.(6) Sendrom ilk tanımlandığında, genetik defekti değişken geçişli otozomal dominant olarak belirtilmiştir. Daha sonra literatürde bu sendroma sahip hastalarda otozomal resesif ve sporadik formları da belirtilmiştir.(7) Bizim vakamızda da hastanın kardeşinde aynı sendrom bulunmaktaydı. Adams Oliver sendromu yalnızca ekstremite bulgularıyla gidebildiği gibi Kutis Marmoratum gibi cilt defektleri, önemli problemlere yol açabilecek, mental motor retardasyon yaratabilecek santral sinir sistemi anomalileri ve kardiyolojik defektlerle de beraberlik gösterebilmektedir.(8,9,10) Bizim hastamızda saçlı deride aplazy kutis, bilateral el ve ayak parmaklarında hipoplaziler, sol el 2.parmakta anonişisi; erkek kardeşinde ise aplazy kutise ek olarak kutis marmoratus mevcuttu.

SONUÇ: Aplasia Kutis Konjenita'lı hastalarda fizik muayenede rastlabileceğimiz diğer deri bulguları ve ekstremite bulguları bize Adams Oliver sendromu'nu akla getirtmelidir. Bu sendromun hatırlanması, beraberlik gösterebildiği santral sinir sistemi anomalilerin ve kardiyolojik anomalilerin erken dönemde saptanması açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR:

1. Baykal C.Dermatoloji Atlası 4.baskı, İstanbul, ARGOS AŞ,2020,635-3
2. Frieden, I.J. (1986). Aplasia cutis congenita: a clinical review and proposal for classification. J Am Acad Dermatol. 14(4), 646-660
3. Moriya, J. Kakeda, S. Korogi, Y. (2006). An unusual case of split cord malformation. Am J Neuroradiol. 27, 1562 1564.
4. A Burkhead, G Poindexter & D S Morrell. A case of extensive Aplasia Cutis Congenita with underlying skull defect and central nervous system malformation: discussion of large skin defects, complications, treatment and outcome. Journal of Perinatology volume 29, 582–584 (2009)



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

5. Adams FH, Oliver CP. Hereditary deformities in man: due to arrested development. J Hered 1945; 36: 3-7
6. Joshi A, Karnawat BS, Jangid MK. Adams – Oliver Syndrome. J Nepal Paediatr Soc 2015;35(2):168- 171
7. McGoey RR, Lacassie Y. Adams-Oliver syndrome in siblings with central nervous system findings, epilepsy, and developmental delay: refining the features of a severe autosomal recessive variant. Am J Med Genet A 2008; 146A: 488-91.
8. Zapata HH, Sletten LJ, Pierpont ME. Congenital cardiac malformations in AdamsOliver syndrome. Clin Genet 1995:47:8
9. Dyall-Smith D, Ramsden A, Lauri S. Adams Oliver syndrome: aplasia cutis congenita, terminal transverse limb defects and cutis marmorata telangiectatica congenita. Australas J Dermatol 1994:35:19-22
10. Davis PM, Buss PW, Simpson BA, Sykes BJ. Near fatal haemorrhage from the superior sagittal sinus in Adams-Oliver syndrome. Arch Dis Child 1993:68:433



PS-08

KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK YAKLAŞIM İLE PERNİO

Damla Gök

Sütçü İmam Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

ÖZET: Pernio, soğuğa anormal yanıt olarak meydana gelen kaşıntılı ve/veya ağrılı inflamatuvar deri hastalığıdır. Chilblain olarak da adlandırılmaktadır. “Chil” soğuk “blain” acıyan ya da kırmızı kelimelerinden türetilmiştir. İdiyopatik olabilir veya kriyopatiler ve lupus eritematosus başta olmak üzere altta yatan başka hastalığa bağlı olarak da gelişebilir. (1) Olgu sunumunda ellerde ağrı, şişlik, kızarıklık şikayeti ile tarafımıza başvuran soğuk iklimde yaşayan ve kasap olan bir hastadan bahsedildi.

GİRİŞ: Pernio genellikle soğuk ve nemli ortamlara maruz kalmaya yanıt olarak gelişen tipik olarak maküller, papüller veya nodüller gibi çoklu eritrosiyanotik lezyonlar olarak ortaya çıkar. Genellikle simetrikdir. Bilateral el, ayak ve kulakları etkiler, özellikle parmakları hedef alır. Lezyonlar soğuğa maruz kaldıktan sonra 24 saat içinde ortaya çıkar ve sıklıkla birkaç hafta içinde düzelir. (2) Lezyonlar su toplayabilir veya ülserleşebilir ve hastalar sıklıkla yanma, hassasiyet veya kaşıntı semptomları bildirir. Endişe verici bir potansiyel komplikasyon, ikincil bir enfeksiyonun gelişmesidir. (3)

OLGU SUNUMU: 63 yaş erkek hasta polikliğinimize her iki elinde ağrı, kızarıklık, şişkinlik ve her iki kulakta kızarıklık, ağrı şikayeti ile geldi. Hikayesi sorgulandığında 1 hafta önce şikayetlerinin başladığını giderek ellerindeki hassasiyet ve kızarıklığının artmasından dolayı tarafımıza başvurmuş. Bilinen bir hastalığı yok. Kasap olarak çalışıyormuş. Sigara ve alkol kullanımı yok. Ailesinde benzer şikayetleri olan kimse olmamış. Yaşadığı bölgenin ikliminin soğuk olduğu ayrıca işi sebebiyle de ellerinin soğukla temasının sık olduğu öğrenildi.

Dermatolojik muayenesinde her iki el eritemli, ödemli ve hassastı. Her iki kulak heliksi eritemli, hassastı. Ayakları ve ayak parmaklarının muayenesi normaldi. Başka bir cilt bulgusu saptanmadı. Mukozalar ve deri ekleri olağandı.

Hastanın laboratuvar bulguları doğaldı. Antinükleer antikor, C3, C4, RF normal sınırlardaydı. Biyopsi alındı. Biyopsisinde apoptotik keratinositler, dermiste ödem, vasküler yapılar da artış görüldü. Klinikopatolojik olarak pernio ile uyumluydu. Hastanın öyküsü, muayenesi ve histopatolojik bulguları ile pernio tanısı konuldu. Soğuktan korunması gerektiği anlatıldı. Pentoksifilin ve topikal kortikosteroid başlandı. Kontrol muayenesinde şikayetlerinde belirgin azalma görüldü.

Başvuru



Tedavi Sonrası



TARTIŞMA: Pernioyu değerlendirmek ve teşhis etmek için kapsamlı bir öykü ve fizik muayene çok önemlidir. Lezyonların zamanlaması, yakın zamanda soğuğa maruz kalma ve maruziyetin kaldırılmasıyla semptomların iyileşmesi yardımcı olur. Deri biyopsilerinde lenfositik infiltrat, dermal ödem ve nekrotik keratinositlerin histolojik bulguları pernio tanısını destekler. Hastamızın biyopsisinde apoptotik keratinositler, dermiste ödem, vasküler yapılarda artış görüldü. İdiopatik olabilir veya kriyopatiler ve lupus eritematozus başta olmak üzere altta yatan başka hastalığa bağlı olarak da gelişebilir. Pernio'nun ilk değerlendirmesinde tam kan sayımı, antinükleer antikor ve serum protein elektroforezi yardımcı olur. (4) (5) (6) Hastamızın bakılan antinükleer antikor, C3, C4, RF normal sınırlardaydı.

Mayo Clinic, chilblains için tanı kriterleri geliştirmiştir. (7)

Majör kriter (kesin gerekli)

-En az 24 saat süren akral bölgelerde lokalize kızarıklık ve şişlik

Minör kriterler (aşağıdakilerden en az birisi gerekli)

-Soğuk aylarda başlangıç ve/veya kötüleşme

-Chilblains ile uyumlu histopatoloji

-Isınma ve kurutma ile iyileşme

Tedavide ilk basamak soğuğa maruziyetten kaçınmaktır. Pernio semptomlarını şiddetlendirebilen vazospazm ile ilişkisi nedeniyle sigarayı bırakması önerilir. Atak sırasında orta potent topikal kortikosteroidler etkili olmuştur. İnfekte ve ülser olmuş lezyonlara topikal ve sistemik antibakteriyeller kullanılır. Pentoksifilin ve nifedipinin (20-60 mg 3*1) pernio lezyon ve semptomlarının süresini, şiddetini ve nüksünü azaltmaktadır. (8) Hastamıza pentoksifilin ve topikal kortikosteroid başlandı. Kontrol muayenesinde şikayetlerinde belirgin azalma görüldü.



SONUÇ: Pernio, soğuk maruziyeti ile meydana gelen bölgesel enflamatuar yanma ve ağrı hissi veren eritematöz/morumsu şişliklerdir. Müteakip maruziyetlerde veya yıllık olarak nöksler meydana gelip kronik hale gelebilir. Hastalara yaşam tarzı değişikliği önerileri ve uygun tedavilerle hayat kaliteleri artırılabilir.

KAYNAKLAR:

1. Almahameed A, Pinto DS. Pernio (chilblains). Curr Treat Options Cardiovasc Med 2008; 10: 128-135.
2. Takci Z, Vahaboglu G, Eksioğlu H. Epidemiological patterns of perniosis, and its association with systemic disorder. Clin Exp Dermatol. 2012 Dec;37(8):844-9.
3. Ozuguz P, Kacar SD, Karaca S. Does pernio cause nail dystrophy? J Pak Med Assoc. 2014 Mar;64(3):349-50.
4. Cribier B, Djeridi N, Peltre B, Grosshans E. A histologic and immunohistochemical study of chilblains. J Am Acad Dermatol. 2001 Dec;45(6):924-9.
5. Boada A, Bielsa I, Fernandez-Figueras MT, Ferrandiz C. Perniosis: clinical and histopathological analysis. Am J Dermatopathol. 2010 Feb;32(1):19-23.
6. Crowson AN, Magro CM. Idiopathic perniosis and its mimics: a clinical and histological study of 38 cases. Hum Pathol. 1997 Apr;28(4):478-84.
7. Cappel JA, Wetter DA. Clinical characteristics, etiologic associations, laboratory findings, treatment, and proposal of diagnostic criteria of pernio (chilblains) in a series of 104 patients at Mayo Clinic, 2000 to 2011. Mayo Clin Proc. 2014 Feb;89(2):207-15.
8. Patra AK, Das AL, Ramadasan P. Diltiazem vs. nifedipine in chilblains: a clinical trial. Indian J Dermatol Venerol Leprol 2003; 69: 209-211.



PS-09

TOPIKAL İNSÜLİN - BACAK ÜLSERİ TEDAVİSİNDE YENİ BİR YARDIMCI TEDAVİ AJANI

*Yusuf Can Edek, Esra Adışen, Ahmet Burhan Aksakal
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara*

GİRİŞ: İnsülin, kan glukozu ve lipit seviyelerinin düzenlenmesi gibi metabolizmada önemli görevleri olan bir hormondur.1 Sistemik etkilerinin yanında insülinin deriye uygulanmasıyla da lokal etkileri gözlenebilmektedir. Topikal insülinin dermatoloji, cerrahi, oftalmoloji gibi birçok alanda hastalıkların tedavisinde kullanımına dair vaka sunumları ve yayınlar bulunmaktadır.2,3,4 Sistemik insülin tedavisinin yara iyileşmesi üzerine etkileri mevcuttur fakat sistemik tedaviyle hipoglisemi hipokalsemi gibi yan etkilerinin izlenebilmesi insülinin yara tedavisinde sistemik kullanımını kısıtlamaktadır. İnsülinin topikal olarak uygulanmasıyla yara iyileşmesi üzerindeki etkileri izlenirken, sistemik yan etkilerin gözlenmemesi büyük bir avantajdır.2 Topikal insülinin tedavideki etki mekanizması net olarak anlaşılmamış olsa da, bunu anlamak için çeşitli yollar ve moleküllerle ilgili veriler bildirilmiştir. Burada venöz staza sekonder bacak ülseri olan, sistemik tedaviye ek olarak topikal insülin tedavisinin kullanılmasıyla lezyonunda iyileşme gözlenen bir hasta sunulacaktır. Bu vakayı sunmaktaki amacımız tedaviye dirençli bacak ülserlerinde topikal insülin tedavisinin de alternatif yardımcı bir tedavi ajanı olarak kullanılabileceğini vurgulamaktır.

OLGU SUNUMU: Altmış dört yaşında erkek hasta yedi aydır olan bacak ülseri şikayeti nedeniyle kliniğimizde değerlendirildi. Hastanın bilinen tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik venöz yetmezlik tanıları olduğu öğrenildi. Hasta, ülserin yedi ay önce sol bacakta küçük bir lezyon olarak başlayıp zamanla büyüdüğünü, bu süreçte topikal ve sistemik antibiyotik tedavileri almasına rağmen fayda görmediğini belirtti. Dermatolojik muayenesinde sol bacak posteriorunda ayak bileğinin üzerinde 9x6 cm boyutlarında, sınırları düzensiz, üzerinde fibrin doku bulunan ülserle lezyon gözlendi (Resim 1). Ülser kenarından alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesi venöz staza ikincil değişiklikler olarak değerlendirildi. Klinik, histopatolojik ve Doppler-USG incelemeleri sonucunda hastanın ülserinin venöz yetmezliğe bağlı geliştiği kabul edildi. Sistemik steroid ve antibiyotik tedavilerinden yeterli fayda görülmemesi üzerine hastanın tedavisine topikal insülin tedavisi de eklendi. Topikal insülin tedavisi (Human actrapid insulin 40IU/ml®), lezyon kenarlarına günde bir kez 1 ml olarak uygulandı ve sonrasında lezyon üzeri steril gazlı bez ile kapatıldı. Tedavi süresince hastanın kan şekeri takipleri normaldi. Ülsörde, tedavinin 1. haftasında iyileşme mevcuttu, 4. hafta itibarıyla lezyonun büyük oranda iyileştiği gözlendi (Resim 1).

TARTIŞMA: Dermatolojide topikal insülin tedavisinin diabetik ülserlerde, bası yaralarında kullanımına dair vaka sunumları ve yayınlar bulunmaktadır.2,3 Pawar ve arkadaşları,5 bir pemfigus vulgaris hastasının sistemik tedavilere rağmen iyileşmeyen ülser, erezyonlarında topikal insülin tedavisi uygulamış ve lezyonlarda iyileşme gözlemiştir.5



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

Şiddetli akne skarları olan bir hastada insülinin yüze mikro iğneleme yöntemiyle uygulanmasıyla skarlarda gerileme olduğu saptanmıştır.6 Topikal insülinin dermatolojik hastalıklarda kullanımı dışında korneal ülserler, göz kuruluğu gibi oftalmolojik hastalıklarda kullanımına dair veriler de bulunmaktadır.4

İnsülin etkilerini inflamatuvar yanıtı ve yara iyileşmesi sürecini düzenleyerek göstermektedir. M2-makrofaj, interlökin 10 (IL-10) seviyelerinde artış, makrofajların fagositoz ve kemotaksis aktivitelerinde değişiklik insülinin immün sistem üzerindeki etkileri arasında yer almakta ve bu etkilerle insülin immün yanıtı ve yara iyileşmesini düzenlemektedir. İnsülin PI3K-Akt-Rac1 sinyal yolağı aracılığıyla keratinositlerin, fibroblastların, endotel hücrelerinin yara bölgesine göçünü tetikleyebilmektedir. Hücre göçünün yanında insülin VEGF ve TGF-β1 üretimini arttırıp anjiyogenez ve granülasyon dokusu oluşumu üzerine önemli etkiler göstermektedir. Bu etkilere ek olarak insülinin kollajen matürasyonu ve organizasyonu üzerine de etkileri bulunmaktadır.2,7,8,9 Bu etkilerin sonucu olarak insülinin yara iyileşmesinde önemli rolleri mevcuttur.

Topikal insülinin sistemik tedavilere ek olarak kullanılması yara iyileşmesini hızlandırıp, tedavi süresini kısaltabilmektedir. Bu vakayla birlikte biz topikal insülin uygulamasının tedaviye dirençli leyonlarda ve ülserlerde alternatif yardımcı tedavi yöntemi olarak kullanılabileceğini vurgulamak istiyoruz. Yeni çalışmalar ve yayınlar topikal insülin tedavisinin dermatolojide kullanım alanlarıyla ilgili bizlere önemli veriler sunacaktır.

KAYNAKLAR:

1. Thevis M, Thomas A, Schänzer W. Insulin. Handb Exp Pharmacol. 2010;(195):209-226. doi:10.1007/978-3-540-79088-4_10
2. Emanuelli T, Burgeiro A, Carvalho E. Effects of insulin on the skin: possible healing benefits for diabetic foot ulcers. Arch Dermatol Res. 2016;308(10):677-694. doi:10.1007/s00403-016-1686-z
3. Gerber RM, Van Ort SR. Topical application of insulin in decubitus ulcers. Nurs Res. 1979;28(1):16-19.
4. Tong CM, Iovieno A, Yeung SN. Topical insulin for neurotrophic corneal ulcers. Can J Ophthalmol. 2020;55(5):e170-e172. doi:10.1016/j.jcjo.2020.04.001
5. Pawar M. Topical insulin in the treatment of nonhealing erosions and ulcers of pemphigus vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2021;85(5):e271-e272. doi:10.1016/j.jaad.2020.05.149
6. Pawar M, Singh M. Microneedling with autologous platelet-rich plasma versus microneedling with topical insulin in the treatment of postacne atrophic scars: A simultaneous split-face comparative study. J Am Acad Dermatol. 2021;84(3):810-811. doi:10.1016/j.jaad.2020.05.152
7. Chen X, Liu Y, Zhang X. Topical insulin application improves healing by regulating the wound inflammatory response. Wound Repair Regen. 2012;20(3):425-434. doi:10.1111/j.1524-475X.2012.00792.x
8. Liu Y, Dhall S, Castro A, Chan A, Alamat R, Martins-Green M. Insulin regulates multiple signaling pathways leading to monocyte/macrophage chemotaxis into the wound tissue. Biol Open. 2018;7(1):bio026187. doi:10.1242/bio.026187
9. Liu Y, Petreaca M, Yao M, Martins-Green M. Cell and molecular mechanisms of keratinocyte function stimulated by insulin during wound healing. BMC Cell Biol. 2009;10:1. Jan 12. doi:10.1186/1471-2121-10-1

PS-10

PSODOPELAD OF BROCCQ

*Ahmet Onur Soğuksu, Erdal Pala, Bilal Akif Babacan
Atatürk Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum*

GİRİŞ VE AMAÇ: Psödopelad of Broccq (PPB), genellikle orta yaşlı kadınları etkileyen, nadir görülen, kronik, yavaş ilerleyen bir skatrisyel alopesidir. Vertex ve parietal saçlı deri yaygın olarak tutulur. Ya primer ya da tümü skarlarla sonuçlanan (ikincil) saçlı derideki çeşitli bozuklukların sonu olabilir. Hafif ila orta derecede atrofi olan ve herhangi bir folikülit veya belirgin inflamasyon belirtisi olmayan küçük alopesi yamaları kendini gösterir. Polikliniğimize yaklaşık 3 yıldır frontal, parietal ve vertexde skarlı alopesisi olan olgumuzu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU: 35 yaşında bayan hasta polikliniğimize yaklaşık 3 senedir asemptomatik ve kademeli olarak başlayan frontal, parietal ve vertex bölgesinde atrofik sikatrisyel saç dökülmesi ile başvurdu (Resim 1). Geçmişte kafa derisinde herhangi bir iltihaplanma veya travma meydana gelmemiş. Saç çekme testi negatifti. Başka herhangi bir kutanöz, mukozal veya tırnak bulgusu yoktu.. Aile bireylerinin hiçbirinde benzer yakınma öyküsü yok. Triskopide foliküler açıklıkların görülmediği beyaz alanlar dışında bir bulgu yoktu. Hastadan alınan saçlı deri punch biyopsisi; foliküler yoğunlukta belirgin azalma ile birlikte inflamatuar olmayan skarlı alopesi mevcut ayrıca hafif perifoliküler konsantrik fibrozis mevcut idi ve Broccq'un pseudopeladı ile uyumludur diye sonuçlandı. Alopesik alanlara aylık intralezyonel triamsinolon asetonid enjeksiyonları ve topikal klobetasol propiyonat merhem başlandı ve takip altına alındı.

Resim 1





1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

TARTIŞMA: 1888'de psödopelad terimi ilk olarak bir Fransız dermatolog Louis-Anne-Jean Brocq tarafından sikatrisyel alopesinin bu benzersiz formunu alopesi areatadan ayırt etmek için kullanılmıştır.[1] PPB, son dönem kalıcı alopesi olarak kabul edilir. Psödopelad lezyonları rastgele dağıtılır. Klasik olarak porselen beyazı hipopigmente ve hafif depresif atrofik plak olarak ortaya çıkar. Lezyonlar genellikle alopesi areatada görülen yuvarlak veya oval yamaların aksine düzensiz şekillidir. PPB'nin ayırıcı tanısı alopesi areata, LPP, diskoid lupus eritematöz, santral santrifüj sikatrisyel alopesi, morfea, sekonder sifiliz, tinea capitis, aplasia cutis konjenital ve foliküler dejenerasyon sendromudur. Pinkus[2] tarafından tanımlandığı gibi, klinik bir varlık değil, histolojik bir varlıktır. İdiyopatik psödopelad, yoğun kollajen içeren kasılmış dermis ve kollajen demetleri arasındaki boşluk kaybı ile karakterizedir. PPB olgularının %33-69'unda liken planopilaris (LPP) veya DLE'nin histopatolojik özellikleri görülür.[3]Infundibulum çevresinde seyrek veya orta derecede lenfositik infiltrat ve yağ bezlerinin yokluğu, erken bir PPB lezyonu için patolojik bulgulardır.

Hastalığın ilerlemesi sonunda kendiliğinden sona erer. PPB için standart bir tedavi yoktur. Topikal kortikosteroidler, intralezyonel triamsinolon asetonid prednizon, hidroksiklorokin, izotretinoin ve mikofenolat mofetil [4] sonuç veren seçeneklerden bazılarıdır. Hastalık en az 2 yıl stabil olduğunda ve otolog saç ekimi ve saçlı deri küçültme ameliyatını içerdiğinde cerrahi seçenekler düşünülür.

Vakamızda olduğu gibi Psödopelad of Brocq primer olarak parietal saçlı deriyi ve verteksi tutan ilerleyici sikatrisyel alopesi ile sonuçlanan, nadir, idiyopatik, kendi kendini sınırlayan bir hastalık olduğunu vurguluyoruz.

KAYNAKLAR:

1. Brocq L. Folikülit ve perifolikülitler decalvans. Bull Mem Soc Med Hop Paris. 1888; 5:339–408.
2. Pinkus H. Skarlı ve skarsız alopesilerde elastik liflerin farklı paternleri. J Kutan Pathol. 1978; 5:93–104.
3. Amato L, Massi D, Berti S, Moretti S, Fabbri P. Brocq'un pseudopelade içindeki farklı klinikopatolojik varlıkları tanımlamak için multiparametrik bir yaklaşım esastır. Br J Dermatol. 2002; 146:532–3.
4. Ross EK, Tan E, Shapiro J. Primer sikatrisyel alopesilerle ilgili güncelleme. J Am Acad Dermatol. 2005; 53:1–37.



PS-11

PROSTAT ADENOKARSİNOMLU DİYABETİK OLGUDA PENİL ÜLSER

Munise Daye¹, Büşra Duman¹, Selçuk Güven², Pembe Oltulu³

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

GİRİŞ: Cilt üzerinde baskı veya basınç ile kesme ve/veya sürtünme gibi fiziksel travmalar uzadığında, ciltte ve alttaki dokularda bası veya dekübit ülseri gelişir. (3) Bası ülserlerinin etiopatogenezi multifaktöriyel olup basınç, sürtünme, nem, kayma, anormal duruş, bozulmuş hareketlilik gibi birçok dış faktör ve duyuşsal algı kaybı, beslenme ve metabolik faktörler, cildin yaşlanması, idrar kaçırma, zihinsel sağlık durumu, anemi ve ödem gibi içsel faktörler rol oynamaktadır.(3) Ayrıca kardiyovasküler, akciğer, böbrek, kas-iskelet sistemi, nörodejeneratif hastalıklar,uzun süreli anestezi, dehidrasyon, yetersiz beslenme, enfeksiyon, polifarmasi, geçirilmiş cerrahi, immunsupresyon, maligniteler, kardiyovasküler hastalıklar ve kronik hastalıklardan olan diyabetes mellitus(DM) yatkınlığı artırmakla beraber bası ülserlerinin temel nedeni dokulara uzun süreli basınç uygulanmasına bağlı kapiller yatak iskemisi ve hipoksidir. (1) DM ayrıca diyabetik ülsere de sebep olarak ayırıcı tanıda da özellikle yer almaktadır.(2,4) Daha çok ayakta görülmekte olan diyabetik ülser, iyi kontrol edilemeyen DM hastalarında en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Bu ülserler de bası ülseri gibi genellikle tekrarlayan travma ve basınç ile karşılaşan bölgelerdedir.(2) DMsi olan, prostat adenokarsinomlu, cerrahi esnasında penil sonda yerleştirilen ve sonrasında penil ülser gelişen olgumuzu sizlere sunmaktayız.

GELİŞME: 57 yaşında 16 yıldır DM ile takipli erkek olgunun 3 ay önce prostat adenokarsinom tanısı alıp 1 ay sonra radikal prostatektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Operasyon sırasında takılan foley sonda ile takip edilen hastanın penisinde 5 gün sonra ülser gelişmesi nedeniyle tarafımıza danışıldı. Dermatolojik muayenesinde; penis eksternal üretral orifis etrafında yaklaşık 2*2 cm siyah renkte, nekrotik, krutlu ve pürülan akıntılı ülser mevcuttu. (resim1) Sondası çıkarılan hastadan piyoderma gangrenozum, fournier gangreni ektima gangrenozum, majör aft, fiks ilaç erüpsiyonu ön tanılarıyla üroloji tarafından biyopsi alındı. Sodyum hyaluronat %0.2, non-Patojen vibrio alginolyticus, hafif likid parafin, beyaz vazelin içerikli kombinasyon, rivanol gece merhemi (rivanol+lanolin anhidre+distile su+kati vazelin), topikal fusidik asit, oral bilastin ve hamamelis virginiana tedavisi başlandı. Disregüle diyabeti olan hastanın şeker regülasyonu yapılması önerildi.Yara kültürü sonucu enterococcus faecalis gelen olguya ampisilin-sülbaktam başlandı. Histopatolojisi de nonspesifik geldikten sonra lokal yara bakımının yanına kontrollü debridman eklenerek olgu haftalık değerlendirildi. (resim2) 5.haftanın sonunda anlamlı iyileşme saptandı. (resim 3) Tedavisi fusidik asit ve hamamelis virginiana ile devam etmekte.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

SONUÇLAR: Bası ülserleri, ischium, büyük trokanter, sakrum, topuk, malleol (medialden lateral) ve oksiput gibi vücudun kemikli bölgelerinde meydana gelir (1) Olgumuzun prostat adenokarsinomu nedeniyle geçirilmiş operasyon öyküsü ve sonda kullanımı sonrası çok da sık karşılaşılmayan penisinde meatus ve çevresinde ülseri mevcuttu. Bası ülserlerinin ayırıcı tanısı yerleşim yerine göre değişmekle birlikte diyabetik ülser, venöz ülser, piyoderma gangrenozum, osteomyelit, fournier gangreni yer almaktadır.(2) Örtüşen noktalar olsa da bası ülserini, diyabetik ve iskemik ülserleri ayırt etmek zor olabilir.(4) Bası ülserleri gibi, iskemik ülserler de kemik çıkıntıları üzerindeki basının oluşturduğu hipoksiden kaynaklanır. Diyabetik ülserler ise genellikle zayıf glisemik kontrolün, altta yatan nöropatinin, periferik vasküler hastalığın veya kötü cilt bakımının sonucudur(2).Diyabetik ülserler tipik olarak hiperkeratotik sınırlarla iyi sınırlı olmasıyla diğerlerinden ayrılır. İskemik ülserlere ise soğukluk ve belirgin cilt atrofisi eşlik eder. (4) Olgumuzda penil ülserde iske mi lehine atrofi ve soğukluk bulunmamaktaydı,diyabetik ülser açısından meatus etrafında kenarlarda hafif hiperkeratotik sınırları belirgin görünüm vardı.

Sabit bir tedavi rejimi olmadığı için bası ülserlerinin tedavisi evresine ve etiyolojisine göre planlanmalıdır.Tedaviye olabildiğince çabuk başlanmalı, ülser e sebep olacak basınç yastık, destek yüzeyleri, hava, köpük ve su yatağı kaplamaları ile engellenmeli.ve sert bir yüzeyle temas varsa en aza indirilmeli, nemi azaltılmalı ve mümkün olduğunca ülser temiz tutulmalıdır. Hidrokolloid ve antibiyotikli yara örtüleri, idrara veya fekal kontaminasyona yatkınlığa bağlı olarak idrar ve fekal saptırma hiperbarik oksijen tedavisi de faydalı olabilir.Ülserin derinliği ve şiddetine göre ölü doku ve kalıntıları gidermek ve onarmak için debridman, Vakum yardımcı kapatma (VAC), flep rekonstrüksiyonu gerekebilir.(1,2) Olgumuza önce uygun yara bakımı başlanıp, histopatolojisi nonspesifik gelmesi nedeniyle kontrollü debridman eklenerek, sistemik ve topikal antibiyoterapi ile epitelizanlar kullanılarak haftalık kontrollerle olgu değerlendirildi. 5.haftanın sonunda anlamlı yara iyileşmesi gelişti. Bası ülseri ile ilgili çok fazla yayın olmakla birlikte, bilindiği kadarıyla literatürde prostat adenokarsinomu olan diyabetik hastada sonda sonrası penil ülser olgusu ve tedavi yönetimi bulunmamaktadır. Bu nadir birliktelik nedeniyle olgumuzu sunduk.

KAYNAKLAR:

1. Zaidi SRH, Sharma S. Basınç Ülseri. [Güncelleme 2022 Şubat 9]. İçinde: StatPearls [İnternet]. Hazine Adası (FL): StatPearls Yayıncılık;
2. Oliver TI, Mutluoglu M. Diabetic Foot Ulcer. [Updated 2021 Aug 19]. In: StatPearls [İnternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
3. Tıbbi Danışmanlık Sekreterliği. Kronik basınç ülserlerinin yönetimi: kanıta dayalı bir analiz. Ont Sağlık Teknolojileri Assess Ser. 2009;9(3):1-203. Epub 2009 1. Temmuz PMID: 23074533; PMCID: PMC3377577.
4. Jaul E, Barron J, Rosenzweig JP, Mencil J. An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. BMC Geriatr. 2018 Dec 11;18(1):305. doi: 10.1186/s12877-018-0997-7.



PS-12

SARS-CoV-2 AŞILARI İLE PSÖRIASIS ALEVLENMESİ: BİR OLGU

Yusuf Can Edek¹, Yelda Günsoy Kılıç², Esra Adışen¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: SARS-CoV-2, COVID-19 enfeksiyonuna neden olabilen yeni tanımlanmış bir koronavirüs tipidir. SARS-CoV-2'ye karşı aşılama programlarının başlanmasıyla SARS-CoV-2 aşıları ile tetiklenmiş çok sayıda dermatolojik hastalık bildirilmiştir.1 Türkiye'de aşılama programı 2021'in şubat ayında başlamış olup başlangıçta sadece CoronaVac (Sinovac) aşısı mevcutken, daha sonra 2021'in nisan ayı itibariyle BNT162b2 mRNA (Pfizer-BioNTech) aşısı da uygulanmaya başlanmıştır. Başlangıçta CoronaVac (Sinovac) aşısı ile aşılananlar, BNT162b2 mRNA aşısını olabilmek için olabilmeye sahip olmuştur. Burada psöriasis vulgaris hastalığı olan ve 5 yıldır lezyonsuz olarak izlenen, sonrasında hem CoronaVac (Sinovac) hem de BNT162b2 mRNA (Pfizer-BioNTech) aşılarıyla psöriasis alevlenmesi yaşayan bir hasta sunulacaktır. Bu vakayı sunmaktaki amacımız SARS-CoV-2 aşılarının dermatolojik yan etkilerinin detaylı incelenmesini ve psöriasis alevlenmelerinde SARS-CoV-2 aşılarının rollerinin sorgulanmasını sağlamaktır.

OLGU SUNUMU: Altmış dokuz yaşında bilinen psöriasis vulgarisi olan bir kadın hasta yaygın kaşıntılı döküntüler nedeniyle bölümümüzde değerlendirildi. Hastanın bilinen tip-2 diabetes mellitus hastalığı mevcuttu ve hastalığı için oral antidiyabetik kullanmaktaydı. Hastanın 20 sene önce biyopsi ile psöriasis vulgaris tanısı aldığı ve sadece topikal tedaviler kullandığı, sistemik tedaviler almadığı öğrenildi. Hasta son 5 yıldır lezyonu olmadığını belirtti (Psöriasis Alan ve Şiddet İndeksi-PAŞİ: 0). Hastadan alınan öyküde döküntülerin 8 ay önce birinci CoronaVac (Sinovac) aşısından 3 gün sonra başladığı öğrenildi. Hasta, 7 ay önce ikinci CoronaVac (Sinovac) aşısıyla birlikte lezyonlarda artış olduğunu ve topikal tedaviler aldığını söyledi. 3 ay önce birinci BNT162b2 mRNA (Pfizer-BioNTech) aşısından bir hafta sonra lezyonların tüm vücuda yayılması üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Hastanın ilaç maruziyeti, alerjisi, enfeksiyon öyküsü bulunmamaktaydı. Hastanın dermatolojik muayenesinde gövde ve ekstremitelerde yaygın eritemli skuamli papül ve plaklar mevcuttu (Resim 1). Palmoplantar tutulum, tırnak, mukoza ve saçlı deri tutulumu saptanmadı.

Gövdedeki eritemli plaktan yayılan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde stratum korneum tabakasında parakeratoz, nötrofil birikimi, granüler tabakada kayıp, suprapapiller incelme, psöriaziform hiperplazi, papiller dermiste kapiller dilatasyon ve lenfositik infiltrasyon gözlemlendi (Resim 2). Histopatolojik bulgular psöriasis tanısı ile uyumlu olarak kabul edildi. Hastanın PAŞİ skoru 13.2 olarak hesaplandı. Hastanın tetkiklerinde tam kan sayımı, karaciğer/böbrek fonksiyon testlerinde bir anomali mevcut değildi. Klinik muayene ve histopatolojik incelemeyle birlikte hastanın hem CoronaVac hem de BNT162b2 mRNA aşılarıyla plak tip psöriasis alevlenmesi yaşadığı kabul edildi.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

TARTIŞMA: Psöriasis, çeşitli klinik formlarda gözlenebilen immün aracılıklı inflamatuvar bir hastalıktır. Genetik faktörler (HLA-Cw6, CARD14) ve enfeksiyonlar, ilaçlar, yaşam tarzı, stres gibi çevresel faktörler hastalığın ortaya çıkmasında veya alevlenmesinde önemli rol oynayabilmektedir.2 Aşıların da psöriasis etyopatogenezinde rolü bulunabilmektedir. İnfluenza, tetanoz-difteri aşılarından sonra psöriasis alevlenmesi yaşayan bildirilmiş vakalar mevcuttur.3,4 Aşılar ile psöriasis arasında ilişki hala tam olarak anlaşılmamış olsa da, aşılarla bulunan viral bileşenler ve adjuvanlara [polyethylene glycol (PEG)] bağlı tetiklenen immün disregulasyonun psöriasisin tetiklenmesinde ve alevlenmesinde önemli olabileceği bildirilmektedir.5 Aşılar, Th1 ve Th17 baskın immün yanıtı tetikleyebilmektedir. Aşılarla uyarılan dentritik hücrelerden salınan IL-6, Th17 aracılıklı immün yanıtın aktive olmasıyla ilişkili olabilmekte ve Th17 aracılığıyla salınan sitokinler TNF- α , IL-12, IL-22, IL-23 psöriasis patogeneğinde önemli roller üstlenebilmektedir. Ek olarak IL22, epidermal transkripsiyon aktivatörü olan STAT3'ü uyarıp psöriatik lezyonlarda gözlenen epidermal proliferasyona neden olabilmektedir. Th17 hücrelerinin geniş etkileri ile psöriasis ile aşılar arasındaki bağlantıda merkez rolü olabileceği düşünülmektedir.3,6,7 SARS-CoV-2 aşıları da psöriasisin tetiklenmesinde ve alevlenmesinde önemli bir faktör olabilmektedir. SARS-CoV-2 aşılarıyla, plak, guttat, püstüler tip psöriasis alevlenmesi olan az sayıda vaka bildirilmiştir.8,9 Biz vakamızı hem CoronaVac hem de BNT162b2 mRNA aşılarıyla birlikte plak tip psöriasis alevlenmesi olarak kabul ettik. Biz literatürdeki hem CoronaVac hem de BNT162b2 mRNA ile psöriasis alevlenmesi yaşayan ilk vakayı bildirmektediriz. Bu vakayla birlikte yeni gelişen psöriasisi olan veya psöriasis alevlenmesi yaşayan hastalarda SARS-CoV-2 aşılarının rolünün sorgulanmasının önemli olduğunu vurgulamak istiyoruz. Yeni yayınlar ve çalışmalar SARS-CoV-2 aşıları ve psöriasis arasında ilişkiyi saptamada bize yol gösterecektir.

KAYNAKLAR:

1. 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(1):71-77. doi:10.1111/bjd.19163
2. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet.* 2007;370(9583):263-271. doi:10.1016/S0140-6736(07)61128-3
3. Gunes AT, Fetil E, Akarsu S, Ozbagoivan O, Babayeva L. Possible Triggering Effect of Influenza Vaccination on Psoriasis. *J Immunol Res.* 2015;2015:258430. doi:10.1155/2015/258430.
4. Macias VC, Cunha D. Psoriasis triggered by tetanus-diphtheria vaccination. *Cutan Ocul Toxicol.* 2013;32(2):164-165. doi:10.3109/15569527.2012.727936
5. Gambichler T, Scholl L, Dickel H, Ocker L, Stranzbach R. Prompt onset of Rowell's syndrome following the first BNT162b2 SARS-CoV-2 vaccination. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(7):e415-e416. doi:10.1111/jdv.17225
6. Lin Y, Slight SR, Khader SA. Th17 cytokines and vaccine-induced immunity. *Semin Immunopathol.* 2010;32(1):79-90. doi:10.1007/s00281-009-0191-2.
7. Sano S, Chan KS, Carbajal S, et al. Stat3 links activated keratinocytes and immunocytes required for the development of psoriasis in a novel transgenic mouse model. *Nat Med.* 2005;11(1):43-49. doi:10.1038/nm1162
8. Sotiriou E, Tsentemidou A, Bakirtzi K, Lallas A, Ioannides D, Vakirlis E. Psoriasis exacerbation after COVID-19 vaccination: a report of 14 cases from a single centre. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(12):e857-e859. doi:10.1111/jdv.17582
9. Onsun N, Kaya G, Işık BG, Güneş B. A generalized pustular psoriasis flare after CoronaVac COVID-19 vaccination: Case report. *Health Promot Perspect.* 2021;11(2):261-262.

PS-13

AYAK TABANINDA BÜLLÖZ ERITEMA AB İĞNE: NADİR BİR YERLEŞİM YERİ

Murat Ozturk¹, Erhan Ayhan², İsa An³

¹S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

²Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır

³Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa

Eritema ab igne (EAI) yanık oluşturmayacak şiddette ısıya uzun süre maruz kalma sonucu gelişen retiküler pigmente bir dermatozdur. EAI tanısı klinik olarak tipik deri bulguları ve ısıya maruz kalma öyküsü ile konulur.

20 yaşındaki erkek hasta sol ayak tabanında kızarıklık ve bül şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Öyküsünde öğrenci olduğu ve ısınma amacıyla ayağını elektrikli ısıtıcıya günde 1-2 saate kadar yakın tuttuğu ve bunu yaklaşık 1 aydır yaptığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde sol ayak tabanında retiküler yerleşimli eritem ve ortasında yaklaşık 2 cm çapında rezorbe bül tespit edildi. (Figür 1) Hastaya klinik bulgularla büllöz eritema ab igne tanısı kondu. EAI'ya neden olan ısı kaynakları tarihsel gelişmelere bağlı değişim göstermiştir. Önceleri sıklıkla kömür sobası veya şömine sebep iken, yakın zamanda ısıtıcılar, elektrikli battaniyeler ve dizüstü bilgisayarlara bağlı görülmeye başlanmıştır. EAI tipik olarak ekstremitelerde görülür, ancak kalça ve uyluklarda da oluşabilir. EAI'nin patofizyolojisi tam olarak anlaşılmasa da, tekrarlayan ısıya maruz kalmanın yüzeysel kan damarlarına zarar vererek hemosiderin birikimine ve ardından hiperpigmentasyona neden olduğu düşünülmektedir. Büllöz varyant nadirdir ve büllöz EAI'nin diabetes mellitus, normokromik normositik anemi, subklinik hipotiroidizm ve yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. EAI tanısında klinik öykü ile lezyonların görünümü ve yerleşimi dikkate alınmalıdır. Nadir durumlarda histopatolojik inceleme gerekli olabilir. Olgumuzda biyopsiye gerek duyulmadı. Bu olguyu izole ayak tabanı tutulumunun nadir olması sebebiyle sunuyoruz.

Figür 1



Sol ayak tabanında retiküler yerleşimli eritem ve ortasında yaklaşık 2 cm çapında rezorbe bül



PS-14

TRIGGER FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF ROSACEA

Abdulaziz Abdujabbarovich Yakubov

Centre of Dermatovenereology and Cosmetology, Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study. Examine trigger factors in the development of rosacea. Material and research methods. Under our clinical observation were 63 patients with rosacea aged 25 to 69 years, the average age was 43 ± 1.9 years. There were 42 women (66.7%), men - 21 (33.3%). There were 8 patients from 31 to 40 years old (12.7%), from 41 to 50 years old - 18 (28.6%) and over 60 years old - 13 (20.6%). Most of the patients were in active working age (from 25 to 60 years) - 50 people (79.4%). To establish trigger factors, a thorough collection of anamnestic data was carried out. Results. When analyzing anamnestic data, 93.6% of patients found the presence of trigger factors for the disease. The largest number of patients - 20 (31.7%) associated their disease with high environmental insolation and temperature fluctuations, 9 (14.3%) - with neurological disorders (stress, emotional stress), 10 (15.9%) - with disorders of the menstrual cycle, 8 (12.7%) - with alimentary factors (spicy food, alcohol), 7 (11.1%) - with the use of external cosmetic products, 5 (7.9%) - with colds (tonsillitis, sinusitis, SARS). The remaining 4 (6.3%) patients could not name any causative factor contributing to the onset or exacerbation of the disease. Findings. Among the examined group, 20 (31.7%) patients were found to have trigger factors, such as high environmental insolation and temperature fluctuations, which must be taken into account in disease prevention and treatment planning.



PS-15

MOLECULAR GENETIC ASPECTS: BSM1 C.IVS7 GENE POLYMORPHISM G>A VDR GENE POLYMORPHISM AND VITAMIN D CONTENT IN BLOOD SERUM IN PATIENTS WITH VITILIGO

*Azizakhon Saidkasimovna Yakubova, Momin Masharipovich Jabbarov
Centre of Dermatovenereology and Cosmetology, Tashkent, Uzbekistan*

Purpose of the study. To study the correlation of polymorphism of the VDR gene and vitamin D levels in patients with vitiligo.

MATERIAL AND RESEARCH METHODS: Analysis of the polymorphism of the gene of the VDR gene and the level of vitamin D in the blood serum was carried out in 95 patients. Of the 95 patients, there were 45 women (47.3%) and men - 50 (52.6%).

RESEARCH RESULTS. When studying the content of vitamin D in the blood of patients with vitiligo, taking into account the genotypes of the polymorphism of the VDR gene, it was found that in the group of patients with the A/A genotype of this gene, vitamin D deficiency was noted (14.9 ± 0.56 ng/ml) and statistically significantly ($p < 0.001$) differed from patients with G/G genotypes (21.85 ± 0.8 ng/ml) and G/A (20.13 ± 0.75 ng/ml), in which vitamin D levels were at the deficiency level. The study of vitamin D content in patients with clinical types of vitiligo, taking into account the genotypes of polymorphism of the VDR gene revealed that in patients with segmental type having an unfavorable A/A genotype (16.08 ± 0.0 ng/ml), the level of vitamin D was statistically significantly different ($p < 0.001$) from its level in G/G genotypes (21.85 ± 0.8 ng/ml) and A/A (22.47 ± 0.85 ng/ml). Whereas, in the non-segmental type, vitamin D deficiency was noted both in the G/A genotype (17.79 ± 0.66 ng/ml) and in the A/A genotype (13.79 ± 0.52 ng/ml). These data were statistically different from those of patients carrying the G/G genotype (21.9 ± 0.79 ng/ml).

CONCLUSION: Most patients with vitiligo (63.8%) and especially those with non-segmental type (70.9%) have vitamin D deficiency, the severity of which depends on the duration and age of the disease. A relationship was found between the formation and clinical course of vitiligo and the carriage of predisposing allelic variants of the polymorphism of the VDR gene (OR=1.5; 95%CI:0.915-2.32). The A allelic variant is definitely associated with an increased risk of developing vitiligo, especially with NSV ($\chi^2=2.8$; OR=1.5; 95% CI: 0.92-2.61), which confirms the carriage of this allelic variant to skin pigmentation disorders.



PS-16

RENAL TRANSPLANTASYON SONRASI GELİŞEN ERÜPTİF SEBASE HİPERPLAZİ OLGUSU

*Büşra Solak Esen, Merve Hatun Erkeyman
Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Erzurum*

GİRİŞ VE AMAÇ: Sebase hiperplazi, sebasöz bezlerin benign proliferasyonudur. Orta ve geç yaştaki erişkinlerde daha sık görülür, sağlıklı popülasyonun yaklaşık %1'ini etkilemektedir(1). Çoğunlukla yüz bölgesinde yerleşen, santral göbekenmenin eşlik ettiği tek ya da çok sayıda sarımsı asemptomatik papüller klinik görünümünü oluşturur. Sebase hiperplazi tanısında herhangi bir laboratuvar tetkike gerek yoktur, dermoskopinin de yardımcı olabileceği klinik görünüm tanı için çoğunlukla yeterlidir(1). Etiyolojisinde yaşlanma ile birlikte değişen hormon profili ve kronik ultraviyole maruziyeti ana nedenler olarak düşünülmektedir(1). Organ transplantasyonları sonrası kronik immünsüpresif tedavi altındaki kişilerde gelişen sebase hiperplazi olguları da literatürde mevcut olup en çok suçlanan ajan siklosporindir(2). Burada 9 yıl önce renal transplantasyon öyküsü olan o dönemde 1 yıl siklosporin kullanım öyküsü olup 9 yıldır immünsüpresif olarak takrolimus ve mikofenolat mofetil tedavisine devam eden hastadaki erüptif sebase hiperplazi olgusu bu nadir ilişkiye dikkat çekmek amacı ile sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: Bilinen Alport sendromu tanılı ve 9 yıl önce renal transplantasyon öyküsü olan 30 yaş erkek hasta nefroloji kliniğinde yatışı esnasında tarafımıza yüz bölgesinde olan yaygın kabarcıklar şikayeti ile danışıldı. Hastanın aynı zamanda Alport sendromuna bağlı sensörinöral işitme kaybı da mevcuttu. Hastamızın 9 yıl önce renal transplantasyon nedeniyle 1 yıl kadar siklosporinle beraber prednizolon, takrolimus ve mikofenolat mofetil kullandığı, sonrasında siklosporin tedavisinin kesilip immünsüpresif tedaviye prednizolon 5 mg/gün, mikofenolat mofetil 1000 mg/gün ve takrolimus 1,5 mg/gün ile devam ettiği öğrenildi. Hastanın yüzündeki lezyonların renal transplantasyondan yaklaşık 6 ay sonra hızlı bir şekilde oluşmaya başladığı halen az da olsa artmaya devam ettiği öğrenildi. Hastanın yapılan sistem muayeneleri normaldi, bakılan laboratuvar tetkiklerinde kronik renal yetmezliğe bağlı kan üre azotu yüksekliği, kreatinin yüksekliği ve kronik hastalık anemisi mevcuttu. Dermatolojik muayenede yüz bölgesinde, alında ve bilateral yanıklarda yoğunlaşan 2-3 mm'lik ortası göbekli sarımsı-beyazımsı çok sayıda papüller izlendi (resim 1a,1b). Lezyonların yapılan dermoskopik muayenesinde ortada lokalize beyaz-sarı lobüler alanın etrafını çelenk gibi saran çizgisel nadiren dallanan taç damarlar izlendi (resim 2). Molluskum contagiosum tanısını dışlamak amacı ile lezyonlara ekstirpasyon denendi ancak beyaz peynirimsi materyal çıkışı gözlenmedi. Hastada dermoskopik ve klinik bulgulara dayanarak siklosporin ya da takrolimus kullanımına bağlı erüptif sebase hiperplazi düşünüldü.

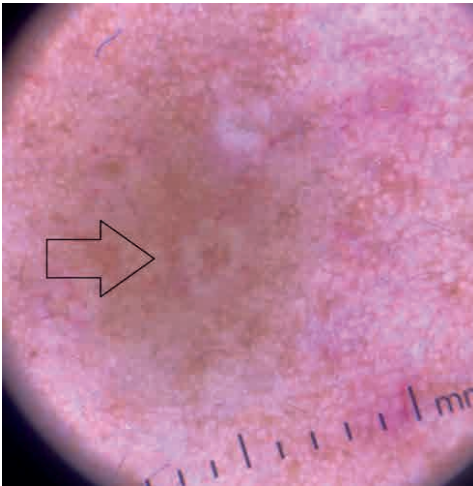
Resim 1a: Alındaki lezyonların klinik görünümü



Resim 1b: Yanaktaki lezyonların klinik görünümü



Resim 2: lezyonların dermoskopik görünümü



TARTIŞMA: Organ transplantı olan hastalar immünsüpresyona ya da organ reddine bağlı birçok deri bulgusu ile karşımıza gelebilmektedir. Kronik immünsüpresif tedavi altındaki organ transplantı olan hastalarda sebase hiperplazi görülme prevalansı %10-16 olarak tahmin edilmektedir(1). Sebase hiperplazi olguları en çok siklosporin kullanan renal transplant hastalarında bildirilmiştir(2,3). Şimdiye kadar sadece bir olguda renal transplant hastasında erüptif sebase hiperplazi olgusu takrolimusa bağlı düşünülmüştür(4). Siklosporinin sebase hiperplaziyi indüklemeye etkisi periferik 5-alfa redüktaz enziminin aktivitesini artırıp sonuçta sebasöz sekresyonu artırması ile açıklanmaktadır(2).



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

Transplant hastalarında tanımlanan sebase hiperplazi olguları olağan görünümünden farklı olarak görece daha genç hastalarda çok sayıda görünmekte, yüz harici gövde ve ekstremitelerde de lezyonlara rastlanabilmektedir(2). Sebase hiperplazi olguların çoğunda 4 yıl gibi uzun bir sürede ortaya çıkmaktadır(3) Bu durum ilacın sebaseöz bezlerde kümülatif etkisi ile açıklanmaktadır. Ayırıcı tanıda molluskum contagiosum, bazal hücreli karsinom ve sebase adenom düşünülebilir. Dermoskopik bulgularla bazal hücreli karsinomdan, beyaz peynirimsi materyal içeriğinin olmaması ile molluskum contagiosumdan ayırımı yapılabilir. Sebase adenomdan ise dermoskopik olarak net ayırım yapılamaz histopatolojik olarak ayırım gerekir. Tedavide oral izotretinoin, kriyoterapi, elektrocerrahi ve çeşitli lazer modaliteleri kullanılabilir. Bizim olgumuz da literatürdeki çoğu olgu gibi renal transplant öyküsü olan genç yaşta bir hastaydı, lezyonları çok sayıda ve ani olarak ortaya çıkmıştı. Ancak literatürden farklı olarak hastamızda erüptif sebase hiperplazi immünsüpresif kullanımından 6 ay gibi kısa bir süre sonra meydana gelmişti. Hastamızın lezyonları ortaya çıkmaya başladığı dönemde hem siklosporin hem takrolimus tedavisi kullanması sebebi ile sorumlu ajan ise net olarak belirlenememektedir. Ancak hastanın ifadesine göre lezyonların az da olsa halen artmaya devam etmesi takrolimusun da sürece katkıda bulunduğunu düşündürülebilir.

Sonuç: Organ transplantı olan hastalar immünsüpresif ilaçlara bağlı birçok dermatolojik problemle polikliniklere başvurabilmektedir. Erüptif sebase hiperplazi ani başlangıçlı ve yaygın olması sebebi ile bu hastalarda endişe uyandırmakta ve kozmetik açıdan hasta için rahatsız edici olabilmektedir. Transplant hastalarında sık rastlanan deri maligniteleri ile de karışabilen bu durumu akılda tutmak klinik pratiğimizde fayda sağlayacaktır.

KAYNAKLAR:

1. Farci F, Rapini RP. Sebaceous Hyperplasia. 2021 Sep 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 32965819.
2. Hussein L, Perrett CM. Treatment of sebaceous gland hyperplasia: a review of the literature. J Dermatolog Treat. 2021 Dec;32(8):866-877. doi: 10.1080/09546634.2020.1720582. Epub 2020 Apr 13. PMID: 32011918.
3. de Berker DA, Taylor AE, Quinn AG, Simpson NB. Sebaceous hyperplasia in organ transplant recipients: shared aspects of hyperplastic and dysplastic processes? J Am Acad Dermatol. 1996 Nov;35(5 Pt 1):696-9. doi: 10.1016/s0190-9622(96)90723-9. PMID: 8912563.
4. Levandoski KA, Girardi NA, Loss MJ. Eruptive sebaceous hyperplasia as a side effect of oral tacrolimus in a renal transplant recipient. Dermatol Online J. 2017 May 15;23(5):13030/qt7x0125gz. PMID: 28537866.
5. Caytemel C, Demir FT, Uzuner EG, Turkoglu Z. Systemic isotretinoin treatment in a renal transplant patient developing sebaceous hyperplasia due to cyclosporine. North Clin Istanbul. 2020 Jul 22;7(6):628-630. doi: 10.14744/nci.2019.00087. PMID: 33381706; PMCID: PMC7754860.



PS-17

MANİSA İLİNDE ARTAN İNSİDANSIYLA BİR KUTANÖZ LEISHMANİASİS OLGUSU

Beyza Türe Avcı, Kamer Gündüz

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa

GİRİŞ: Kutanöz Leishmaniasis (KL), dermatolojideki diğer enfeksiyöz durumları ve maligniteleri taklit edebilme özelliği nedeniyle 'büyük taklitçi' olarak tanımlanır (1,3). Hastalığın etkeni olan Leishmania spp. rezervuar canlıdan Phlebotomus türü sineklerle insan ve bazı mememlilere aktarılan protozoa türü bir parazittir (2,4). Hastalık tüm dünyada artan bir insidansa sahip olsa da ölüm oranlarının düşük olması ve gelişmemiş ülkelerde görülmesi nedeniyle yeterli ilgiyi görmemektedir ve tanıda gecikmeler yaşanmaktadır (2,3). Hastalığın kutanöz,dissemine kutanöz, mukokutanöz ve visseral seyreden 4 farklı türü bulunmakta olup klinik seyir leishmania spp. türü, virülansı, tropizm gösterdiği doku ve konak immün yanıtına bağlıdır (1,2).

KL, sıklıkla inokülasyon yerinde küçük bir papül olarak başlar (1). Papül zamanla büyüyerek nodüler özellik kazanır ve üzerinde ülserasyon gelişir (1,2,4). KL, leishmania türüne göre değişmekle birlikte ortalama 3-18 ay gibi bir sürede spontan olarak atrofik skar bırakarak iyileşse de tedavisiz olgular bulaş açısından risk oluşturduğundan ve kozmetik olarak kabul edilmez sonuçlara neden olabileceğinden erken tanı ve tedavi önemlidir (1,2,4). Ayrıca tedavisiz kalan olgularda kronik kutanöz leishmaniasis (KKL) gelişme ve KKL üzerinde cilt malignitelerinin oluşma ihtimali de tedavi gerekliliğini göstermektedir (4).

Tedavide intralezyonel ve sistemik antimon bileşikleri kullanılabilir (4,5). Lipozomal amfoterisin B, pentamidin ve miltefosin ikinci basamak tedavi seçenekleridir (4,5).

OLGU: 72 yaşında erkek hasta 1.5 ay önce sağ yanağında oluşan ve giderek artan kızarıklık ve şişlik nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hasta yaklaşık 2 ay önce bu bölgeye ağaç dalı çarptığını ve sonrasında bu lezyonların oluştuğunu belirtiyordu. Dış merkezde lokal deri enfeksiyonu tanısıyla çok sayıda oral antibiyotik kullanımına rağmen lezyonlarda gerileme olmamıştı.

Dermatolojik muayenede sağ yanakta 1x1 cm ve 2x3 cm çaplarında ortasında ülserasyon ve krut oluşumu gösteren 2 adet ağrısız nodül mevcuttu (Resim 1). Diğer deri ve mukozal alanları olağan görünümde olup hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde önemli bir özellik yoktu.

Mevcut anamnez ve muayene bulgularıyla özellikle ağaç dalı batma öyküsü de dikkate alınarak sporotrikoz ve kutanöz nokardiyoz dışlanamamakla birlikte üniversitemizin bulunduğu bölgede endemik olması ve göçler nedeniyle giderek artan insidansı nedeniyle



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

kutanöz leishmaniasis dışlanamadı ve direkt parazit yayması istendi. Direkt yaymada giemsa boyamasıyla çok sayıda amastigot izlenmesi üzerine hastamıza intralezyonel meglumin antimonat tedavisi planlandı. 5 haftalık tedavi sonunda nodül ve ülserasyonu oldukça gerileyen hasta sonraki haftalarda kontrollerine gelmedi ve kendi isteğiyle izlemden çıktı (Resim 2).

TARTIŞMA: Ülkemiz KL açısından endemik bir bölge olmakla birlikte son 10 yıldır savaşlar nedeniyle ülkemize gerçekleşen yoğun göçler hastalığın insidansında artışa neden olmuştur. KL'ye neden olan leishmania türleri Yeni Dünya ve Eski Dünya kutanöz leishmaniasisi olarak 2'ye ayrılmaktadır ve ülkemizde sıklıkla Eski Dünya KL'si görülmektedir(1). Bu gruptaki etkenler zoonotik (erken ülseratif, L. major) ve antroponotik (geç ülseratif, L. Tropica) olarak sınıflandırılmakta ve L. Tropica daha kronik seyretmektedir (1,2).

Hastalık endemik olduğu bölgelerde sıklıkla akla gelse de geniş klinik yelpazesi ve kronik olgularda histopatolojik tanının da zorlaşması nedeniyle uzun yıllar gözden kaçabilmektedir (4). Dermal kazıntı tzanck smear tanıda altın standart yöntemdir (1,2,4). Dermal kazıntı yaymasında parazitin gösterilemediği durumlarda ise histopatolojik inceleme, kültür ve PCR gibi daha ileri tetkiklere gereksinim duyulabilir (4). Ayırıcı tanısında çeşitli enfeksiyonlar (ektima, karbonkül, sporotrikoz, derin mikozlar, lupus vulgaris), maligniteler (skuamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom, lenfoma) ve sarkoidoz gibi granulatöz hastalıklar düşünülmelidir (3). Bizim olgumuzda dal batma öyküsü çeşitli enfeksiyöz etkenler açısından yanıtıcı olsa da leishmania enfeksiyonu açısından endemik bir bölgede olduğumuz için direkt parazit incelemesi istendi ve giemsa boyamada amastigotlar görülerek tanı kesinleştirildi.

Tedavide en sık kullanılan ajanlar intralezyonel veya sistemik olarak uygulanan beş değerlikli antimon bileşikleri (BAB) olup, Türkiye kutanöz leishmaniasis tanı ve tedavi rehberine göre kronik olgular (>2 yıl), rezidivan leishmaniasis, eşlik eden nodüler lenfanjit, eşlik eden immün yetmezlik, mukozal tutulum / yakın komşuluk durumu, lezyon sayısı ≥ 4 veya toplam çapları ≥ 4 cm olup 60 yaş altında olan ve renal, kardiyak ya da hepatik sorunu bulunmayan olgularda öncelikli olarak sistemik BAB uygulaması tercih edilmelidir (5). Bizim olgumuzda toplam lezyon çapı ≥ 4 cm olmasına rağmen hastamız 60 yaşından büyük olduğu için intralezyonel BAB uygulaması yapıldı ve sadece 5 seans uygulamaya rağmen iyi yanıt alındı.

KL, ülkemizde son yıllarda giderek artan insidansı ve tedavisiz kalan olguların rezervuar rolü nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle endemik olduğu bölgelerde klinik olarak uyumlu tüm lezyonlarda mutlaka direkt parazit incelemesi yapılarak erken tanı ve tedavi ile fonksiyonel hasarın, kozmetik hasarın ve olası bulaşların önüne geçilmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Gurel MS, Tekin B, Uzun S. Cutaneous leishmaniasis: A great imitator. Clin Dermatol. 2020 Mar-Apr;38(2):140-151. doi: 10.1016/j.clindermatol.2019.10.008. Epub 2019 Oct 24. PMID: 32513395.
2. Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. Cutaneous leishmaniasis. Lancet Infect Dis. 2007 Sep;7(9):581-96. doi: 10.1016/S1473-3099(07)70209-8. PMID: 17714672.
3. Handler MZ, Patel PA, Kapila R, Al-Qubati Y, Schwartz RA. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: Differential diagnosis, diagnosis, histopathology, and management. J Am Acad Dermatol. 2015 Dec;73(6):911-26; 927-8. doi: 10.1016/j.jaad.2014.09.014. PMID: 26568336.
4. Alan S, Başsorgun C. İ., Tanıda gecikilmiş ve yüzde geniş skar bırakmış bir kutanöz leishmania olgusu, Abant Med J 2015;4(1):76-78, doi: 10.5505/abantmedj.2015.70783
5. Türliye kutanöz leishmaniasis tanı ve tedavi rehberi

Resim 1



Resim 1: Başvuru sırasında sağ yanakta 2 adet ortası ülserle nodül

Resim 2



Resim 2: 5 seans tedavi sonrasında eritem ve ülserde gerileme



PS-18

SİSTEMİK KEMOTERAPİ İLE TETİKLENEN AKTİNİK KERATOZ İNFLAMASYONU: OLGU BİLDİRİSİ

Dilay Yerlioğlu Ak¹, Şule Öztürk Sarı², Algün Polat Ekinci¹

¹İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, İstanbul

²İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji, İstanbul

GİRİŞ: Aktinik keratoz, kronik ve progresif bir hastalık olup, özellikle açık deri tipine sahip popülasyonda en sık görülen premalign deri hastalığıdır. En önemli risk faktörü uzun dönem güneş maruziyeti olarak bildirilmiştir, ancak bunun yanı sıra ileri yaş, immunsupresyon ve erkek cinsiyet de risk faktörleri arasındadır. Tedavi edilmediği takdirde aktinik keratoz lezyonları invaziv skuamöz hücreli kansere progresse olabilmektedir, bu oran yıllık olarak %0,025-16 olarak değişmektedir.

Aktinik keratoz lezyonlarında sistemik kemoterapötik kullanımı sonrası inflamasyon ortaya çıkabilmektedir. Hatta bu inflamasyon ilacın etkinliğini gösteren bir bulgu sayılabilmektedir. Genellikle 5-Florourasil (5-FU) ile ilişkili olan bu tablo doksorubisin, daktinomisin, dakarbazin, vinkristin ve sisplatin kullanımı sonrasında da bildirilmiştir¹. Fludarabin ve treosulfan (alkilleyici) sistemik kemoterapi ilaçları olup, myeloablatif ve immunsupresif etkileri sayesinde allogenetik kemik iliği nakli için kullanılabilir. Bildiğimiz kadarıyla, bugüne kadar literatürde fludarabin ve treosulfan ile tetiklenen aktinik keratoz inflamasyonu bildirilmemiştir. Bu posterde myelofibroz ve mastositoz tanısı ile fludarabin ve treosulfan tedavisi sonrası aktinik keratoz lezyonlarında inflamasyon sonucu klinik olarak alevlenme gelişen bir olgu sunulmaktadır.

GELİŞME: 69 yaşında myelofibroz ve mastositoz tanısı olan erkek hastaya yapılması planlanan allogenetik kemik iliği nakli öncesi, kemik iliğini hazırlamak amaçlı tek seferlik verilen fludarabin 30 mg/m² ve treosulfan 10 g/m² kombinasyonu tedavisi başlanmasından 6 gün sonra gelişen deri lezyonları ile başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde; el dorsumunda, burun üzerinde, sol nasolabial sulkusta, sol labium altında ve alında yeni oluşan eritemli, hafif erode yaklaşık 0,5 cm'lik infiltrat olmayan makül-plak lezyonlar saptandı. Dermoskopik incelemede yüz üzerindeki lezyonlarda "çilek paterni", kıl foliküllerinin açıklığı ortasında sarı keratotik tıkaç ve eritematöz pseudo-ağ yapısı görülürken, el sırtındaki lezyonda noktasal damarlar izlendi. Hastanın laboratuvar bulgularında hemogramda trombositopeni mevcut olup, karaciğer enzimleri, böbrek fonksiyon testleri normaldi. COVID-PCR, CMV-DNA, HSV-1 IgM ve Ig G, HSV-2 IgM ve IgG, VZV-DNA negatifti. Hastanın el dorsumundan alınan 4 mm punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde "parakeratoz, akantoz, diskeratoz, bazal keratinositlerde atipi" görülmesi sonucunda aktinik keratoz tanısı koyulurken klinik dağılımı ve hastanın güneş hasarlı deri yapısı da göz önüne alındığında evreleme Olsen II ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya "kemoterapi ile tetiklenen aktinik keratoz inflamasyonu" tanısı ile topikal steroid tedavisi başlandı. Takip eden 5. hafta kontrolünde hastanın aktinik keratoz lezyonlarında belirgin gerileme görüldü. İlk verilen tek dozluk fludarabin ve treosulfan tedavisi dışında hastaya sonrasında kemoterapi verilmedi.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

SONUÇLAR: Sistemik kemoterapötiklerin yan etkisi olarak klinik olarak aktinik keratozun lezyonlarının inflamasyonu ve kliniğe henüz yansımamış olan bölgelerde (alan kanserizasyonu) aktinik keratoz lezyonlarının ortaya çıkması görülebilmektedir. Bu tablo kemoterapinin özellikle erken evrelerinde; tedavi başlangıcından 1-2 hafta sonra ortaya çıkmakta olup, tedavinin sonlandırılmasından 1-4 hafta sonrasında regrese olmaktadır. Aktinik keratozun patogeneğinde etkili olan UV, immunosupresyon ve genetik mutasyonlar sonucunda keratinositlerin apoptoz sinyellerine yanıtında azalma, buna bağlı keratinositlerde proliferasyon ve inflamatuvar sitokinlerin salınımı sonucunda epidermiste bazal keratinositlerden başlayan bir atipi görülmektedir. Sistemik kemoterapötiklerin kullanımını takiben, alta yatan mekanizma tam olarak bilinmese de teorik olarak, sistemik kemoterapötiklerin atipik keratinositler üzerindeki sitotoksik etkisinden dolayı aktinik keratoz lezyonlarında inflamasyon olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak, inflamasyonun aktinik keratoz lezyonu çevresindeki anormal DNA sentezine bağlı olabileceği de hipotezler arasındadır. Düşük-orta potent steroid tedavisinin lezyonların gerilemesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Histopatolojik olarak aktinik keratoz tanısı kesinleştikten sonra bu vakadaki hastanın klinik olarak Olsen II ile uyumlu lezyonlarına topikal steroid tedavisi başlanarak 5 hafta sonrasında hastanın aktinik keratoz lezyonlarının bazılarında tamamen ortadan kaybolma, bir kısmında ise klinik olarak belirgin gerileme görüldü (Olsen I).

Şu ana kadar literatürde bildirilen, kemoterapi alan hastalarda aktinik keratoz lezyonlarında alevlenmeye sebep olan sistemik kemoterapi ilaçları arasında en sık olarak bildirilen 5-FU olup, bunun yanı sıra daktinomisin-dakarbazin-vinkristin kombinasyonu, doksorubisin-sitarabin-tioguanin kombinasyonu, sorafenib-tipifarnib kombinasyonu, kapesitabin, doksorubisin, erlotinib, deoksiformisin, fludarabin ve sisplatin ile de bildirilen inflamasyon olguları mevcuttur^{1,2}. Olgumuzda fludarabin-treosulfan kombinasyonu eş zamanlı başlandığından inflamasyonun bunlardan sadece biriyle mi yoksa ikisinin kombinasyonu ile mi tetiklendiği ayırt edilememiştir.

Bildiğimiz kadarıyla literatürde, olgumuzdaki gibi fludarabin-treosulfan kombinasyonu ile tetiklenen aktinik keratoz inflamasyonu bildirisi bulunmamaktadır.

İmmüsuprese hastalarda akut olarak ortaya çıkan eritemli erode lezyonların ayırıcı tanısında dissemine herpes gibi viral hastalıklar da yer aldığından bu tablolarda erken ve doğru tanı çok kritiktir. Özellikle güneş hasarlı deriye sahip ileri yaştaki hastalarda kemoterapi ile tetiklenen aktinik keratoz inflamasyonunun akılda tutulması önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Makdsi F, Deversa R. Inflammation of actinic keratosis with combination of alkylating and taxane agents: A case report. Cases J. 2009;
2. Peramiuel L, Dalmau J, Puig L, Roé E, Fernández-Figueras MT, Alomar A. Inflammation of actinic keratoses and acral erythrodysesthesia during capecitabine treatment. J Am Acad Dermatol. 2006



PS-19

KOMBİNE TEDAVİ İLE BAŞARI SAĞLANAN EVRE IIA MF OLGUSU

Rabia Yamak, Mehmet Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum

Mikozis fungoides (MF), Hodgkin olmayan lenfomaları temsil eden kutanöz T hücreli lenfoma(KTHL) şeklidir. MF, deride genellikle kaşıntılı, uzun süre devam eden yamalar, plaklar, kutanöz tümörler ile seyreden veya visseral bölgelere, lenf düğümlerine ve periferik kana yayılan, KTHL'nin yaygın indolent bir formudur. MF de tedavi hastalığın evresine göre belirlenmekte ve ileri evre hastalık için bir sistemik tedavi protokolü yoktur.

60 yas MF tanılı hasta, sırtta yaygın döküntü olması nedeni ile cildiye polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde sırtın %40'ını kaplaya eritemli yama ve plaklar mevcuttu. Yapılan histopatolojik değerlendirme MF plakları uyumluydu. Servikal, aksiler, inguinal lenf nodu, abdomen usg sonuçları ve yapılan periferik yayması normaldi. Sistemik tutulum düşünülmedi. Evre 2b olarak değerlendirilen hastaya puva haftada 3 gün ve psöretin 35 mg şeklinde tedavi başlandı. Haftada 3 gün puva ve psöretin 35mg ile devam ederken hastaya peginterferon alfa-2a başlandı. Sırt orta hatta endüre olan plaktan tümör açısından rebiyopsi yapıldı. Histopatoloji plak evresi ile uyumlu geldi. Plağın endürasyonun mevcut tedaviye rağmen devam etmesi tedaviye yanıtın az olması nedeni ile radyasyon onkolojisi ile görüşülerek tek plak için elektron beam tedavisi 3 seans olarak planlandı ve uygulandı. 4 ay süresince hospitalize edilen 48 seans puva tedavisi, 8 doz peginterferon alfa-2a ve günlük psöretin 35 mg alan hastada tama yakın iyileşme gözlemlendi. Takibi devam eden hasta halen psöretin 35mg, peginterferon 135mcg tedavisi almaktadır. Erken evre (evre Ia,Ib,Ia) mikozis fungoides tedavisi çoğunlukla deriyi hedef alan tedaviler olup; yerel glukokortikoidler, yerel nitrojen, yerel karmustin, total deri elektron ışınlaması, PUVA, dar band UVB, UVA-1'i içermektedir.

Biz histopatolojik olarak erken evre olmasına rağmen klinik gereklilik halinde erken evre hastalarda da deriye yönelik tedavilere sistemik tedavilerin eklenerek kombine tedavi protokolüne geçilmesinin tedavi başarısını arttırdığı ve tedavinin iyi tolere edildiğini vurgulamak için olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

GİRİŞ: Mikozis fungoides (MF), Hodgkin olmayan lenfomaları temsil eden kutanöz T hücreli lenfoma(KTHL) şeklidir. MF, deride genellikle kaşıntılı, uzun süre devam eden yamalar, plaklar, kutanöz tümörler ile seyreden veya visseral bölgelere, lenf düğümlerine ve periferik kana yayılan, KTHL'nin yaygın indolent bir formudur(1). MF de tedavi hastalığın evresine göre belirlenmekte ve ileri evre hastalık için standart bir sistemik tedavi protokolü yoktur(2).



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

OLGU: 60 yaş MF tanılı hasta sırtta yaygın döküntü olması nedeni ile cildiye polikliniğine başvurdu. Muayenesinde sırtın %40'ını kaplaya eritemli yama ve plaklar mevcuttu. Yapılan histopatolojik değerlendirme MF plakları uyumluydu. Yaygın yama ve plak lezyonları olan hasta tedavi amaçlı hospitalize edildi. Hasta sistemik tutulum açısından hemotoloji kliniğine danışıldı. Servikal, aksiler, inguinal lenf nodu, abdomen usg sonuçları ve yapılan periferik yayması normaladi. Sistemik tutulum düşünülmedi. Evre 2b olarak değerlendirilen hastaya puva haftada 3 gün ve psöretin 35 mg şeklinde tedavi başlandı. Haftada 3 gün puva ve psöretin 35mg ile devam ederken hastaya endikasyon dışı Peginterferon Alfa-2a başvurusu yapıldı. Onay gelen hastaya haftada bir gün peginterferon alfa-2a başlandı. Sırt orta hatta endure olan plaktan tümör açısından rebiyopsi yapıldı. Histopatoloji plak evresi ile uyumlu geldi. Plağın endurasyonun mevcut tedaviye rağmen devam etmesi tedaviye yanıtın az olması nedeni ile radyasyon onkolojisi ile görüşülerek tek plak için elektron beam tedavisi 3 seans olarak planlandı ve uygulandı. 4 ay süresince hospitalize edilen 48 seans puva tedavisi, 8 doz peginterferon alfa-2a ve günlük psöretin 35 mg alan hastada tama yakın iyileşme gözlemlendi. Hasta halen psöretin 35mg, peginterferon 135mcg tedavisi almakta ve klinik takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA: Mikozis fungoides (MF) derinin primer T hücreli lenfomalarının en sık görülen formu olup tedavi seçenekleri mikozis fungoidesin klinik evrelemesine bağlıdır. Erken evre (evre Ia, Ib, IIa) mikozis fungoides tedavisi çoğunlukla deriyi hedef alan tedaviler olup; yerel glukokortikoidler, yerel nitrojen mustard, yerel karmustin, total deri elektron ışınlaması, PUVA, dar band UVB, UVA-1'i içermektedir. Ekstrakorporeal fotofrez, interferonlar, retinoidler, denileukin diftitox, histon deasetilaz inhibitörleri ve monoklonal antikorlar gibi sistemik tedaviler genellikle ileri evre olgularda kullanılır(3). Hastamız evre 2a erken evre mf olmasına rağmen tedavisinde deriye yönelik topikal kortikosteroid, puva, elektron beam ve sistemik tedavi olan asitretin ve peginterferon alfa-2a'yı kombine kullandık. Hastalığın evresi tedavi seçiminde en önemli nokta olmakla birlikte hastanın yaşı, performans durumu, hastalık yükünün derecesi, hastalığın ilerleme hızı ve önceki tedaviler de tedavi seçiminde mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır(2). Rupoli s. ve ark.nın erken evre hastalarında yaptığı puva ve düşük doz interferon kombine tedavisi üzerine yaptıkları prospektif bir çalışmada kombinasyon protokolünün başarıyla tolere edildiği ve başarısızlığın en yaygın nedeninin toksisite değil nüks ile olduğu, kombinasyon tedavisinin diğer modalitelere alternatif bir yaklaşım olarak değerlendirilebileceği sonucu ortaya konulmuştur(4). Yine Aikaterini ve ark. yaptığı bir çalışmada genel olarak, peg IFN nun MF tedavisinde, evre IB veya daha yüksek evrelerde oldukça iyi bir tolerans ve güvenlik profili ile etkili bir ek rejim olarak kabul edilebilir olduğu sonucuna varılmıştır(5). Yine Fahri ve arkadaşları erken evre mf hastalarında puva ve interferon a-2b kombine tedavisini ele aldıkları çalışmada neoplastik klonların, klinik olarak lokalize deri hastalığının varlığında bile uzak bölgelerde saptanabilir olduğu ve deri hedefli tedavilerin sistemik yayılımı önleyemeyebileceği



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

belirtmişlerdir(1). Bizde histopatolojik olarak erken evre olmasına rağmen klinik gereklilik halinde erken evre hastalarda da deriye yönelik tedavilere sistemik tedavilerin eklenerek kombine tedavi protokolüne geçilmesinin tedavi başarısını arttırdığı ve tedavinin iyi tolere edildiğini vurgulamak için olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR:

1. Şahin F, Kılınç Karaarslan I, Akad Soyer N., Vural F, Ocakcı S, Öztürk G, Özen K, Saydam G. Retrospective analysis of results of short-term low dose interferon- α -2b combined with PUVA in the treatment of early stage mycosis fungoides. *turk J Hematol* 2006; 23:188-192
2. Şanlı H, Kalay Yıldızhan i. Mikozis fungoides: Tedavi. Bayramgüler D, editör. *Deri Lenfomaları*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. P14-24
3. Engin B, Bairamov O, Kutlubay Z, Tüzün Y. Mikozis Fungoidesde Tedavi Yaklaşımları. *Dermatoz* 2013 ; 4(1): 35-39
4. Rupoli S, Goteri G, Pulini S, Filosa A, Tassetti A, Offidani M, Filosa G, Mozzicafreddo G, Giacchetti A, Brandozzi G, Cataldi I, Barulli S, Ranaldi R, Scortechini AR, Capretti R, Fabris G, Leoni P (for the Marche Regional Multicentric Study Group of Cutaneous Lymphomas). Long-term experience with low-dose interferon-a and PUVA in the management of early mycosis fungoides. *Eur J Haematol* 2005; 75: 136–145
5. Patsatsi A, Papadavid E, Georgiou E, Kyriakou A, Koletsas T, Avgeros C, Koumourtzis M, Lampadaki K, Tsamaldoupis A, Lazaridou E, Stratigos A, Nikolaou V. EORTC Cutaneous Lymphoma Group 20-21 meeting abstract book | *European Journal of Cancer* 156S1 (2021) S1–S71



PS-20

HİPOPIGMENTE MAKÜL AYIRICI TANISINDA UNUTULMAMASI GEREKEN BİR TANI: PROGRESİF MAKÜLER HİPOMELONAZİS

Rabia Yamak

Atatürk Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum

Progresif maküler hipomelanoz (PMH), sıklıkla yanlış teşhis edilen yaygın bir cilt hastalığıdır. PMH, gövde üzerinde, genellikle orta hatta ve çevresinde birleşen ve nadiren proksimal ekstremitelere ve boyun/baş bölgesine uzanan, sınırları belirsiz, numular, pullu olmayan hipopigmente noktalar ile karakterizedir.

Bilinen bir hastalığı olmayan 16 yaşında erkek hasta sırtında geçmeyen beyazlıklar nedeni ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede daha çok sırt alt bölgede yerleşen ve omuz bölgesine de yayılan maküler, konfluent tarzda, ortalama 0,5 cm çaplı lezyonlar mevcuttu. Üzerlerinde skuam yoktu. Herhangi bir semptom eşlik etmiyordu. Hasta yaklaşık 4-5 aydır olduğunu, cildiye muayenesine gittiğini mantar dendiğini ve iki kez birer ay mantar tedavisi verildiğini fakat iyileşme olmadığını belirtmekteydi. Hastaya post inflamatuvar hipopigmentasyon, pitrisis versicolor alba, hipopigmente mf, idiyopatik guttat hipomelanozis klinik ön tanıları ekartasyonu amaçlı yapılan nativ preparat inceleme negatifti ve punch biyopsi sonucu nonspesifikti. Ayırıcı tanıya giren hastalıklar ile uyumlu olmayan patoloji raporu sonrası hastanın ikinci muayenesinde hastaya wood lambası incelemesi yapıldı ve wood lambası ile muayenede lezyonlarda foliküler kırmızı floresan dikkattti çakti. Hastaya bu bulgular eşliğinde progresif maküler hipomelanozis tanısı kondu. Biz özellikle adölesanlarda hipopigmente lezyon ayırıcı tanısına giren, akılda tutulmadığı takdirde tanısı geciken, gereksiz tetkik ve tedaviye neden olan progresif maküler hipomelanozis hastalığına dikkat çekmek için bu olguyu paylaşmayı uygun gördük.

GİRİŞ: Progresif maküler hipomelanoz (PMH), sıklıkla yanlış teşhis edilen yaygın bir cilt hastalığıdır. PMH, gövde üzerinde, genellikle orta hatta ve çevresinde birleşen ve nadiren proksimal ekstremitelere ve boyun/baş bölgesine uzanan, sınırları belirsiz, numular, pullu olmayan hipopigmente noktalar ile karakterizedir (1).

OLGU: Bilinen bir hastalığı olmayan 16 yaşında erkek hasta sırtında geçmeyen beyazlıklar nedeni ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede daha çok sırt üst bölgede yerleşen ve omuz bölgesine de yayılan maküler, konfluent tarzda, ortalama 0,5 cm çaplı lezyonlar mevcuttu. Üzerlerinde skuam yoktu. Herhangi bir semptom eşlik etmiyordu. Hasta yaklaşık 4-5 aydır olduğunu, cildiye muayenesine gittiğini mantar dendiğini ve iki kez birer ay mantar tedavisi verildiğini fakat iyileşme olmadığını belirtmekteydi. Hastaya post inflamatuvar hipopigmentasyon, pitrisis versicolor alba, hipopigmente mikozis fungoides,



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

idiyopatik guttat hipomelanozis klinik ön tanıları ekartasyonu amaçlı yapılan nativ preparat inceleme negatif ve punch biyopsi sonucu nonspesifikti. Ayırıcı tanıya giren hastalıklar ile uyumlu olmayan patoloji raporu sonrası hastanın ikinci muayenesinde hastaya wood lambası incelemesi yapıldı ve wood lambası ile muayenede lezyonlarda foliküler kırmızı floresan dikkattti çektii. Hastaya bu bulgular eşliğinde progresif maküler hipomelanozis tanısı kondu. Biz özellikle adölesanlarda hipopigmente lezyon ayırıcı tanısına giren, akılda tutulmadığı taktirde tanısı geciken, gereksiz tetkik ve tedaviye neden olan progresif maküler hipomelanozis hastalığına dikkat çekmek için bu olguyu paylaşmayı uygun gördük.

TARTIŞMA: PMH, gövde üzerinde, genellikle orta hatta ve çevresinde birleşen ve nadiren proksimal ekstremitelere ve boyun/baş bölgesine uzanan, sınırları belirsiz, numular, pullu olmayan hipopigmente noktalar ile karakterizedir. Kaşıntı, ağrı veya öncesinde iltihaplanma yoktur(1). Progresif maküler hipomelanozisin etiyopatogenezi hakkında pek çok hipotez öne sürülmüşse de etiyopatogenez hala açık değildir(2).

Petersen ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada PMH hastalarında P. acnes tip III ün, PMH bölgelerinde ve bitişik cilt bölgelerde daha fazla olduğunu, ancak nadiren diğer vücut bölgelerinde bulunabileceğini, P. acnes filotip III'ün PMH lezyonları ile ilişkili olduğunu ve bu nedenle hastalık patogenezinde rol oynayabileceğini belirtmişlerdir. PMH tedavisiyle, P. acnes popülasyonunu değiştirdiği ve tip III suşların oranını azaldığı belirlenmiştir(3). Relyvel ve arkadaşları da yine saç foliküllerinde yaşayan Propionibacterium acnes bakterisinin, bir depigmentasyon faktörünü üretiminin bir sonucu olarak PMH'nin nedeni olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu hipotez karanlık bir odada bir Wood ışığı altında incelendiğinde, hipopigmente lekelerde kırmızı bir foliküler floresan varlığı ve normal ciltte bu fenomenin yokluğu; normal görünen ciltteki foliküllerden değil, hipopigmente noktalardaki foliküllerden P. acnes ekimi ve UVA ışığı ile kombinasyon halinde topikal antimikrobiyal tedavi ile bu mikroorganizmaların elimine edilmesinden sonra bozukluğun iyileştirilmesine dayanmaktadır(1).

PMH sıklıkla diğer hipopigmentasyon ile seyreden hastalıklarla karıştırılarak yanlış tanı alır. Koyu tenli kişilerin yoğun olduğu coğrafyalarda, hipopigmente maküller daha kolay fark edildiğinden bu bölgelerde daha sık tanı alır. PMH adölesan ve genç erişkin dönemde daha sık görülen ve kadınları daha çok etkileyen bir hastalık olarak kabul edilebilir. Tanısında klinik bulgular, hipopigmente maküllerle karakterize diğer dermatozların ekarte edilmesi, Wood lambası muayenesi, histopatoloji, immünohistokimyasal çalışmalar, konfokal lazer scanning mikroskopi ve elektron mikroskobik inceleme tanıya yardımcı olabilir. Wood lambası altında PMH lezyonları daha belirginleşirken lezyonlarda foliküler kırmızı floresan dikkat çeker. Sağlam deride ise floresan izlenmez(2).



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

Ayrırcı tanıda diğer edinsel hipopigmentasyonla seyreden hastalıklar düşünülmelidir. En çok karışan hastalıklar; pitriazis versikolor, postinflamatuvar hipopigmentasyon, pitriazis alba, lepra ve hipopigmente mikozis fungoidestir. Pitriazis versikolor lezyonlarının sınırları daha belirgindir ve lezyonlar daha asimetric yerleşir. Üzerinde ince skuamlar bulunabilir. Wood lambası muayenesinde sarı floresan verir. KOH inceleme, mantar kültürü ve biyopsi materyallerinde mantar hif ve sporlarına rastlanır. Postinflamatuvar hipopigmentasyonda önceden geçirilmiş bir inflamatuvar dermatoz öyküsü vardır. Pitriazis alba lezyonları sıklıkla çocuklarda ve yüz ile ekstremitelerde yerleşir. Lezyonlarda ince beyaz skuamlar bulunabilir. Hastalarda sıklıkla atopi öyküsü mevcuttur. Lepra hastalarında lezyonlara duyu kusuru eşlik edebilir. Hipopigmente mikozis fungoideste ise histopatolojik olarak epidermotropizm ve atipik lenfositik infiltrasyon tipiktir (2).

PMH'nin tercih edilen tedavisi, gündüz %1 klindamisin losyonu, gece %5 benzoil peroksit jel ve 12 hafta boyunca haftada üç kez UVA ışık ışınlanması uygulamasıdır. Tedaviden sonra nüks oranı hakkında yorum yapmak için henüz yeterli bilgi bulunmamaktadır.(1)

KAYNAKLAR:

1. Relyveld G, Menke H, Westerhof W. Progressive Macular Hypomelanosis; *American Journal of Clinical Dermatology* volume 8, pages13–19 (2007)
2. Mevlitoğlu İ, Aykol C. Progresif Maküler Hipomelanozis: *Türkderm.* 2011; 45: 62-5
3. Rolf LW Petersen, Christian FP Scholz, Anders Jensen, Holger Brüggemann ve Hans B. Lomholt. *Propionibacterium Acnes* Phylogenetic Type III is Associated with Progressive Macular Hypomelanosis. *Eur J Microbiol Immunol (Bp)*. 2017 Mar; 7(1): 37–45.



PS-21

KSANTOMA STRIATUM PALMARE İLE TANI KONULAN LİPİD METABOLİZMA BOZUKLUĞU

Ecem Kaya Kızıloğlu, Demet Kartal, Salih Levent Çınar, Eda Öksüm Solak, Murat Borlu Erciyes Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

GİRİŞ: Ksantomlar, deride, subkutan dokuda ve tendonlarda anormal lipid birikimi sonucu görülebilen sarımsı-turuncu renkte makül, papül, plak veya nodüllerle karakterize lezyonlardır. Kutanöz ksantomlar sıklıkla primer dislipidemilerle veya sistemik hastalıklara ve ilaçlara sekonder hiperlipidemilerle birlikte görülebilenken idiopatik olarak da karşımıza çıkabilir. Kutanöz ksantomların yerleşim yerlerine ve görünümüne göre erüptif, tüberöz, tendinöz, plantar ve verrusiform ksantomlar olmak üzere farklı klinik varyantları tanımlanmıştır. Ksantomun tipinin belirlenmesi eşlik eden dislipideminin türünün saptanması açısından önem taşır. Bu da hayatı tehdit edebilen altta yatan sistemik hastalığın belirlenmesi ve tedavisi için bizlere ışık tutar.

OLGU: 50 yaşında kadın hasta yüzündeki aktinik keratozların takibi için nevus polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bilinen bir hastalığı yoktu. Hastanın yapılan detaylı fizik muayenesinde her iki el palmar çizgilerinde parlak sarımsı turuncu renkte plaklar farkedildi. Hastanın ellerindeki bu renk değişikliğinin 1-2 yıldır olduğunu ve herhangi bir yakınmasının olmadığı öğrenildi. Hastanın her iki ayak dorsumunda da turuncu renkli geniş ince bir plak varlığı dikkat çekti. Yapılan deri biyopsisi plantar ksantom olarak sonuçlandı. Laboratuvar incelemelerinde trigliserid 748 mg/dL (40-130), total kolesterol 556 mg/dL (70-200), hdl kolesterol 38 mg/dL (35-55), ldl kolesterol 264 mg/dL (100-130) olarak bulundu. Tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testleri, serum glukoz ve HbA1c normal olarak değerlendirildi. Vücut kitle indeksi 29,6 olarak hesaplandı. Hastanın ailesinde bilinen bir lipid metabolizma hastalığı öyküsü yoktu fakat babasında koroner arter hastalığı mevcuttu. Yapılan incelemeler üzerine hastada altta yatan bir dislipideminin araştırılması için endokrinoloji bölümüne konsülte edildi. Hastaya tip 3 hiperlipoproteinemi tanısı konularak fenofibrat başlandı. Takiplerde hastanın serum lipid düzeylerinde azalma oldu fakat lezyonları sebat etti.

TARTIŞMA: Ksantoma striatum palmare (palmar ksantom) nadir görülen bir ksantom türü olup primer hiperlipoproteinemilerin bir alt tipi olan tip 3 hiperlipoproteinemide (ailesel disbetalipoproteinemi) patognomoniktir. Ailesel disbetaproteinemi, otozomal dominant kalıtılan; VDRL, kolesterol ve trigliserid artışı ile seyreden nadir bir hastalıktır. Ateroskleroz riskinin çok yüksek olduğu bu hastalıkta apolipoprotein E mutasyonu görülebilir. Fakat erken tanı ve tedavi ile sistemik komplikasyonlar önlenbilir.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

Biz de polikliniğimize başka bir nedenle başvuran hastada detaylı dermatolojik inceleme ile saptadığımız, nadir görülen ksantoma striatum palmaris olgusu ile meslektaşlarımızın dikkatini çekmeyi amaçladık. Altta yatabilen hastalıklar açısından da bilinçli olarak ilgili bölümlere konsülte edilmesinin hastalar açısından hayati önem taşıdığı unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Koehler VF, Parhofer KG. Xanthoma Striatum Palmare. N Engl J Med. 2018 May 10;378(19):e26. doi: 10.1056/NEJMicm1713658. PMID: 29742369.
2. Tian QJ, Zhao XY. Xanthoma striatum palmare. Gut. 2016 Aug;65(8):1260. doi: 10.1136/gutjnl-2015-310460. Epub 2015 Dec 30. PMID: 26719300.
3. Joner Mattias F, Escobar GF, Peruzzo J. Xanthoma striatum palmare and biliary tract atresia: An unusual association. Pediatr Dermatol. 2020 Sep;37(5):950-951. doi: 10.1111/pde.14225. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32539200.



PS-22

LİKEN PİLANOPİLARİS İLE EŞ ZAMANLI ORTAYA ÇIKAN LİKEN PLANUS FOLLİKÜLARİS TUMİDUS OLGUSU

Hilal Çolak¹, Mualla Polat¹, Çetin Boran²

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Bolu

GİRİŞ: Liken planus folliküleris tumidus (LPFT), liken planus (LP)'un nadir görülen bir alt tipidir. Klinik olarak sıklıkla kadın hastalarda, tek taraflı retroauriküler bölgede yerleşim gösteren, üzerinde renkleri beyazdan sarıya değişen milia benzeri kistler ve komedonlar barındıran, sınırları keskin, morumsu plaklar ile ortaya çıkmaktadır(1). Burada ise 32 yaşında, ek hastalık öyküsü olmayan, saçlı derideki liken pilanopilaris lezyonlarına eşlik eden preauriküler alanda LPFT lezyonları olan bir erkek hasta vakası sunmaktayız.

OLGU: 32 yaşında erkek hasta son 15 gündür saçlarda dökülmeye ve açılmaya sebep olan lezyonlar şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın detaylı anamnezi alındığında lezyonların ilk olarak 2 ay önce başladığı son 15 gündür ise dökülmeye ve açılmanın hızlandığı öğrenildi. Bilinen ek hastalık veya ilaç kullanım öyküsü olmayan hasta fotosensitivite tarif etmiyordu.

Hastanın dermatolojik muaynesinde saçlı deride dağınık, yaygın, çapları 3-10 mm arası değişen, zeminde kahverengi morumsu renk değişikliğinin eşlik ettiği, perifoliküler yerleşimli, skuamlı kıl foliküllerinin ortasında foliküler açıklıkların kaybolduğu sikatriyel alopesik yamalar görüldü(Fig.1). Ayrıca hastanın her iki kulak preauriküler alanda yaklaşık 2x1 cm boyutunda birer adet, üzerinde 1 mm çaplı milyum benzeri kistler barındıran kahverengi-morumsu keskin sınırlı plaklar vardı(Fig.2). Mukoz membran ve tırnak muaynesi normaldi.

Hastanın sağ kulak önündeki lezyonundan LPFT ve diskoid lupus eritematozus ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemesinde epidermiste hipergranülozis ve bazal tabakada vakuoler dejenerasyona eşlik eden üst dermiste bir miktar pigment inkontinansı mevcuttu. Kıl folikülü etrafında ise orta ve alt kısımda yoğunlaşan, folikül epiteli içerisine de giren mononükleer tipte iltihabi hücre infiltrasyonu olduğu görüldü(Fig.3).

Laboratuvar bulgularında hemogram ve rutin biyokimya tetkikleri normaldi. Hepatit B, hepatit C serolojisi ve diğer ELİSA tetkikleri negatif olarak sonuçlandı. Tiroid fonksiyon testleri ve diğer otoimmün hastalıklar açısından istenilen tetkikler normal aralıklarda idi.

Hasta mevcut klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde liken pilanopilarise eşlik eden LPFT olarak değerlendirildi. Tedaviye topikal kortikosteroid ile başlandı. Tedavinin 1.ay kontrolünde lezyonlardaki hızlı ilerlemenin duraksadığı görüldü. Topikal kortikosteroid tedavisine kontrollü devam edilmesi önerilen hasta halen kliniğimizde takip altındadır.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

TARTIŞMA: Liken planus follikularis tumidus (LPFT), ilk olarak 1977'de Belaïch ve ark. klasik LP lezyonlarına eşlik eden retroauriküler yerleşimli lezyonlara sahip üç hasta tanımlamışlardır(2).

Klinik bulguları sıklıkla tek taraflı retroauriküler bölgede yerleşim gösteren, üzerinde renkleri beyazdan sarıya değişen milia benzeri kistler ve komedonlar barındıran, sınırları keskin, morumsu plaklar ile şeklinde görülür(1). Lezyonlar genellikle asemptomatiktir ancak hafif kaşıntı eşlik edebilir. Literatürde en sık tek taraflı retroauriküler bölgede yerleşim gösterdiği raporlanmıştır. Baptista ve ark. yanakta yerleşim gösteren ve dolayısıyla klasik retroauriküler konumun dışında tutulum gösteren ilk LPFT vakasını bildirmiştir(3). Bizim olgumuzda ise lezyonlar bilateral preauriküler alanda yerleşim göstermekteydi. Literatürde sıklıkla kadın hastalarda görüldüğü belirtilmiş olmakla birlikte bizim olgumuz literatürden farklı olarak erkek hasta idi.

Histopatolojik olarak liken planopilarise benzer ve ek olarak likenoid lenfositik infiltrat ile çevrili foliküller ve kistler ile karakterizedir. Ayrıca hiperkeratoz, hipergranüloz ve bazal tabakada vakuoler dejenerasyon gibi LP'un diğer bulguları izlenebilir. Miliyer kistler ise ortokeratotik keratin ile dolu ve skuamöz epitel ile döşeli yüzeysel dermisin kistleridir(4).

Retroauriküler bölgedeki lezyondan uzakta farklı bir alanda LP'a ait lezyonların varlığı LPFT tanısını koymayı kolaylaştırmaktadır. Literatürde oral(5) ve hipertrofik(4) liken planusa eşlik eden vakalar bildirilmiştir. Bizim hastamızda eş zamanlı saçlı deride ortaya çıkan liken pilanopilarise eşlik etmekteydi. Daha önce liken pilanopilarise eşlik eden LPFT bildirilmemiştir.

Ana ayırıcı tanı, retroauriküler bölgede eritemli bir plak üzerinde çok sayıda beyaz-sarı kist ile karakterize, nadir görülen ve idiyopatik bir süreç olan milia en plaktır(1). Milia en plak haricinde ayırıcı tanıda diskoid lupus eritematozus, retansiyon kistleri, steatosistoma multipleks, komedonal nevüs, Favre-Racouchot sendromu, foliküler müsinoz ve foliküler mikozis fungoides gözden geçirilmelidir(6).

Literatürde hepatit B ve C, hashimoto tiroiditi, diyabet ve kontrol noktası blokajı yapan ajanlar ile birlikteliği bildirilmiştir(4, 7-9). Hastamızda otoimmün hastalıklar açısından yapılan tetkikler negatif sonuçlanmıştır.

LPFT kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır. Topikal ve sistemik kortikosteroid ile sistemik izotretinoin ile iyileşme sağlanabilir. Cerrahi olarak çıkarma sonrası nüks görülebilir. Bununla birlikte, lezyonların spontan iyileşebileceği belirtilmektedir(9). Literatürde diğer tedavilere cevapsız şiddetli LPFT'si olan bir hastanın siklosporin ile tedavi edildiği bildirilmiştir(4).

SONUÇ: Bu olguyu hem LPFT nadir görülen bir hastalık olması sebebi ile hem de saçlı deride liken pilanopilarise eş zamanlı ortaya çıkabildiğini vurgulamak amacıyla sunmayı uygun bulduk.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

KAYNAKLAR:

1. Wankhade VH, Daware PP, Supekar BB, Singh RP. A rare case of lichen planus follicularis tumidus involving bilateral retroauricular areas. Indian Journal of Dermatology. 2020;65(5):414.
2. Belaïch S, Bonvalet D, Civatte J. [Follicular tumidus retro-auricular lichen planus (author's transl)]. Ann Dermatol Venereol. 1977;104(2):147-50.
3. Baptista AP, Rodrigues JB, Cortesão J. [Follicular lichen planus tumidus]. Ann Dermatol Venereol. 1980;107(11):1057-9.
4. Jiménez-Gallo D, Albarrán-Planelles C, Linares-Barríos M, Martínez-Rodríguez A, Báez-Perea JM, González-Fernández JA. Facial follicular cysts: a case of lichen planus follicularis tumidus? Journal of Cutaneous Pathology. 2013;40(9):818-22.
5. Grupper C. Lichen plan folliculaire tumidus retroauriculaire bilatéral associé à un lichen plan buccal banal leucoker atonique et érosif. Ann Dermatol Venereol. 1977;104:151.
6. Belhadjali H, Youssef M, Yahia S, Njim L, Zakhama A, Zili J. Milia en plaque and discoid lupus erythematosus. Clinical and Experimental Dermatology: Viewpoints in dermatology. 2009;34(7):e356-e7.
7. Ozden HK, Polat M, Astarci HM. Coexistence of lichen planus follicularis tumidus and Hashimoto's thyroiditis. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2017;92(4):585-7.
8. Kaunitz G, Kim RH. Lichen planus follicularis tumidus associated with PD-1 blockade. JAMA dermatology. 2019;155(10):1197-8.
9. Giménez R, Velasco C. Lichen plano follicular tumidus retroauricular: a propósito de un caso. Actas Dermo-Sifiligráficas. 2004;95(3):193-5.



PS-23

ACIL KLİNİĞİNDEN SELÜLİT NEDENİ İLE KONSULTE EDİLEN KURUTLU SKABİES (NORVEÇ GALİ, KABUKLU UYUZ, SCABIES CRUSTOSA) OLGUSU

Rabia Yamak, Merve Hatun Erkeyman

Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Tıp tarihinde önemli bir yeri olan ve 1687’de nedeni bilinen ilk insan hastalığı olarak tanımlanan ve günümüzde 300 milyon kişinin yakalandığı bilinen bir hastalıktır(1).

Skabiyes; *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*’in etken olduğu cins, yaş ya da ırk ayrımı gözetmeksizin herkesi etkileyebilen bir ektoparazitozdur(2). Kurutlu uyuz klasik uyuzun özel bir formu olup bu hastalığın ortaya çıkmasında bağışıklığın bozulması önemli bir rol oynamaktadır(1).

OLGU: 56 yaşında erkek hasta acil servise sağ elinde yara nedeni ile başvurmuştu. Acil serviste değerlendirilen hasta selülit ön tanısı ile tarafımıza konsulte edildi. Laboratuvarında wbc, sedim, crp yüksekliği olan hastanın muayenesinde eritem, ödem, ağrı, ısı artışı vardı. Bunun yanında hastanın bir haftadır yürümede zorluk şikayeti olup kaşektik ve düşkün görünümü dikkat çekmekteydi. Alınan anamnezde akciğer tüberkülozu tedavisi gördüğü fakat tedavisini çok düzenli kullanmadığı öğrenildi. Hasta bize selülit nedeni ile danışılmasına rağmen muayenesinde selülit ile uyuşmayan el ve ayaklarındaki sarı kurutlu görüntü bununla birlikte gövde ön ve arka yüzde eritem, yüzde küçük kurutlar vardı. Hasta kaşıntı tariflemiyordu. Wbc, sedim, crp yüksekliği yanında % 12,9 eozinofili de eşlik etmekteydi.. Hastanın tbc öyküsü, düşkün görünümü el ve ayaklardaki kalın sarı kurutlu lezyonları aklımıza Norveç gali olabileceğini getirdi. Bunun üzerine ayak üzerindeki sarı kurutlardan nativ preparat yapıldı. Nativde sarkoptun görülmesi ile hastaya kurutlu skabiez (Norveç gali) tanısı konuldu. Hastaya skabiez tedavisi (permetrin %5 losyon) tarafımızca düzenlendi. Hasta el üzerindeki yara ve genel durum bozukluğu için ilgili kliniklerce tedavi amaçlı servise yatırıldı.

Hasta tarafımıza acilden selülit için danışılmasına rağmen hastanın dikkatli dermatolojik muayenesi sonucunda hastaya kurutlu skabiez tanısı konmuştur. Biz bu vaka ile dermatolojik muayenenin baştan ayağa, mukozalardan saçlara tırnaklara kadar dikkatli bir şekilde yapılmasının önemini vurgulamayı ayrıca Norveç galinin kaşıntısız olup hastanın sağlık kuruluşuna başvurmasına neden olabilecek semptom oluşturmayaabileceğini, bu durumda tanı ve tedavide gecikmeye çevreye hastalık bulaşına neden olabileceğini, genel durumu bozuk eozinofilinin eşlik ettiği hastalarda sarı kurutlu lezyonlarda ayrırcı tanıda kurutlu skabiezün unutulmaması gerektiğini vurgulamayı amaçladık.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

TARTIŞMA: Klasik uyuzun özel bir formu olan bu hastalığın ortaya çıkmasında bağışıklığın bozulması önemli bir rol oynamaktadır. İmmunolojik veya nörolojik bozukluğu olan kişilerde, böbrek ve diğer organ transplantasyon hastaları ve AIDS'li hastalar gibi immunosupresif kullanan hastalarda, Down sendromlu ve malnutrisyonlu kişilerde daha sık rastlanmaktadır. İlaçlarla immun sistemi baskılamada artış olması ve güçlü topikal kortikosteroidlerin yaygın kullanımı bir çok uyuzlu kişiyi kabuklu uyuz riskine sokmaktadır(1). Nadiren de klasik skabiyesli hastalardan yanlış tanı nedeniyle steroid tedavisi alanlarda da görülebilir(2). Mental anomali nedeniyle kaşıntının iyi algılanmadığı, nörolojik bozukluklar nedeniyle duyu kaybının olduğu ve parazite aşırı duyarlılık yanıtının çeşitli şekillerde baskılandığı hallerde de aşırı hiperkeratozla seyreden uyuzun bu klinik formu gelişmektedir. Ayrıca lepra, diyabet, lösemi, lenfoma, romatoid artrit gibi hastalıklar norveç uyuzuna yakalanma riskini kolaylaştırmaktadır(1).

Baş ve ense dahil tüm vücudu saran kabuklar içinde çok miktarda akar bulunduğu için çok bulaşıcı olan bu hastalık, sağlık çalışanları da dahil olmak üzere yüzlerce insanın hastalığa yakalanmasına neden olabilmekte ve epidemilerin kaynağını oluşturmaktadır. Klasik uyuza nazaran kaşıntının olmayışı veya hafif olması nedeniyle, norveç uyuzunun hiperkeratozlu olan kabukları akarın bütün evreleri için koruyucu bir çevre oluşturmakta, dolayısıyla da hiç zarar görmeyen akar popülasyonu giderek artmakta ve klinik tablo kötüleşmektedir. Çevreye dağılan kontamine kabuklar ve kutikuler parçalar içinde korunan sarcoptesler uzun bir süre çevre için bulaştırıcı olarak kalabilmektedir. Vücut dışında normal oda sıcaklığında 2-3 gün kadar yaşayabilen Sarcoptes'ler hiperkeratotik kabuklar içinde 10 gün kadar canlı kalarak bulaştırıcı olabilmektedir. Hiperkeratozlu kabukların içinde yaklaşık 2 milyon kadar Sarcoptes olabileceği ve bir Sarcoptes'in konağa penetrasyonunun ortalama 30 dakika olduğu düşünülürse norveç uyuzlu bir hastanın etrafı için ne kadar büyük bir salgın potansiyeli olabileceği kolay anlaşılabilir. Bu nedenle norveç uyuzu, kurumlar ve hastanelerde önemli bir nosokomial sorun oluşturabilmektedir. Yanlış veya geç tanı konması, inkubasyon süresinin 10-14 günden 30 güne kadar uzun olması, nosokomial patlamaların tanısını da geciktirmektedir(1).

Krutlu skabiye lezyonları generalize görülmekte, özellikle ense, kafa derisi ve gövde tutulmaktadır (1).

Klasik skabiyesten farklı olarak eklem sırtlarında daha belirgin olmak üzere el ve ayaklar, kalçalar, olekranon ve patella başta olmak üzere özellikle friksiyona eğilimli bölgelerde ve klasik formda sıklıkla tutulmayan baş, boyun, auriküler alanda griden sarı-beyaz renge değişen, kalın, istiridyeye benzer görünümünde diffüz hiperkeratoz. büyük verrüköz krutlar klinik tabloya hakimdir. Eritemli zeminde ince lamellar deskuamasyon ve krutlar eşlik edebilir, eritrodermi görülebilir. Benzer hiperkeratoz tırnaklarda da olabilir ve onikomikoz ile karışabilir(2). Avuç içi ve ayak tabanlarında krutların kalınlığı düzensiz olup, fissürler dikkati



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya **TURKEY**

çekmektedir. En kalın hiperkeratozlu plaklar dizler ve dirseklerde görülmektedir. Yüz, boyun, saçlı deri ve gövdede yaygın bir şekilde eritem, infiltrasyon ve skuam bulunabilmektedir. Subungual boşluklar tutulabilmektedir(1). Tırnaklar genellikle kalınlaşır, rengi bozulur ve distrofiktir. Lenf düğümleri sıklıkla şişer. Eozinofila yaygındır ve yüksek IgE titresi hemen hemen her zaman mevcuttur(3).

Uyuz akarları, kompleman sisteminin üç yolunu inhibe ederek ve ayrıca epitelyal bariyerin hasar görmesine yol açan cildin kaşınmasına neden olarak bakteriyel enfeksiyona yatkınlık oluşturur(3).

Uyuzun en sık görülen komplikasyonu, bulaşıcı impetigo, ektima, erizipel, fronkül, apse, lenfadenit ve hatta bakteriyemi ve sepsise yol açan Streptococcus pyogenes ve Staphylococcus aureus ile ekskoriasyonların bakteriyel enfeksiyonudur(3). Streptococcus pyogenes ya da Stafilococcus aureus'a bağlı akut glomerulonefrite sekonder akut böbrek yetmezliği, sepsis ya da akut romatizmal ateş gelişimi görülebilir(2).

KAYNAKLAR:

1. Ayşegül YOLASIĞMAZ ÜNVER, Nevin TURGAY. Uyuzlu Hastaya Yaklaşım. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 30 (1): 78-83, 2006
2. Kazan D, Odyakmaz Demirsoy E. Skabiyes; Klinik Bulgular, Tanı Ve Tedavi. actamednicomedia Cilt: 3 Sayı: 2 Haziran 2020 / Vol: 3 Issue: 2 June 2020
3. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Dtsch Arztebl Int. 2021 Oct 15;118(41):695-704.



PS-24

BÜLLÖZ PEMFİGOİD TANILI TEDAVİYE DİRENÇLİ GENÇ BİR HASTADA OMALİZUMAB TEDAVİSİNE

*Yasemin Erdem, Tuğba Atcı, Ömer Mangır, Rıfkiye Küçükoğlu
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Büllöz pemfigoid (BP) hemidesmozom antijenleri olan BP180 ve BP230'a karşı otoantikörlerin oluşumu ile karakterize, özellikle geriatrik yaş grubunda ortaya çıkan, otoimmün büllöz bir hastalıktır. Hastalık kontrolünde kullanılan sistemik kortikosteroid tedavisi başta olmak üzere immunsupresif tedavilerin ileri yaşta kullanımları yan etkiler nedeniyle tedaviyi kısıtlamaktadır. Son yıllarda BP patogenezinde IgG antikörleri yanında IgE antikörlerinin de önemli rol oynadığının anlaşılması tedavide yan etkiler açısından daha güvenli bir seçenek olan ve spesifik olarak IgE antikörlerini hedefleyen omalizumab tedavisinin kullanımını sağlamıştır. Genç bir kadın hastada tedaviye dirençli BP hastalık yönetiminde omalizumab tedavisi ile oldukça hızlı bir şekilde elde edilen tedavi yanıtına dikkat çekmeyi amaçladık.

GELİŞME: Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 22 yaşındaki kadın hasta iki aydır olduğunu ifade ettiği tüm vücudunda yaygın, su toplayan, kaşıntılı yaralar nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde saçlı deri, boyun, gövde ön ve arka yüzde ürtikeryal zeminde gergin büller, erode alanlar, bül artıkları ve ekskoriye alanlar görüldü. Oral mukozada lezyon yoktu. Hastanın direkt immunfloresan incelemesinde bazal laminada lineer karakterli IgG ve C3 birikimi saptanması ve anti-BP180 IgG antikor pozitifliği olması nedeniyle büllöz pemfigoid tanısı konuldu. Yaygın lezyonları olması nedeniyle başlanan yüksek doz sistemik kortikosterid (1,5 mg/kg/gün metilprednizolon) ve dapson 50 mg/gün tedavisine rağmen yeni lezyon çıkışı devam eden hasta eşlik edebilecek olası maligniteler açısından da ayrıntı değerlendirildi ancak anlamlı patolojik bulgu saptanmadı. Klasik tedavilere dirençli seyir gösteren, şiddetli kaşıntısı olan ve laboratuvar değerlerinde total IgE düzeyi yüksekliği yanı sıra belirgin eozinofilisi olan hastaya omalizumab (300 mg/28 gün) tedavisi başlandı. İlk doz omalizumab enjeksiyonunu takiben birinci günde kaşıntı semptomu belirgin gerileyen ve oldukça kısa sürede lezyonlarında belirgin azalma sağlanan hastanın sistemik kortikosteroid tedavisi azaltılmaya başlandı. Sistemik kortikosteroid ve dapson tedavisi ile kombinasyon şeklinde uygulanan ve herhangi bir yan etki gelişmeyen hastada üçüncü doz omalizumab tedavisi sonucunda klinik olarak tam yanıt elde edildi.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

SONUÇLAR: Sıklıkla ileri yaşta görülmesi beklenen BP bizim olgumuzda da olduğu gibi nadiren genç hastalarda da ortaya çıkabilmektedir. Çoğu BP hastasında klasik tedavi seçeneklerine iyi yanıtlar elde edilebilmekle birlikte ek tedavilere nadiren ihtiyaç duyulmaktadır. Tedaviye dirençli seyir gösteren BP tanılı hastamızın omalizumab tedavisine verdiği yanıt oldukça yüz güldürücü olup omalizumab tedavisinin BP hastalarında da etkili bir tedavi seçeneği olabileceği bilinmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Noa Kremer, Igor Snast, Efrat Solomon, Cohen, Emilia Hodak, Daniel Mimouni, Moshe Lapidoth, Sigal Mazor, Assi Levi. Rituximab and Omalizumab for the Treatment of Bullous Pemphigoid: A Systematic Review of the Literature. American Journal of Clinical Dermatology (2019) 20:209–216
2. Kathleen D'Aguzzo, Sofianne Gabrielli, Lydia Ouchene, Anastasiya Muntyanu, Moshe Ben-Shoshan, Xun Zhang, Lisa Iannattone and Elena Netchiporouk. Omalizumab for the Treatment of Bullous Pemphigoid: A Systematic Review of Efficacy and Safety. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery The Author(s) 2022
3. Nina van Beek, MD; Nadine Lüttmann, MD; Franziska Huebner, MD; Andreas Recke, MD; Ingolf Karl, PhD; Franziska Sophie Schulze, PhD; Detlef Zillikens, MD; Enno Schmidt, MD, PhD. Correlation of Serum Levels of IgE Autoantibodies Against BP180 With Bullous Pemphigoid Disease Activity. JAMA Dermatology January 2017
4. Sarah Lonowski, MD, MBA, a Suzanne Sachsman, MD, a Niral Patel, MS, Allison Truong, MD, a and Vanessa Holland, MD. Increasing evidence for omalizumab in the treatment of bullous pemphigoid. JAAD Case Reports 2020;6:228-33.
5. Meital Oren-Shabtai, Noa Kremer, Moshe Lapidoth, Eran Sharon, Lihi Atzmony, Adi Nosrati, Emilia Hodak, Daniel Mimouni, Assi Levi. Treatment of Bullous Pemphigoid in People Aged 80 Years and Older: A Systematic Review of the Literature. Springer Nature Switzerland AG 2020.



PS-25

PIYODERMA GANGRENOSUM SEBEBİYLE TEDAVİ YÖNTEMİ DEĞİŞEN PROSTAT KANSERİ OLGUSU

Munise Daye, Şeyma Kaya Bulut, Pembe Oltulu

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim
Dalı, Konya*

GİRİŞ: Piyoderma gangrenozum (PG), özellikle 40-60 yaşlarında görülen, klinik olarak keskin sınırlı, lividi renkte eritemle çevrili ülseratif lezyonlarla karakterize kribriform skarlarla iyileşen nötrofilik bir dermatozdur (1)

Hastaların yaklaşık yarısında inflamatuvar barsak hastalığı, artrit, hematolojik maligniteler ve monoklonal gamopati gibi altta yatan sistemik bir hastalık mevcuttur (2). Tanı klinik prezentasyon ve diğer kutanöz ülser nedenlerinin ekarte edilmesi ile konulur (3) PG, ülseratif kolitle birlikte olduğunda, deri lezyonları genellikle hastalığın klinik seyirinden bağımsız bir şekilde, kolitin başlangıcından birkaç ay ile birkaç yıl sonra ortaya çıkar.

Biz burada 10 yıldır remisyonda ülseratif koliti olan ancak iki ay önce prostat adenokarsinomu tanısı almasıyla başlayan piyoderma gangrenozumu olan bir olgudan bahsetmekteyiz.

GELİŞME: 70 yaş erkek olgu polikliniğimize her iki bacakta küçük bir sivilce şeklinde başlayan giderek büyüyen yara sebebiyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol alt ekstremitede medial yüzde 5*5 cm kenarları deriden kabarık orta kısmında granülasyon dokusu ve yer yer pürülan ve nekrotik materyal içeren ülser ve sağ alt ekstremitede 2*2 cm ülser ve eritemli nodül görüldü. 10 yıldır bilinen ülseratif koliti, hipertansiyonu ve yeni tanı prostat kanseri dışında bilinen ek hastalığı yoktu. Lezyonların yaklaşık 2 ay önce prostat adenokarsinomu tanısıyla beraber başladığı öğrenildi. Olgudan piyoderma gangrenozum, tüberküloz cilt tutulumu ve leishmaniazis ön tanılarıyla biyopsi alındı ve sonuç piyoderma gangrenozum olarak raporlandı. Olguda eşlik eden hematolojik malignensi saptanmadı. Olguya prednizolon 60 mg başlandı ve kademeli olarak doz düşüldü bu arada da 4,4'-diaminodifenil sulfon 50 mg tedavisi başlandı. Lokal yara bakımı için eau de brique ile ıslak pansuman, sabah nekrotik doku debridmanı için lokal kollegenaz akşam ise rivanol, lanolin ve vazelin içeren gece merhemi oklüzyon yöntemi ile uygulandı ve kontrollü mekanik debrütman yapıldı. Olguya prostat adenokarsinomu için üroloji tarafından radikal prostatektomi ve radyoterapi planlanırken tarafımızca piyoderma gangrenozumun paterji pozitif bir hastalık olduğu ve operasyon sonrası cerrahi yara yerlerinde oluşabileceği söylenmesi üzerine leuprorelin asetat ile androjen deprivasyon tedavisi başlandı.

SONUÇLAR: Piyoderma gangrenozum'un ülseratif, püstüler, büllöz ve vejetatif olmak üzere 4 klinik varyantı tanımlanmıştır. Bu klinik tipler altta yatan hastalığın varlığını saptamaya ve tedaviyi yönlendirmeye yardımcı olur. Püstüler tip olgumuzda da olduğu gibi daha çok inflamatuvar barsak hastalıkları ile beraber görülür.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

Lezyonlar olgumuzda da olduğu gibi en sık alt ekstremitelerde bulunmakla birlikte vücudun herhangi bir bölgesinde yerleşebilir.

PG olgularının ortalama % 50'si altta yatan bir hastalıkla birliktelik gösterir. En sık görülenler Crohn ve ülseratif kolitir.Olgumuzda da ülseratif kolit mevcuttu ancak remisyondaydı. Piyoderma gangrenosumu prostatadenokarsinomu tanısıyla beraber ortaya çıkmıştı. Literatürü incelediğimizde prostat adenokarsinomu ile PG birlikteliği yalnızca 2 olguda görüldü.Olgulardan birinde prostat adenokarsinomu sebebiyle radyoterapi almasının ardından,diğesinde radikal prostatektominin ardından operasyon yerlerinde PG oluşmuştu ve olgularda eşlik eden ülseratif kolit yoktu.(5,6)Sonuç olarak bizim olgumuz PG ile hem prostat adenokarsinomu hem ülseratif kolit birlikteliği olan bilinen ilk olgu oldu.

PG'un tedavisinde ilk seçenek sistemik kortikosteroidlerdir. Diğer immüsupresif ilaçlar azotiyoprin, merkaptopurin, siklofosamid, melfalan, daunorubisin ve siklosporin A'dır (4). Ayrıca 4,4'-diaminodifenil sulfon, sülfapiridin ve kolşisin ile de iyi yanıtlar alındığı da bildirilmiştir.Olgumuzda sistemik steroid tedavisine iyi cevap verdi.Ancak eşlik eden malignitesi olması sebebiyle diğer immüsupresif ajanlar başlanamadı.Olgumuza steroid tedavisinin 35. gününde hem tedaviyi hızlandırmak hem de osteoporozu da olan olguda sistemik steroid maruziyetini azaltmak amacıyla 4,4'-diaminodifenil sulfon 50 mg tedavisi başlandı.

Tedavide özellikle paterji pozitifliği olan hastalarda akut dönemde debridman ve greft gibi cerrahi işlemler kesinlikle önerilmemektedir. Sistemik tedavi ile hastalık aktivitesi kontrol altına alındıktan sonra konservatif, lokal debridman yapılabilir.(7)Olgumuzda hastalık aktivitesi kontrol altına alındıktan sonra kontrollü debritman işlemi uyguladık.

Ayrıca paterji pozitif olan bu hastalıkta hastada kanser tanısı olmasına rağmen cerrahi müdahale medikal tedaviye dönebilir.Cerrahlar ve hastalar bu konu hakkında bilgilendirilmelidir.Bizim olgumuzda da bu sebeple prostat kanseri tedavisinde cerrahi ve radyoterapi tercih edilmeyip medikal tedavi başlandı.

KAYNAKLAR:

1. Goekerman WH, O'Leary PA. Pyoderma (ecthyma) gangrenosum. Clinical and experimental observation in five cases. Arch Dermatol Syphilol 1930; 221: 655-680.
2. Brooklyn T, Dunnill G, Probert C. Diagnosis and the treatment of pyoderma gangrenosum. BMJ 2006; 333: 181-184.
3. Ruocco E, Sanguiliano S, Gravina AG, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma gangrenosum: an updated review. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009; 23: 1008-1017.
4. Schwaegerle SM, Bergfeld WF, Senitzer D, Tidrick R: Pyoderma gangrenosum. A review. J Am Acad Dermatol 18(3):559-68, 1988.
5. Akiyoshi Osaka1 · Hisamitsu Ide1 · Shinichi Ban2 · Toshiro Takimoto2 · Keiichiro Aoki1 · Yoshitomo Kobori1 · Tadahiko Tokumoto1 · Gaku Arai1 · Shigehiro Soh1 · Yoshihiko Ueda2 · Hiroshi Okada Pyoderma gangrenosum after radical prostatectomy: case report International Cancer Conference Journal (2018) 7:114
6. Yasuo Kohjimoto 1, Takeshi Inagaki, Akinori Iba, Kazuro Kikkawa, Atsushi Suzuki, Yasunari Uekado, Toshiaki ShinkaPyoderma gangrenosum of the penis presenting as Fournier's gangrene: a case report Hinyokika Kiyo. 2005 Jun;51(6):411-5.
7. Cliff S, Holden CA, Thomas PR, Marsden RA, Harland CC. Split skin grafts in the treatment of pyoderma gangrenosum. A report of four cases. Dermatol Surg 1999; 25: 299-302.



1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

PS-26

ÜRTİKERYAL VASKÜLİT ETYOLOJİSİNDE YENİ BİR AJAN: SARS-CoV-2

Ecem Ertürk, Yusuf Can Edek, Esra Adışen

Gazi Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

SARS-CoV-2 dünya çapında milyonlarca insanda morbidite ve mortlitye neden olmuş yeni tanımlanmış bir koronavirüs tipidir. Hastalık grip benzeri bir tablo ile ortaya çıkabildiği gibi, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) gibi ölümcül klinik tablolar da hastalığın seyrinde gözlenebilmektedir. Hastalığın en sık gözlenen semptomları arasında ateş, öksürük, nefes darlığı ve kas ağrıları bulunmaktadır.¹ Virüsün primer hedefi solunum sistemidir, aynı zamanda kardiyovasküler, gastrointestinal, ürogenital ve endokrin sistemde de tutulum gözlenebilmektedir.² COVID-19'a sekonder gelişen cilt lezyonları, ekstrapulmoner bulgular arasında sık gözlenmektedir. Deri bulguları enfeksiyondan önce, enfeksiyon sırasında ve iyileştikten sonra karşımıza çıkabilmektedir.³ Burada COVID-19 enfeksiyonu sonrası ürtikeryal vaskülit gelişen bir çocuk hasta sunulmuştur. Vakayı sunmaktaki amaç ürtikeryal vaskülit etyolojisinde SARS-CoV-2'yi de düşünmenin önemini vurgulamaktır.

OLGU SUNUMU: Altı yaşında çocuk hasta kaşıntılı lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde gövdesinde, ekstremitelerinde ve yüzünde yaygın annüler eritemli ürtikeryal plaklar, hiperpigmente alanlar mevcuttu [Resim 1]. Lezyonların bir kısmı basmakla solmayan karakterdeydi ve lezyonlar sıklıkla 48-72 saat içinde hiperpigmentasyon bırakarak iyileşmekteydi. Hastada lenfadenopati, organomegali ve mukozal tutulum saptanmadı. Alınan öyküde döküntünün ilk olarak 6 ay önce hastanın ve ailesinin COVID-19 PCR testinin pozitif gelmesinden 10 gün sonra başladığı öğrenildi. Hastalık sırasında hastanın grip benzeri semptomları olduğu, herhangi bir tedavi ihtiyacı olmadığı öğrenildi. Lezyonlarda kaşıntı-yanma hissini olduğu ve zamanla tüm vücuda yayıldığı belirtildi. Döküntüsü ve ateşi olan hastada artralji veya başka bir sistemik semptom saptanmadı. Hastanın ilaç maruziyeti, alerjisi, otoimmün hastalığı veya bağ dokusu hastalığı bulunmamaktaydı. Hastanın gövdesindeki eritemli plaktan alınan biyopside nötrofil, lenfosit ve eozinofillerden oluşan perivasküler dermal infiltrasyon, endotel hücrelerinde şişme ve ödem saptandı. Yapılan direkt immüno Floresan (DIF) incelemede immunglobülin ve kompleman birikimi saptanmadı. Hastanın tetkiklerinde tam kan sayımı, karaciğer/böbrek fonksiyon testleri, koagülasyon parametreleri, kompleman faktörleri (C3, C4), idrar analizi ve dışkıda gizli kan testinde bir anomali mevcut değildi. Hastanın hepatit B, hepatit C, HIV, VDRL serolojileri ve romatolojik belirteçleri (antifosfolipid antikor, kriyoglobulinler, ANA, ANCA) negatif saptandı. Klinik ve histopatolojik bulgularla birlikte hastaya SARS-CoV-2 enfeksiyonuna sekonder gelişmiş ürtikeryal vaskülit tanısı konuldu. Hastaya 1mg/kg oral prednizon tedavisi başlandı, klinik iyileşme gözlenmesiyle birlikte prednizon dozu kademeli olarak azaltıldı.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya **TURKEY**

TARTIŞMA: Ürtikeryal vaskülit, hiperpigmentasyon ile iyileşen ürtikeryal lezyonlarla karakterize bir lökositoklastik vaskülit formudur. Ürtikeryal vaskülit ve kronik idiyopatik ürtikerin ayırıcı tanısı zor olabilmektedir. Lezyonların 24 saatten uzun sürmesi ve lezyonların iyileşirken hiperpigmentasyon bırakması ürtikeryal vaskülit lehine bulgulardır. Lezyonların histopatolojik incelemesinde perivasküler infiltrasyon, damar duvarında fibrinoid nekroz, lökositoklazi (nötrofil nükleuslarında parçalanma), eritrosit ekstrasvazasyonu gibi lökositoklastik vaskülitin histopatolojik bulguları gözlenir. Ürtikeryal vaskülitte, hastalık bulguları cilt ile sınırlı kalabilmekle birlikte eşlik eden sistemik bulgular da gözlenebilmektedir. Sistemik bulgular arasında ateş, artralji, miyalji, iç organ tutulumları bulunmaktadır. Hastamızda ateş dışında eşlik eden bir sistemik semptom saptanmadı. Hastalığın etyolojisinde ilaçlar, otoimmün hastalıklar, maligniteler, bağ doku hastalıkları ve enfeksiyonlar bulunabildiği gibi bazı vakalarda, idiyopatik olarak da kabul edilir. Enfeksiyöz ajanlar arasında virüslerin ve SARS-CoV-2'nin önemi günümüzde COVID-19 pandemisiyle birlikte artmaktadır. Etiyolojik ajanlara bağlı olarak oluşan immün komplekslerin dokularda birikimiyle, kompleman aracılı sitotoksikite ve tip III hipersensitivite reaksiyonunu tetiklemektedir. İmmün kompleksler klasik yoldan kompleman sistemi aktivasyonuna, inflamasyon ve mast hücre degranülasyonuna yol açır ürtikeryal tarzda lezyonlar gözlenmesine yol açar. İnfiltrasyonda bulunan nötrofiller ise salgıladıkları enzimler aracılığıyla doku-damar hasarına, ödeme neden olmaktadır. Laboratuvar incelemede eritrosit sedimentasyon hızında artış ve hipokomplementemi, ürtikeryal vaskülitin en sık karşılaşılan bulguları arasında yer almaktadır. Komplemanın, klasik yoldan kullanımına bağlı olarak hipokomplementemi gözlenebilmektedir. Ürtikeryal vaskülit, kompleman seviyelerine göre olgumuzda olduğu gibi normokomplementemik tip ve hipokomplementemik tip olarak iki grupta incelenir.4-6

Literatürde SARS-CoV-2 ile tetiklenmiş ürtikeryal vaskülit vakaları bildirilmiştir [Tablo 1] SARS-CoV-2 enfeksiyonuna sekonder gelişen vaskülitin patogenezi henüz aydınlatılamamış olmakla birlikte virüs-aracılı endotel hücre hasarı (endotelit) ve konak immün sistemindeki virüse bağlı gelişen bozukluğun patogeneizde rol aldığı düşünülmektedir. Virüs dokularda immün kompleks birikimine neden olup inflamasyona ve sitokin salınım sendromuna yol açabilmektedir. Oluşan sitokinler derideki dermal dendritik hücreleri, makrofajları, lenfositleri ve nötrofilleri uyarak eritem, ürtikeryal lezyonlar, vezikül gibi deri döküntülerine sebep olmaktadır. Literatürde SARS-CoV-2 ilişkili tanımlanan deri hastalıkları arasında ürtikeryal vaskülit de yer almaktadır.7-10 Bu nedenle ürtikeryal vaskülit hastalarında SARS-CoV-2'yi etyolojideki ajanlardan biri olarak düşünmek, hastada COVID-19 enfeksiyonu öyküsünü sorgulamak oldukça önemlidir.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya **TURKEY**

KAYNAKLAR:

1. Harapan H, Itoh N, Yufika A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. J Infect Public Health. 2020;13(5):667-673.
2. Gupta A, Madhavan MV, Sehgal K, et al. Extrapulmonary manifestations of COVID-19. Nat Med. 2020;26(7):1017-1032.
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(1):71-77.
4. Gu, S. L., & Jorizzo, J. L. (2021). Urticarial vasculitis. International journal of women's dermatology, 7(3), 290–297.
5. Venzor, J., Lee, W. L., & Huston, D. P. (2002). Urticarial vasculitis. Clinical reviews in allergy & immunology, 23(2), 201–216.
6. Buck A, Christensen J, McCarty M. Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome: a case report and literature review. J Clin Aesthet Dermatol. 2012;5(1):36-46.
7. Larenas-Linnemann D, Luna-Pech J, Navarrete-Rodríguez EM, et al. Cutaneous Manifestations Related to COVID-19 Immune Dysregulation in the Pediatric Age Group. Curr Allergy Asthma Rep. 2021;21(2):13.
8. Manzo G. COVID-19 as an Immune Complex Hypersensitivity in Antigen Excess Conditions: Theoretical Pathogenetic Process and Suggestions for Potential Therapeutic Interventions. Front Immunol. 2020 Oct 21;11:566000.
9. Roncati L, Ligabue G, Fabbiani L, et al. Type 3 hypersensitivity in COVID-19 vasculitis. Clin Immunol. 2020;217:108487.
10. Kaya G, Kaya A, Saurat JH. Clinical and Histopathological Features and Potential Pathological Mechanisms of Skin Lesions in COVID-19: Review of the Literature. Dermatopathology (Basel). 2020 Jun 30;7(1):3-16.



PS-27

CLINICAL ASPECTS OF ACNE VULGARIS IN UZBEK POPULATION. ACNE VULGARIS IS A CHRONIC, MULTIFACTORIAL DISEASE OF THE SEBACEOUS GLANDS AND HAIR FOLLICLES AND STILL REMAINS AN URGENT PROBLEM IN DERMATOCOSMETOLOGY

Nilufar Nusratullaevna Malikova¹, Saidkasim Saidazimovich Arifov²

¹Department of Dermatology, Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

²Department of Dermatology and Cosmetology, Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

Clinical aspects of acne vulgaris Acne is a chronic, multifactorial disease of the sebaceous glands and hair follicles and still remains an urgent problem in dermatocosmetology. Despite numerous studies, the pathogenesis of this dermatosis is still not fully understood, and the methods of treatment do not fully satisfy either doctors or patients. Conducted therapy largely depends on the clinical manifestation and course of the disease.

The aim of study was to study the clinical course of acne.

MATERIALS AND MATHODS: Under our supervision were 88 patients suffering from acne vulgaris aged 12-35 years, whose average age was 18 years. Of these, there were 46 males and 42 females. Patients suffered from acne vulgaris from 1 to 6 years. At the same time, 22 (25%) patients were ill for up to one year, 42 (47.7%) patients from 1 to 3 years, and 24 (27.3%) patients from 3 to 6 years.

RESULTS: Distributing patients with acne according to the severity of the disease, according to the generally recognized classification of G. Plewig and Kligman A.M. (1994), 60 (68.2%) patients were diagnosed with mild severity, 18 (20.5%) - moderate, 10 (11.3%) had a severe degree of the disease. When studying the cause of the disease, 54 (61.3%) patients indicated heredity, 32 (36.3%) - hormonal changes, 18 (20.4%) - diet errors, 24 (27.2%) patients failed to identify the cause of the disease. So, out of 54 patients who noted a hereditary factor, in 26 cases one of the parents was ill in adolescence, in 14 cases - an older brother, in 10 cases - an older sister and in 4 cases - a younger brother. All patients underwent a general laboratory examination. The general analysis of blood in all patients was within the normal range. In the biochemical analysis of blood in 4 patients, the upper limit of blood transaminases was noted.

CONCLUSION: Thus, our clinical observations have shown that among patients with acne vulgaris, people with a disease duration of 1 to 3 years, mild severity are often diagnosed, and most patients with the cause of the disease indicate a hereditary factor.



PS-28

DOWLING-DEGOS HASTALIĞI: BİR OLGU

Rabia Yamak¹, Merve Hatun Erkayman¹, Numan Bulut²

¹Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Dowling-Degos hastalığının karakteristik lezyonları koltuk altı, boyun, ekstremitelerdeki fleksiyonları, meme altı veya kasık kıvrımları gibi büyük deri kıvrımlarında lokalize olan yıllar içinde yavaş yavaş oluşan retiküler pigmentli maküllerdir. Diğer ortak özellikler arasında hiperkeratotik komedon benzeri koyu renk bulunur. Etkilenen bölgelerde kahverengi foliküler papüller, çukurlu perioral akneiform skarlar bulunabilir.(1) DDH genellikle yetişkinlerde, kadınlarda ve en sık olarak da yaşamın dördüncü dekadında ortaya çıkar. DDD genellikle otozomal dominant bir şekilde kalıtsal olmasına rağmen, bazı sporadik vakalar bildirilmiştir.(2)

OLGU: 64 yaşında bilinen komorbiditesi olmayan erkek hasta ilaç kullanımı sonrası ürtiker nedeni polikliniğe başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenede inguinal ve aksillalar bölgelerinde, boyun çevresinde kahverengiden siyaha değişen tonlarda, retiküler pigmentasyon,(resim1 a,b,c) skrotal bölgede benekli makuler pigmentasyon(resim5) mevcuttu. Aksiller ve inguinal pigment alanların üzerlerinde yumuşak fibromlar gözlemlendi. Ayrıca boyun, sırt, sternal bölge ve yüzde yaygın komedon benzeri yapılar vardı.(resim3, resim4) Perioral bölgede çukur şeklinde noktasal skarlar mevcuttu.(resim2) Hastanın soygeçmişinde amcasında, kuzenlerinde, iki çocuğunda da benzer lezyonlar olduğu öğrenildi. Babası genç yaşta vefat ettiği için ondaki hastalık durumu bilinmiyordu. Hasta bu lezyonlarının kesin başlama tarihini bilmiyordu ve çocukluktan beri olduğunu ifade etmekteydi. Hastanın mevcut lezyonları ile ilgili kaşıntı vs şikayeti yoktu. Hastanın sol aksiller bölgesindeki pigment makulden punch biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede ortokeratoz ve yüzeyde foliküler keratin birikimi içeren epidermis katı ayrıca epidermal retelerde dermal mandal görünümü adı verilen parmaklı çıkıntılar ile suprapapiller inceleme ve bazal pigmentasyonun eşlik ettiği boynuz modeli görünümü saptandı.(resim 6) Klinik ve histopatolojik veriler doğrultusunda aile hikayesi de mevcut olan hastaya dowling degos hastalığı tanısı konuldu.

TARTIŞMA: 1932'de Hulusi Behçet tarafından bildirilen ve "malignansi ile ilişkili olmayan akantozis nigrikans" olarak tanımlanan olgu, bildirilen ilk DDH olgusudur.(3) Dowling-Degos hastalığı, fleksural bölgelerin retiküler ve benekli pigmentasyonu ile karakterize genodermatozdur. Bu nadir genodermatoz 1938'de Dowling GB ve Freudenthal W tarafından akantozis nigrikansın iyi huylu bir formu olarak tanımlandı, ardından 1954'te Degos R ve Ossipowski B tarafından "dermatose reticulée des plis" olarak adlandırıldı. DDH ilk olarak 1978'de Wilson-Jones ve Grice tarafından ayrı bir antite olarak kabul edildi.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

(4) Melanozom transferini etkileyen mutasyonlar, melanosit ve keratinosit farklılaşması bu hastalığın patogeneğinde yer alır. Bu genler arasında KRT5, POFUT1, POGUT1 ve en son olarak PSENE bulunur.(4)

Her iki cinsiyet de etkilenir, az sayıda kaynak hafif bir kadın baskınlığı bildirir. DDH için ırksal bir tercih yoktur. DDH'nin başlangıcı genellikle yetişkinlik döneminde, ancak çocuklukta da ortaya çıkabilir.(4) Bizim hastamız tam yaşını veremese de çocukluktan beri olduğunu belirtmekteydi. Ayrıca fleksuraların retiküler pigmenter anomalisi olan Çinli bir yenidoğan da tanımlanmıştır.(5)

DDH fleksürlerin retiküle hiperpigmentasyonu ile kendini gösterir. Başlıca tutulum yerleri aksilla, kasık kıvrımları, meme altı kıvrımları ve boyundur. Yüz, göğüs ve bilekler tutulabilir. Pigmentasyon genellikle simetrik ve ilerleyicidir. Genel olarak, durumun yaz aylarında ve hamilelikte kötüleştiği bilinmektedir. DDH lezyonları genellikle asemptomatik olmakla birlikte, bazen kaşıntı ile ilişkili olabilirler.(4) Bizim vakamızda lezyonlara herhangi bir semptom eşik etmiyordu. Bazı durumlarda kaşıntının ısı, terleme veya sürtünme ile tetiklendiği açıklanmıştır. Klinik olarak lezyonlar, birleşebilen çeşitli boyutlarda yuvarlak ila oval hiperpigmente lentigo benzeri maküller olarak görünür. Hiperkeratoz da görülebilir. Hiperpigmente maküllere ek olarak, hastalarda genellikle sırt veya boyun üzerinde komedon benzeri foliküler papüller ve perioral bölgede çukur benzeri noktasal skarlar bulunabilir. Genital bölgede benekli maküller bulunabilir. Bu erkeklerde skrotum ve penis gövdesinde, kadınlarda vulvada tanımlanmıştır. Bizim olgumuzda da yine aynı şekilde skrotumda makuler benekli pigmentasyon net olarak görülebilmektedir. Literatürde klasik DDH sunumuna ek olarak DDH'nin atipik sunumlarını veya ek yaygın olmayan bulguları içeren çeşitli raporlar bulunmaktadır.(4)

Histopatolojik olarak suprapapiller epitelde incelleme ve bazal kısımda hiperpigmentasyon ile uzamış epidermal rete sırtları gözlenir. Uzayan reteler filiform veya boynuz şeklinde yapı oluşturur. Perivasküler lenfositik dermal infiltrasyon ve uzamış rete sırtları boyunca dermal fibroz gözlenebilir.(6) Ayrıca intraepidermal keratin kistleri de belirlenebilir. (7) Nadiren hamartomatöz epidermal değişiklikler tanımlanmıştır. Melanosit sayısında kantitatif bir artış olmaksızın, artan sayıda melanofaj gözlenmiştir.(8)

DDH örneklerinde triptaz pozitif mast hücrelerinin sayısının normal deriye kıyasla önemli ölçüde daha yüksek olduğu bildirilmiştir, bu da bazı hastaların neden kaşıntı yaşadığını açıklayabilir. Ancak, tüm hastaların kaşıntı yaşamadığı göz önüne alındığında, mast hücrelerinin tam rolü bu hastalığın patogeneğinde oynadığı rol belirsizdir.(4)

Dowling-Degos Hastalığı intertriginöz bölgeleri tutması nedeniyle, akantozis nigrikans (AN) ile ayırıcı tanıya girer. AN lezyonları daha kadifemsi ve plak tarzında olmasının yanı sıra histopatolojik özellikleri ile de DDH'dan farklıdır.(3,9) Hastamızın lezyonlarının histopatolojik incelemesinde AN'ta olmayan pigment artışı mevcuttu. DDH ile aynı hastalığın farklı klinik spektrumları olduğu düşünülür, Kitamura'nın retiküler akropigmentasyonunda pigment maküller fleksural bölgelerden ziyade akral bölgelerde, el ve ayakların dorsalinde yerleşir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

(9) Ayrıca klinik olarak DDH'den ayırt edilemeyen otozomal dominant bir genodermatoz olan Galli-Galli'den histopatolojik olarak akantozin olmaması ile ayrılır. Galli-Galli'li hastalarda da KRT5'te fonksiyon kaybı tespit edilmiştir.(4)

TEDAVİ: DDD'nin tedavisi zordur ve standart bir tedavi stratejisi henüz oluşturulmamıştır. İlk olarak, hastalara giysilerle sürtünmeden kaçınmaları ve hiperpigmentasyonun alevlenmesini önlemek için güneşten koruyucu önlemler almaları tavsiye edilmelidir.(4) Topikal kortikosteroidler, depigmentasyon yapan ajanlar, topikal retinoidler ve Er-YAG lazer ile geçici iyi sonuçlar bildirilmiştir (10,11)

SONUÇ: Nadir görülen bir hastalık olması, bildirilen vakaların sınırlı sayıda olması ve fleksural bölgelerin edinsel pigmentli lezyonlarında ayırıcı tanıda akılda bulundurulması amacıyla Dowling Degos hastalığının klinik ve histopatolojik olarak tipik özelliklerini gösteren olgunun bildiriimi uygun görülmüştür.

KAYNAKLAR:

1. Kim YC, Davis MD, Schanbacher CF, Su WP. Dowling-Degos disease (reticulated pigmented anomaly of the flexures): a clinical and histopathologic study of 6 cases. J Am Acad Dermatol 1999; 40: 462–467.
2. Asahina A, Ishii N, Kai H, et al. Dowling-Degos Disease with asymmetrical axillary distribution and No KRT 5 exon 1 mutation. Acta Derm Venereol 2007;87:556-7.
3. Batycka-Baran A, Baran W, Hrynczewicz-Gwozdz A, et al. Dowling-Degos disease: case report and review of the literature. Dermatology 2010;220:254-8.
4. Carla Stephan, MD, Mazen Kurban, MD and Ossama Abbas, 2020 the International Society of Dermatology
5. ZUO YG, HO MG, JIN HZ, WANG BX, Case report: a case of newborn onset reticulate pigmented anomaly of the flexures in a Chinese female, J Eur Acad Dermatol Venereol, 2008, 22(7):901–903
6. KIM YC, DAVIS MD, SCHANBACHER CF, SU WP, Dowling– Degos disease (reticulate pigmented anomaly of the flexure): a clinical and histopathologic study of 6 cases, J Am Acad Dermatol, 1999, 40(3):462–467.
7. RUBIO C, MAYOR M, MARTÍN MA, GONZÁLEZ-BEATO MJ, CONTRERAS F, CASADO M, Atypical presentation of Dowling– Degos disease, J Eur Acad Dermatol Venereol, 2006, 20(9):1162–1164.
8. RUBIO C, MAYOR M, MARTÍN MA, GONZÁLEZ-BEATO MJ, CONTRERAS F, CASADO M, Atypical presentation of Dowling– Degos disease, J Eur Acad Dermatol Venereol, 2006, 20(9):1162–1164.
9. Georgescu EF, St nescu L, Popescu CF, et al. Dowling-Degos disease. Rom J Morphol Embryol 2010;51:181-5.
10. Wenzel J, Tappe K, Gerdson R, et al. Successful treatment of Dowling-Degos disease with Er-YAG laser. Dermatol Surg 2002;28:748-50.
11. Altomare G, Capella GL, Fracchiolla C, et al. Effectiveness of topical adapalene in Dowling-Degos disease. Dermatology 1999;198:176-7.



PS-29

ATOPIK HASTADA GELİŞEN KOLİNERJİK ÜRTİKER: BİR OLGU

Rabia Yamak, Mehmet Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Kolinerjik ürtiker (kolÜ), ilk olarak 1924'te Duke tarafından tarif edilmiştir, benzersiz klinik özelliklerle karakterize, sık görülen bir deri hastalığıdır. Sıcak banyoya, fiziksel egzersize ve/veya duygusal strese yanıt olarak ortaya çıkan vücut sıcaklığındaki bir artışın neden olduğu terlemeden sonra, çevresinde eritemle birlikte, keskin, yüksek derecede kaşıntılı kabarcıklar ortaya çıkar. Semptomlar genellikle 1 saat içinde hızlı bir şekilde azalmasına rağmen, KolÜ'lu hastaların çoğu semptomların başlangıcında batma veya karıncalanma ağrı ve/veya kaşıntı hissettiklerinden şikayet ederler ve bu hisler yaşam kalitelerini bozar gibi görünmektedir(1).

OLGU: 17 yaşında kadın hasta vücudunda oluşan kaşıntılı, kızarık gelip geçici kabarıklıklar şikayeti ile başvurdu. Taekwondo sporu ile profesyonel olarak ilgilenen hasta egzersiz yapınca oluşan ortalama 0,5 cm çaplı küçük ürtiker papülleri tariflemekteydi. Hastanın anamnezinde yeni başlayan bu şikayetin egzersizle oluşması, küçük çaplı olması ve oluşuktan sonra bir saat kadar sürüp kaybolması neticesinde hastaya kolinerjik ürtiker tanısı konuldu. Hastanın anamnezi derinleştiginde hastanın aynı zamanda polen ve ev tozu akarı alerjisine sahip olduğu öğrenildi. Tetkiklerinde total Ige değeri 2003 tü. Atopik bünyeli olan ve kolinerjik ürtiker nedeniyle hastanemize başvuran hastaya ilk olarak oral antihistaminik tablet başlandı. Yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen, kolinerjik ürtikerin atopik kişilerde daha şiddetli ve dirençli seyrettiği bilgisi de göz önüne alınarak antihistaminik ile yanıt alınamaması halinde kolinerjik ürtikerde de etkili olan omalizumab tedavisine geçilmesi tarafımızca planlanmıştır.

TARTIŞMA: Kolinerjik ürtiker (KolÜ), fiziksel aktivite veya pasif ısınmanın neden olduğu küçük kaşıntılı kabartılar ile karakterize, indüklenebilir ürtikerin sık görülen bir şeklidir. KolÜ 'nun altında yatan patomekanizmalar tam olarak anlaşılmamıştır(3).

KolÜ'in fizyopatolojik mekanizması net olarak tanımlanmamasına rağmen, histamin, kolinerjik ajanlar (örn., asetilkolin), ter alerjisi, serum faktörleri, poral tıkanıklık ve anhidrozun semptomların gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir(1).

Semptomlar genellikle 1 saat içinde hızlı bir şekilde azalmasına rağmen, KolÜ 'lu hastaların çoğu semptomların başlangıcında batma veya karıncalanma ağrı ve/veya kaşıntı hissettiklerinden şikayet ederler ve bu hisler yaşam kalitelerini bozar gibi görünmektedir. KolÜ ya sıklıkla anjiyoödem, solunum semptomları ve/veya anafilaksi gibi şiddetli semptomlar eşlik eder. KolÜ genç yetişkinlerin %20'sini etkiler(1).



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

KolÜ kırmızı halelere sahip, genellikle 1-3 mm çapında çok sayıda farklı küçük kabarıklık gelişimi ile karakterize edilir. Ancak bu kabarıklıklar zaman zaman boyut olarak büyüyebilir ve birbirleriyle kaynaşabilir. Erüpsiyonlar avuç içi, ayak tabanı ve koltuk altı dışında vücudun herhangi bir yerinde olabilir, ancak vücudun en sık etkilenen kısmı gövdedir. Aktif veya pasif ısınma, noktasal kabartıların ve kaşıntının gelişmesine yol açtığından, semptomlar nadiren yatmadan önce ortaya çıkar. Diğer ürtiker tiplerinin aksine, KolÜ birçok hasta, sızlama veya karıncalanma ağrısı hissettiklerinden ancak kaşıntı hissetmediklerinden şikayet ederler. Hastalığa sıklıkla anjiyoödem, solunum sıkıntısı, baş dönmesi ve/veya anafilaksi gibi şiddetli semptomlar eşlik eder. KolÜ prevalansı genel olarak cinsiyete bağlı büyük bir farklılık göstermese de, anafilaksi dahil ciddi semptomların kadın hastalarda daha sık ortaya çıktığı görülmektedir. Bazı hastalarda soğuk havalarda egzersiz ve banyo sırasında alevlenmeler görülse de çoğu hastanın semptomları sıcak yaz havalarda daha belirgin hale gelir. CholU en sık yaşamın ikinci ve üçüncü dekatlarında görülür ve genel popülasyonda tahmini prevalansı %4,16-11,2'dir. Sıklıkla atopik dermatit, alerjik rinit ve bronşiyal astım gibi atopik durumlarla ilişkilidir. Orta ila şiddetli KolÜ 'li hastalar yüksek atopik oranları gösteriyor gibi görünmektedir(1).

Altrichter S ve arkadaşlarının kolinerjik ürtiker hastalarında atopik yatkınlık ve etkileri hakkında yaptıkları bir çalışmada kolinerjik ürtikerli kadınlarda erkeklere göre daha fazla atopik yatkınlık oranları (%57) bulundu. Yüksek Atopi Skorlarıyla yüksek kolinerjik ürtiker şiddeti ve aktivitesi bağlantılı bulundu. Atopiye yatkın kolinerjik ürtikerli hastaların, atopik olmayan kolinerjik hastalara kıyasla farklı mevsimsel alevlenme paternleri, IgE özgülüğü ve komorbidite profilleri gösterdiği belirlendi. Yaptıkları çalışmanın sonucunda atopik yatkınlık ve kolinerjik ürtikerin, önceden düşünülen daha yakından bağlantılı olduğunu, bunun da ortak patogenetik mekanizmalara bağlı olabileceğini belirlemişlerdir. Kolinerjik ürtikerli atopik hastalar, kolinerjik ürtiker olmayanlara göre daha şiddetli hastalığa ve daha düşük yaşam kalitesine sahiptir. Bu nedenle tüm kolinerjik ürtiker hastaları atopik yatkınlık açısından değerlendirilmelidir(2).

KAYNAKLAR:

1. Fukunaga A, Washio K, Hatakeyama M, Oda Y, Ogura K, Horikawa T, Nishigori C. Cholinergic urticaria: epidemiology, pathophysiology, new categorization, and management. Clinical Autonomic Research volume 28, pages103–113 (2018)
2. Altrichter S, Koch K, Church M.K, Maurer M. Atopic predisposition in cholinergic urticaria patients and its implications. JEADV2016,30,2060–2065
3. Altrichter S, Chuamanochan M, Knoth H, Asady A, Ohanyan T, Metz M, Maurer M. Real-Life Treatment Of Cholinergic Urticaria With Omalizumab. J Allergy Clin Immunol. Volume 143, Number 2

PS-30

MULTIPLE MUKOKÜTANÖZ BULGULAR İLE COWDEN SENDROMU

*Dilan Baştuğ, Ceyda Çaytemel, Ozan Erdem, Zafer Türkoğlu
S.B.Ü. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ VE AMAÇ: Cowden sendromu(CS), nadir görülen ektodermal, mezodermal ve endodermal kökenli hamartamatöz tümörlerle karakterize otozomal dominant kalıtılan bir hastalıktır. Kromozom 10q22-23'te lokalize olan PTEN tümör süpresör geninde germ düzeyinde mutasyon sonucu oluşur. Çok sayıda trikilemmom, multipl oral papillom, palmoplantar keratoz, akrokordon ve lipom gibi mukokütanöz lezyonların yanı sıra tiroid, meme, gastrointestinal, genitouriner ve santral sinir sistemi neoplazileri de eşlik edebilir. Burada deri şikayetleri ile Cowden sendromu tanısı konulan olgu deri bulgularının hastalık tanısındaki önemini vurgulamak için sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 37 yaşında kadın hasta, burun kenarlarında üç yıldır var olan çok sayıda deriden kabarık sert lezyonları sebebiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde; yüzde ve özellikle her iki burun kenarında çok sayıda deri renginde hiperkeratotik verrüform papülleri (FIG.5), alında çok sayıda göbekli deri renginde papülleri (FIG.3), tonsilla palatina ve gingival bölgede multipl oral papillomlar (FIG.2,4), elde punktata palmoplantar keratoz (FIG.6), ayakta akral keratoz (FIG.7), preaurikuler bölgede 2 cm çaplı kistik kitle (FIG.1) mevcuttu. Hastanın burun kenarındaki papüllerden alınan biyopsi sonucu trikilemmoma ile, alındaki göbekli papüllerden alınan biyopsi sonucu sebace hiperplazi ile uyumlu geldi. Hasta daha önce tiroidektomi ve displastik serebellar gangliositoma sebebiyle sağ subokspital kraniektomi operasyonları olmuştu. Hastada CS öntanısı ile genetik inceleme yapıldı ve PTEN gen mutasyonu tespit edildi. Bu bulgularla hastaya CS tanısı kondu. Hasta eşlik edebilecek tümörler sebebiyle genel cerrahi, beyin cerrahisi ve kadın hastalıklarına ve genetik danışmanlık için yönlendirildi.

Figür 1



Figür 2



Figür 3



Figür 4



Figür 5



Figür 6



Figür 7



SONUÇ: Cowden sendromu; PTEN gen mutasyonu sonucu oluşan, hem mukokutanöz hem de ekstrakutanöz hamartomatöz tümörlerin eşlik ettiği ve artmış malignite riskinin görüldüğü nadir bir hastalıktır. Mukokutanöz bulgular genellikle ilk ve ayırt edici klinik bulgular olup çoklu organ sistemlerindeki etkiler göz önüne alındığında, özel genetik danışmanlık da dahil olmak üzere multidisipliner bir tedavi ekibine ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR:

1. Lachlan KL, Lucassen AM, Bunyan D, Temple IK. Cowden sendromu ve Bannayan Riley Ruvalcaba sendromu, değişken ekspresyon ve yaşa bağlı penetrasyon ile bir durumu temsil eder: PTEN mutasyon taşıyıcılarının klinik bir çalışmasının sonuçları. J Med Genet 2007; 44:579.
2. Zori RT, Marsh DJ, Graham GE, et al. Cowden sendromu ve Bannayan-Riley-Ruvalcaba sendromu olan bir ailede Germline PTEN mutasyonu. J Med Genet'im 1998; 80:399.



PS-31

ERİTEMLİ ANNULER SINIRLI EKSTRAGENİTAL LİKEN SKLEROSUS ET ATROFİKUS

*Büşra Zıplar, Şenay Ağırçöl, Ozan Yıldırım, Fatmagül Kuşku Çabuk, Zafer Türkoğlu
S.B.Ü. Başaşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ VE AMAÇ: Liken Sklerosus et Atrofikus (LSA) ; inflamatuvar fazın ardından kronik skarlaşma ve cilt atrofisi ile giden kronik bir dermatozdur. LSA, sıklıkla anogenital prezentasyona sahip olmakla birlikte ekstragenital tutulum da görülebilir. LSA, pek çok klinik varyantı olmasına rağmen klasik olarak atrofik "porselen beyazı" görünümüne sahiptir. Sıklıkla beyaz, poligonal papüller olarak başlayıp; plaklar halinde birleşerek atrofik bir yüzey kazanmakla birlikte genelde asemptomatiktir. Klasik LSA plakları dışında ekstragenital tutulumlarda atipik kliniklerin olduğu bildirilmiştir. Ekstragenital tutulum gövde, ekstremitelerin proksimalleri, sırt, karın ve oral mukozanın tutulabildiği nadir bir varyanttır. Biz burada, bilateral üst ekstremitelerde ekstremitelerde belirgin ekstragenital liken sklerosus et atrofikus tutulumu olan 33 yaş erkek hastayı sunduk.

OLGU SUNUMU: 33 yaşında erkek hasta, her iki kolda ara ara kaşıntılı döküntü şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın hikayesi sorgulandığında şikayetlerinin 1 yıl önce kaşıntı ile birlikte sol kolda başladığı sonrasında sağ kolda da görüldüğü öğrenildi. Hastanın anamnezinde ek hastalık ve ilaç öyküsü yok idi. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde; sol kol ekstremitelerde yüzde belirgin olmak üzere, bilateral sağ ve sol kolda en büyüğü 2*2 cm boyutlarında sınırları belirgin kabarık ve eritemli ortası atrofik annuler plaklar mevcut idi.(Resim 1,2) Hastanın anogenital muayenesi doğaldı. Hastadan; liken sklerosus et atrofikus, granuloma annulare, porokeratoz, annuler sarkoidoz, malign atrofik papüloz ve eritema gyratum repens ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Deri lezyonlarından yapılan histopatolojik incelemede; ortokeratoz tabakası altında epidermiste incelleme, bazal tabakada pigment artışı, dermiste üst kısımda hafif hyalinizasyon, perifolikülitler ve seyrek lenfosit ekstremitelerde izlendi.(Resim 3) Yapılan histokimyasal incelemede; EVG boyasında üst dermiste elastik lif kaybı görüldü.(Resim 4) Hasta bu klinik ve histopatolojik bulgularla ekstragenital LSA olarak değerlendirildi. Hasta 2 hafta boyunca topikal mometazon 2*1 ve oral antihistaminik tedavisi ile takip edildi. Hastanın topikal mometazon 2*1 tedavisi altındaki kontrollerinde kaşıntılarının devam etmesi ve lezyonların mevcut tedaviye yanıtının yetersiz olması üzerine tedavisi topikal klobetazol 2*1 ile değiştirildi. Mevcut tedavi altında hastanın yeni lezyon çıkışı olmayıp, hastanın takiplerinde lezyonlarında gerileme olduğu görüldü.

Resim 1

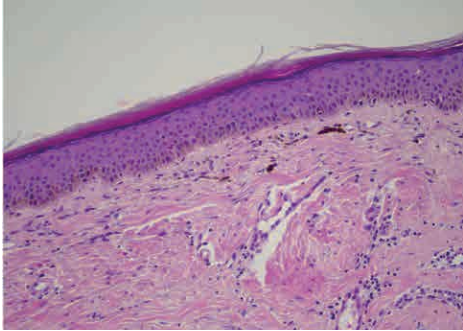


Resim 2



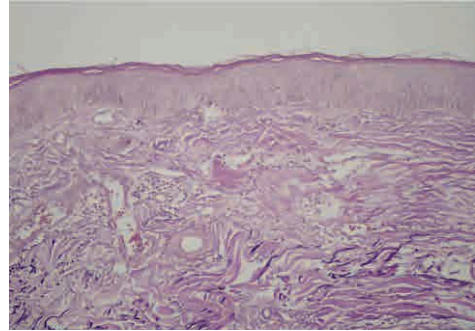
Resim 1. ve 2. Tedavi öncesi sağ kol ve sol kol ekstansör yüzde sınırları belirgin eritemli ortası atrofik annuler plaklar

Resim 3



Histopatolojik incelemede; ortokeratoz, bazal tabakada pigment artışı, dermiste hafif hiyalinizasyon ve lenfosit ekstravazyonu

Resim 4



Histokimyasal incelemede; EVG boyasında üst dermiste elastik lif kaybı

SONUÇ: Liken sklerosus et atrofikus ile ilgili ilk rapor, 1887'de liken planusun atrofik bir formunu tanımlayan Francois Henri Hallopeau tarafından yapılmıştır(1). Ekstragenital LSA lokalize veya dissemine olabileceği gibi Blaschko çizgilerini de takip edilebilir(2). Özellikle travma bölgelerinde LSA gelişmesiyle koebnerizasyon bildirilmiştir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya **TURKEY**

Eritemli sınırlı ekstragenital LSA'nın insidansı ve önemi bilinmemektedir. Hastamızda olduğu gibi bu eritematöz halonun devam eden aktif inflamatuvar fazı işaret edebileceği düşünülmektedir.(3) Olgumuz 1 yıldır takip altında olup, son 6 aydır lezyonları stabildir.

Tüm LSA tipleri için birinci basamak tedavi, güçlü topikal glukokortikoidlerin kullanılmasıdır. Glukokortikoidleri tolere edemeyen hastalar için topikal kalsinörin inhibitörleri de kullanılır. Fototerapi(UVA1), ekstragenital lezyonları genital lezyonlardan daha etkili bir şekilde temizlediği gösterilen bir tedavi modalitesidir. Daha sınırlı hastalık için intralezyonel glukokortikoidler, yaygın hastalık için ise sistemik glukokortikoidler kullanılabilir. Biz hastamızı güçlü topikal glukokortikoidler ile takip etmekteyiz.

Sonuç olarak; LSA, sıklıkla anogenital prezentasyona sahip olmakla birlikte ekstragenital tutulumun da görülebildiği bir antidedir. LSA'nın hipopigmente atrofik yamalara ek olarak vakamızda olduğu gibi farklı klinik varyantlarda da görülebileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Hallopeau H. Lichen plan sclereux. Ann Dermatol Syphilol 1889; 10:447
2. Choi SW, et al. A case of extragenital lichen sclerosus following Blaschko's lines. J Am Acad Dermatol 2000; 43:903
3. Megan Surkan, Peter Hull. A Case of Lichen Sclerosus et Atrophicus With Distinct Erythematous Borders. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery 2015, Vol. 19(6) 600–603



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

PS-32

HEKİM OLMAYAN KİŞİ TARAFINDAN UYGULANAN PLAZMA CİLT REJEVUNASYONU SONUCU GELİŞEN HERPES AKTİVASYONU VE İMPETİJİNASYON OLGUSU

Aslan Yürekli¹, Esra Merve Evran²

¹Kuşadası Devlet Hastanesi Cildiye Kliniği, Aydın

²KSÜ Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği, Kahramanmaraş

ÖZET: Plazma enerjisi ile cilt yenilenmesi, cilt üzerinde termal bir etki yaratmak için plazma enerjisini kullanan yeni bir yüzey yenileme yöntemidir. Plazma enerjisi lazerler, ışık kaynakları ve ablatif lazerlerden farklıdır, çünkü yapılan işlem kromofora bağımlı değildir ve dokuyu buharlaştırmaz. Doğal bir biyolojik örtü görevi gören ve yara iyileşmesini ve hızlı iyileşmeyi teşvik eden sağlam, kurumuş bir epidermis tabakası oluşturur. Oldukça güvenli olan bu yöntemle bugüne kadar önemli bir yan etki bildirilmemiştir. Biz burada hekim olmayan kişi tarafından yapılan plazma uygulaması sonrası oluşan herpes aktivasyonu ve sekonder impetijinasyon gelişen bir olguyu paylaşıyoruz.

GİRİŞ: Cihaz bir el aleti aracılığıyla cilt yüzeyine milisaniyede azot bazlı plazma darbeleri ileterek çalışır(1). El aleti içindeki ultra yüksek frekanslı jeneratör, plazma adı verilen aktifleştirilmiş iyonize gazı dönüştürülen asal azot gazını uyarır. Verilen enerji, eski foto hasarlı epidermal hücreleri uzaklaştırmak için cildin yüzeyinde, kollajen büyümesini desteklemek için cilt yüzeyinin veya dermisin altında çalışan bir ısıtma eylemi üretir(2). Plazma enerjisinin derin termal etkileri kendine özgü olsa da CO2 veya erbium lazerlerle biraz benzerlik gösterir. İlk olarak dermal kollajenin termal denatürasyonu ile doku kontraksiyonu gerçekleşir. Sonrasında fibroblast aktivasyonu, neokollagen ve solar elastozun azaltılması için gerekli olan bir yara iyileşme kaskadını uyarır. Bugüne kadar, önemli bir yan etki bildirilmemişse de herpes aktivasyonu, postenflamatuvar hiperpigmentasyon ve bakteriyel enfeksiyon görülebilecek yan etkiler arasındadır (3).

OLGU SUNUMU: 50 yaşında bayan hasta kliniğimize yüzde yaralar şikayeti ile başvurdu. Hastanın alnında, yanaklarında, göz ve ağız çevresinde eritemli zeminde grube veziküller, erode lezyonlar ve krutlar mevcuttu (Resim-1,2). Hastanın hikayesi sorgulandığında, hastaya 5 gün önce bir güzellik merkezinde hekim olmayan kişi tarafından plazma enerjisi uygulandığı öğrenildi. Hastaya herpes virüs aktivasyonu ve sekonder impetijinasyon tanısı koyularak topikal mupirosin krem ve oral asiklovir tedavisi başlandı. 10 gün sonra kontrole gelen hastanın lezyonları gerilemiş ve herhangi bir pigmentasyon kalmamıştı (Resim-3).

TARTIŞMA: Plazma cilt rejenerasyon teknolojisi, diğer cilt rejenerasyon yöntemlerine kıyasla ışık veya radyofrekans yerine plazma kaynaklı enerjiyi kullanır. Plazma enerjisi, yüz ve periorbital kırışıklıkları iyileştirmede etkilidir ve eller, boyun ve göğüs de dahil olmak



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

üzere yüz dışı bölgelerde de kullanılabilir. Değişken enerji ayarlarındaki çok sayıda tedavi protokolü, bireyselleştirilmiş tedavilere izin vermekte ve uygulayıcıya yaralanma derecesi ve sonraki iyileşme süresinin uzunluğu üzerinde kontrol edilebilir bir uygulama imkanı sağlamaktadır (4).

Plazma enerjisi yüzeysel deri lezyonlarının, aktinik keratozların, viral papillomaların ve seboreik keratozların tedavisi için FDA onayı almıştır. Plazma enerjisi ayrıca, diskromiler, foto yaşlanma, cilt gevşekliliği ve akne skarları gibi diğer durumların tedavisinde de yararlı etkilere sahiptir. Plazma enerjisi uygulanan hastalar üzerinde yapılan histolojik çalışmalar, tedaviden 1 yıl sonra kollajen üretiminin devam ettiğini elastozun azaldığını ve cilt gençleşmesinin ilerleyerek devam ettiğini göstermiştir (5).

Plazma enerjisi bir kromoforla etkileşime girmediği için ani bir buharlaşma üretmez ve bu sebeple ablatif lazerlerden daha homojendir. Yüze 1.5-2.0 J dozunda yapılan her tedaviyi takiben, tipik olarak 4 günlük eritem ve bazı hastalarda 2-4. günlerde yüzeysel ekfoliasyon görülür. 3.0-4.0 J'deki yüksek enerji içeren tedavilerden sonra beklenen iyileşme süresi ortalama 7 gündür. İşlem sonrası tekrarlayan uygulamalarla vazelin merhem kullanarak açık bir pansuman ile bakım yapılır. Güneş koruyucular ve makyaj, deskuamasyonu takiben, yüksek enerjili tedaviyi takip eden postoperatif 7. günde genellikle güvenlidir (5).

Literatür taraması yaptığımızda tedavi sonrasında nadir de olsa herpes simpleks virüsü reaktivasyonu, bakteriyel enfeksiyon ve pigmentasyon geliştiğini gördük (6). Hastalar tedavi sonrası uygun bakım ve tedavi alanının manipülasyonunun sonuçları hakkında kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmelidir. Ancak dikkat edilmesi gereken en önemli konu hekim olmayan kişilerin elinde böylesine güvenli bir cihazın bile ne denli tehlikeli olabileceğidir.

KAYNAKLAR:

1. Foster KW, Moy RL, Fincher EF. Advances in plasma skin regeneration. J Cosmet Dermatol. 2008 Sep;7(3):169-79.
2. Holcomb JD. Plasma Energy Skin Rejuvenation. Facial Plast Surg Clin North Am. 2020 Feb;28(1):67-74.
3. Theppornpitak N, Udompataikul M, Chalermchai T, Ophaswongse S, Limtanyakul P. Nitrogen plasma skin regeneration for the treatment of mild-to-moderate periorbital wrinkles: A prospective, randomized, controlled evaluator-blinded trial. J Cosmet Dermatol. 2019 Feb;18(1):163-168.
4. Ji Y, Guo L, Zhang Y, Liu Y. Comparison of topical anesthesia and subcutaneous infiltration anesthesia with regard to effect of plasma skin regeneration system. J Cosmet Laser Ther. 2015;17(6):330-4.
5. Kono T, Groff WF, Sakurai H, Yamaki T, Soejima K, Nozaki M. Treatment of traumatic scars using plasma skin regeneration (PSR) system. Lasers Surg Med. 2009 Feb;41(2):128-30.
6. Elsaie ML, Kammer JN. Evaluation of plasma skin regeneration technology for cutaneous remodeling. J Cosmet Dermatol. 2008 Dec;7(4):309-11.

PS-33

PAKİDERMOPERİOSTOZİS

*Ahmet Onur Soğuksu, Mehmet Melikoğlu, Melike Güve
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum*

GİRİŞ VE AMAÇ: Pakidermoperiostozis (PDP) parmaklarda çomaklaşma, yüz derisi ve saçlı deride kalınlaşma ve kabalaşma, uzun kemiklerde kortikal kalınlaşma, sebase bezlerin aşırı aktivitesi ile seyreden nadir görülen bir sendromdur. İlk olarak 1868 yılında tanımlanmış ve otozomal dominant kalıtım gösterdiği düşünülmüştür. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür. Aslan yüzü görünümü, el ve ayaklarda kabalaşma, distal falankslarda çomaklaşma, el ve ayakta hiperhidrozisle polikliniğimize başvuran erkek hastayı sunuyoruz

OLGU SUNUMU: 55 yaşındaki hastamız yüzündeki derin oluklanmalar, el ve ayaklarda çomaklaşma ve göz kapaklarındaki düşüklük şikayetiyle ile kliniğimize başvurdu.. Hastalığının 10 yaşında başladığını seneler içinde ilerleyerek şu andaki klinik görünümünün olduğunu ifade etti. Ailede benzer hastalığın olmadığını ifade etti. Hastamızın bilinen KOAH hastalığı mevcuttu. Dermatolojik muayenede, yüzde, özellikle alın, burun yan bölgeleri ve zigomatik alanda deri çizgilerinin kalınlaşarak derin oluklar oluşturduğunu, göz kapaklarının hipertrofik olmasından dolayı her iki gözde ptosis, saçlı deri çizgisinde net olarak görülen kutis verticis girata bulgusu ve saçlarda kepeklenme vardı. Yüzde yağlı bir görünüm ile birlikte hastada tipik aslan yüzü görünümü, ayaklarda daha fazla olmak üzere el ve ayakta belirgin bir derecede hiperhidrozis mevcuttu (fiekil 1). Her iki el ve ayakta distal falankslarda çomaklaşma mevcuttu (fiekil 2). Hastadan alınan laboratuvar tetkikleri normaldi. Tipik yüz görünümü, kutis verticis girata bulgusu, yüzde ve saçlı deride sebore, el ve ayakta hiperhidrozis, distal falankslarda çomaklaşma olan hastamıza PDP tanısı kondu. Hastanın eklemlerinde ağrı şikayeti olduğundan fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğine konsulte edildi. Hastanın göz ile alakalı şikayetleri göz kliniğine konsulte edildi.

Resim 1



Resim 2



Resim 1



Resim 2



TARTIŞMA: Pakidermoperiostozis (PDP) deri ve iskelet sistemini etkileyen, nadir görülen, otozomal dominant geçişli bir sendromdur. Erkeklerde kadınlardan daha sık görülür (1,2).

PDP deri ve iskelet sisteminde hipertrofik bulgularla kendini gösterir. Distal falanksalarda çomaklaşma (%89), kaba yüz görünümü (%61), kutis verticis girata (%24), fil ayağı (%24) ve sebore (%33) gözlenir. Kemik tutulumu sıklıkla uzun kemiklerde kortikal kalınlaşma şeklindedir (2). Radyolojik olarak periostit görünümü %97 oranında tespit edilmiştir(2,3). Derin nazolabial oluk, alın çizgisinin oluk flekinde olması, kırışmış gibi görünen saçlı deri, hastada aslan yüzü görünümüne neden olur. Yüz ve saçlı deride yağlı görünüm vardır. El ve ayaklarda hiperhidrozis sık rastlanan bulgulardandır (1).

Hastalığın oluşum mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Değişen periferik kan akımı gözlenen hastalarda kapiller staz, lokal hipoksiye yol açarak kollajende proliferasyon yaptığı düşünülmektedir. Ayrıca GH'un fibroblast, endotel hücreleri ve osteoblastları aktive ederek hastalığı oluşturabileceği düşünülmüştür (2).

PDP de ptosis olabilir. Orta derecede olanlar tedavi gerektirmediği halde, ileri derecede olanlar cerrahi olarak düzeltilmesi gerekir (4). Sıklıkla üst göz kapaklarının yatay ve dikey çapları artmıştır. Zaman zaman blefarit de olabilir (1). Ayrıca korneal lökoma, katarakt ve presenil maküler distrofi de bildirilmiştir (4).

PDP akromegali, tiroid akropati, sifilitik periostozis ve lepramatöz lepra ile ayırıcı tanıya gider (2). PDP'nin etkin bir tedavisi yoktur. Kozmetik olarak hastanın şikayetlerine yardımcı olunabilir (1).

Olgumuzda aslan yüzü görünümü, el ve ayaklarda kabalaşma, distal falanksalarda çomaklaşma, el ve ayakta hiperhidrozisi vardı. Saçlı deride kutis verticis girata ile birlikte kepeklenme ve yüzde yağlı görünüm izlendi. PDP nadir görülen bir sendrom olması sebebiyle sunmayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR:

1. Monteiro E, Carvalho P, Silva A, Ferraro A: Frontal rhytectomy: a new approach to improve deep wrinkles in a case of pachydermoperiostosis. *Plast Reconstr Surg* 2003;15:1189-91.
2. Thappa DM, Sethuraman G, Kumar GR, Elangovan S: Primary pachydermoperiostosis: a case report. *J Dermatol* 2000;27:106-9
3. Viola IC, Joffe S, Brent LH: Primary hypertrophic osteoarthropathy. *J Rheumatol* 2000;27(6):1562-3
4. Arinci A, Tümerdem B, Karan MA, Erten N, Büyükbabani N: Ptosis caused by pachydermoperiostosis. *Ann Plast Surg* 2002;49(3): 322-5.



PS-34

ERİŞKİN HASTALARDA DA UNUTULMAMASI GEREKEN BİR TANI; EL AYAK AĞIZ HASTALIĞI

Rabia Yamak, Mehmet Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: El, ayak ve ağız hastalığı, ağırlıklı olarak beş yaşın altındaki çocukları etkileyen oldukça bulaşıcı bir hastalıktır(1). İlk kez 1957 yılında Yeni Zelanda'dan tanımlanmıştır(2). Tipik oral enanem ardından avuç içi ve ayak tabanlarda veziküller bulunan makülopapüler ekzantem olarak seyrederek. Etkeni pikornaviridea ailesinden Ekovirus, koksakivirüs A5, A7, A9, A10, B2, B5, A16 ve Enterovirüs 71, 72 olarak bildirilmektedir(2). En yaygın olarak enterovirüs 71 ve koksakivirüs A16 neden olur. Hastalık yetişkinlerde çok daha az yaygındır ve sıklıkla atipik deri lezyonları ile kendini gösterir(1).

OLGU: 32 yaşında sağlıklı erkek hasta el ayak ve ağız çevresinde oluşan döküntü şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde başvurudan 4 gün ateşi, halsizliği olduğu öğrenildi. Ateşten bir gün önce ağız çevresinde, çenede, burunda ve alında birkaçı da yanaklarda makül, papül ve veziküller döküntüleri başlamıştı. Daha sonra kafa derisi, avuç içi ve ayak tabanlarında ve daha az yoğun olarak bacak distal ve bileklerde olmak üzere kaşıntılı, maküler deri lezyonları ortaya çıkmıştı. Muyanesinde deri lezyonları eritematöz maküller ve soliter papüllerden, nadir görülen veziküllere, erozyonlara ve sarımsı renkli kurutlara kadar farklı şekilde ve renkteydi. Veziküller çoğunlukla ağız çevresindeydi. Avuç içi ve ayak tabanlarında, el ve ayak sırtında baskın lezyonlar purpurik maküllerdi. Ağız boşluğunda ağızda herhangi bir rahatsızlığa neden olmayan iki erozyon tespit edildi. Bağışıklık yetmezliği, atopi öyküsü veya klinik belirtileri saptanmadı. Laboratuvar bulguları serumda yüksek C-reaktif protein (24 mg/l) ortaya çıkarırken, beyaz kan hücre sayımı, hemogloblin, karaciğer testleri, böbrek fonksiyonu, miyogloblin, kreatinin kinaz ve idrar analizi dahil olmak üzere diğer tüm laboratuvar testleri normaldi. Çekilen akciğer grafisi normaldi. Anamnez ve klinik bulgular eşliğinde el, ayak ve ağız hastalığı tanısı konuldu. Tedavide topikal olarak yüze fusidik asit, hidrokortizon kombine kremi, avuç ve ayak içine mometozon kremi başlandı. Kaşıntı nedeniyle peroral antihistaminikler de verildi. 4 gün içinde cilt değişiklikleri geriledi. 4 gün sonra kalan az sayıda makülle ve genel durumu iyi olarak taburcu edildi.

Biz tipik olarak 2-10 yaş arasındaki çocuklarda görülen döküntülü viral enfeksiyon olan el-ayak-ağız hastalığının erişkinlerde de görülebileceği ve ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla vakayı sunmayı uygun bulduk.

TARTIŞMA: El-ayak-ağız hastalığı (EAAH); bulunulan coğrafik bölge ve mevsimlere göre, değişen oranlarda salgınlara yol açabilen bulaşıcı viral bir enfeksiyon hastalığıdır. İlk kez 1957 yılında Yeni Zelanda'dan tanımlanmıştır. Etkeni Pikornaviridea ailesinden ekovirus,



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

koksakivirüs A5, A7, A9, A10, B2, B5, A16 ve enterovirüs 71, 72 olarak bildirilmektedir(2). En yaygın olarak enterovirüs 71 ve coxsackievirüs 16 neden olur(2).

Tipik olarak, kısa bir prodromal evre hafif ateş, nezle semptomları, karın ağrısı, kusma ve diyare sonrasında görülen eroziv oral enanem ardından avuç içi ve tabanlarda veziküller bulunan makülopapüller ekzantem, olarak seyrederek(1,2). EAAH fekal-oral yolla, oral-faringeal sekresyonlar yoluyla veya doğrudan cilt teması ile bulaşır (1). Hastalık genellikle ilkbahar ve yaz aylarında ortaya çıkar.(1).

Son zamanlarda, özellikle koksakivirüs 6 ve koksakivirüs 10 olmak üzere dünya çapında el, ayak, ağız salgınlarına neden olan yeni enterovirüs serotipleri bildirilmiştir. Koksakivirüs 6 ile ilgili el, ayak ve ağız hastalığının klinik sunumu klasik el, ayak ve ağız hastalığından farklıdır; dağılımında purpurik lezyonlarla daha yaygın olabilir. Bu nedenle, hem koksakivirüs 6 ile ilişkili el, ayak, ağız hastalığının atipik klinik sunumu hem de el, ayak ve ağız hastalığının bir çocukluk hastalığı olarak algılanması nedeniyle, erişkin vakalarda tanı konulmasında gecikme olabilir ve bunun sonucunda hastalığın yayılma riski artabilir(1). Solunum yolu ile bulaşan virüsün 5-7 günlük kuluçka süresi vardır(2). Her ne kadar EAAH olarak adlandırılmış olsa da; lezyonlar gluteal bölge, diz, dirsek ve perioral alanlarda da görülebilmektedir. Tüm lezyonlar 1-2 hafta içerisinde kendiliğinden düzelir. Hafif ve kendini sınırlayan bir hastalık olmakla birlikte; aseptik menenjit, ensefalit, miyokardit, pulmoner ödem ve/veya hemoraji, plevral effüzyon, akut flask paralişi ve dehidratasyon gibi komplikasyonlara da rastlanabilmektedir(2). Hastalık çocuklar arasında oldukça bulaşıcıdır, ancak yetişkinlerde çok daha az bulaşıcıdır(1). İmmün yetmezliği olan hastalarda daha sık görülür. Atopi ayrıca yetişkinlerde hastalık oluşumu için bir risk faktörü olarak kabul edilir. Bağışıklığı yeterli yetişkinlerde virüsları daha yüksek enterovirüs suşu ile enfeksiyondan şüphelenilmelidir(1). Koksakivirüs 6, hastalığın daha kötü bir klinik seyrine ve atipik klinik belirtilere neden olma kapasitesine sahip en agresif formu gibi görünmektedir (1).

Tanı genellikle klinik olarak cilt lezyonlarının karakteristik dağılımı ve tipi ile konur (1). Oral lezyonların ayırıcı tanısında aftöz ülserler ve primer herpes simpleks gingivostomatit bulunurken, makülopapüller veya veziküller döküntülerde suçiçeği, id reaksiyonu, eritema multiforme ve egzama herpetikum düşünülmalıdır. Tedavi destekleyicidir. Çoğu durumda hastalık kendi kendini sınırlar ve sekeli olmaz(1).

KAYNAKLAR:

1. Prinziö AD, Bastard DP, Torre AC, Mazzuoccolo LD. Hand, foot, and mouth disease in adults caused by Coxsackievirüs B1-B6.ABD-514; No. of Page5
2. İbrahim Hakan Bucak, Birgöl Tepe*, Habip Almiş, Ahmet Köse, Mehmet Turgut. Pediatri ve dermatoloji kliniklerinin ortak tanısı: El-ayak-ağız hastalığı olan otuz dokuz hastanın prospektif izlemi. Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereology 2017;51:41-5



PS-35

ERASMUS SENDROMU: SİLİKA İLİŞKİLİ SİSTEMİK SKLEROZİS

Kamer Faruk Coşkun¹, Meryem Aysıt¹, Şenay Ağıröğl¹, Begüm Çalım Gürbüz², Fatih Yıldırım³, Zafer Türkoğlu¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

³ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Silikozis, mesleki ve çevresel maruziyet sonucu inorganik silika partiküllerinin inhalasyonu sonucu gelişen bir çeşit interstisyel akciğer hastalığıdır. Nadir görülen bir pnömokonyoz olmakla beraber son yıllarda ülkemizde kot taşlamaacılığı mesleğinin gelişmesi üzerine silikozis görülme sıklığı artmıştır. Silika kristalleri, silikozis etyolojisinde yer almanın yanı sıra Sistemik Lupus Eritematozus, Romatoid artrit, Sistemik Sklerozis ve anti-nötrofilik sitoplazmik antikor-ANCA ilişkili vaskülit gibi otoimmün hastalıklardan da sorumlu tutulmaktadır. Silika maruziyeti sonucu gelişen sistemik skleroz tablosu Erasmus Sendromu olarak isimlendirilmiştir. Silika tozları ve sistemik skleroz gelişimi arasındaki ilişki ilk kez 1957'de Erasmus tarafından gösterilmiştir. Burada cilt bulguları nedeni ile kliniğimize başvuran, 12 yıl kot taşlama işinde çalışmış 47 yaşında erkek hastada silika maruziyeti sonucu gelişen silikozis ve buna eşlik eden sistemik skleroz bulguları ile Erasmus Sendromu tanısı alan olgu sunulmaktadır.

GİRİŞ VE AMAÇ: Silikozis, mesleki ve çevresel maruziyet sonucu inorganik silika partiküllerinin inhalasyonu sonucu gelişen bir çeşit interstisyel akciğer hastalığıdır. Nadir görülen bir pnömokonyoz olmakla beraber son yıllarda ülkemizde kot taşlamaacılığı mesleğinin gelişmesi üzerine silikozis görülme sıklığı artmıştır.^{1,2}

Silika kristalleri, silikozis etyolojisinde yer almanın yanı sıra Sistemik Lupus Eritematozus, Romatoid artrit, Sistemik Sklerozis ve anti-nötrofilik sitoplazmik antikor-ANCA ilişkili vaskülit gibi otoimmün hastalıklardan da sorumlu tutulmaktadır.³

Silika maruziyeti sonucu gelişen sistemik skleroz tablosu Erasmus Sendromu olarak isimlendirilmiştir. Sistemik skleroza silikozis tablosu eşlik edebilir.

OLGU: 47 yaş erkek hasta vücudunda simetrik yerleşimli, 6 aydır devam eden kahverengi renk değişikliği ve kaşıntı sebebiyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde bilinen bir sistemik hastalığı olmadığı, geçmişte 12 yıl kot taşlama işinde çalıştığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde; omuzlarını ve gövde üst kısmını koltuk altı kısmına kadar kaplayan arada sağlam deri adalarının olduğu yaygın kahverengi plakları, (Resim 1) sırtta dağınık yerleşimli 3-10mm çapında guttat hiperpigmente plakları mevcuttu ve orta hatta sırtın elle ulaşılamayan



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

kısmında lezyon oluşmadığı görülmekte idi.(Resim 2) Gövde ön lezyonlarından punch biyopsi alınarak ileri tetkiklerinin yapılması amacı ile interne edilen hastanın akciğer grafisinde Kardiyotorasik İndeks(KTO) artmış gözlemlendi. Ekokardiyografide(EKO) EF %65, orta perikardiyal efüzyon bulguları saptandı. Mevcut bulguların bağ doku hastalığına sekonder gelişmiş olabileceği şeklinde değerlendirildi.Romatolojik açıdan yapılan muayenesinde ellerde MKF (metakarpofalengeal) eklem proksimaline taşan deri sertliği, erken dönem sklerodaktili, el ve parmaklarda ödematöz görünüm (puffy hand) (Resim 3), tırnak kapilleroskopisinde dev kapillerler ve splinter hemorajiler(Resim 4) görüldü. Raynaud fenomeni, fotosensitivite, livedo retikularis, kilo kaybı, ateş, gece terlemeleri, ağız ve göz kuruluğu yoktu.Kan tetkiklerinde ANA 1/640 nükleolar, 1/320 ince benekli (+), ENA profili ve anti dsDNA(-) sonuçlandı.

Malignite ve silika ilişkili bağ doku hastalığı ön tanıları ile araştırılan hastada PET görüntülemeleri ve insizyonel biyopsiler ile malignite ekarte edildi.

Hastanın hiperpigmente cilt lezyonları, puffy hand, kapilleroskopide dev kapillerler ve aktif hemorajik odaklar, toraks BT'de her iki akciğerde interlobüler septal kalınlaşmalar, SFT ve DLCO ile desteklenen interstisyel akciğer hastalığı bulguları, 1/640 nükleolar 1/320 ince benekli ANA+ olması nedeniyle silika ilişkili sistemik bağ doku hastalığı-sistemik skleroz olarak tanımlandı. Cilt biyopsisinin histopatolojik incelemesinde kollajende kabalaşma ve artış, ekrin duktuslarda hafif basıklaşma izlenmiş ve bu bulguların kollajen hasarı ile giden hastalıklar ile uyumlu olabileceği belirtilmiştir.

Tedavide 40mg metilprednizolon IV, mikofenolat mofetil 2g/gün PO şekilde başlandı. Metilprednizolon tedavisi tedricen 4mg'a kadar azaltıldı. Perikardiyal efüzyon nedeni ile Kolşisin 2*1 ve NSAID tedavisi başlanan hastada efüzyonun gerilememesi üzerine cerrahi girişim ile perikardiyal pencere açıldı.Kontrol EKO görüntülemelerinde efüzyon saptanmadı. Solunumsal şikayeti olmayan hastanın cilt hiperpigmentasyonu, MKF'leri hafif geçen deri sertliği ve puffyhand görünümü son kontrollerinde minimal düzeyde geriledi. Mevcut tedavisinin devamı ile kardiyak, solunumsal şikayetlerin kontrolü, ellerdeki deri sertliğinin takibi planlandı.

SONUÇ: Silika tozları ve sistemik skleroz gelişimi ilk kez 1957'de Erasmus tarafından gösterilmiştir. Silika ilişkili sistemik sklerozisin klinik, serolojik ve immünolojik olarak idiyomatik Sistemik sklerozis ile ayrımının zor olduğu vurgulanırken, silika ilişkili sistemik sklerozda akciğer tutulum sıklığı ve şiddetinin daha fazla olduğu, olgumuzdakinin aksine anti Scl 70 antikorlarında daha yüksek oranda pozitiflik olduğu da belirtilmiştir. 4



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya **TURKEY**

Sistemik sklerozis, ciltte, damar yapılarında ve iç organlarda yaygın fibrotik ve dejeneratif değişiklikler ile seyreden bir multisistem hastalıktır. Maruz kalınan çok sayıda mesleki veya diğer ajanlar, örneğin silika tozları, epoksi reçineleri, bleomisin ve benzen sistemik skleroza neden olabilmektedir. Ülkemizde de son zamanlarda artan kot taşlamaçılığı nedeni ile bu hastalığın artabileceği ve bu alanda çalışanların mesleki açıdan bilgilendirilmesi ve korunması konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR:

1. Akira M. High-resolution CT in the evaluation of occupational and environmental disease. Radiol Clin North Am 2002;40(1):43-59.
2. Sahbaz S, Inonu H, Ocal S, Yılmaz A, Pazarlı C, Yeginsu A, et al. Denim sandblasting and silicosis two new subsequent cases in Turkey. Tuberk Toraks 2007;55(1):87-91.
3. Sharma RK, Sharma AK, Sharma A. Erasmus Syndrome: Association of Silicosis and Systemic Sclerosis. Indian Dermatol Online J. 2018;9(3):185-187. doi:10.4103/idoj.IDOJ_201_17
4. Jain S, Joshi V, Rathore YS, Khippal N. Erasmus Syndrome: Silicosis and Systemic Sclerosis. Indian J Occup Environ Med. 2017 May-Aug;21(2):94-96. doi: 10.4103/ijoem.IJOEM_120_17



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**
08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

PS-36

NADİR BİR ERÜPTİF KSANTOM OLGUSU: PALMAR TUBEROZ KSANTOM

*Elif Çetinkaya, Meryem Aysit, Şenay Ağırgöl, Elif Gökçe Devocioğlu, Zafer Türkoğlu
SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul
SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ: Erüptif ksantom; ani başlangıçlı, 1-5 mm boyutlarında, turuncu-pembe renkli, sert papüllerden meydana gelir (1). Papüllerin birleşmesiyle yassı plaklar veya nodüller oluşabilir. Başlangıçta eritemli ve inflamatuvar bir halo ile çevrili olabilir (2). Kaşıntı ve hassasiyet eşlik edebilir. En sık ekstremite ve kalçaların ekstansör yüzlerine yerleşir (3-4). Koebner fenomeni genellikle pozitifdir (5-6) Erüptif ksantomun en sık nedeni hipertrigliseridemi. Erüptif ksantomlara neden olabilen kalıtsal lipit bozuklukları ailevi şilomikronemi (tip 1 hiperlipidemi – primer lipoprotein lipaz defekti veya apoprotein C-II disfonksiyonu), endojen ailesel hipertrigliseridemi (tip 4 hiperlipidemi), miks hiperlipidemi (tip 5 hiperlipidemi – sekonder lipoprotein lipaz defekti) (7). Kalıtsal hiperlipidemiler dışında etiyojide nonregüle tip 2 DM, obezite, hipotiroidi, paraproteinemiler, nefrotik sendrom, alkolizm ve bazı ilaçlar yer alır. Lezyonlar hipertrigliseridemiye yönelik tedavi sonrası genellikle hızla düzelir.

Burada 49 yaşında erüptif ksantomu olan hasta ve hastanın tedavi yönetimi, lezyonların tipik lokalizasyon dışında görülmesi nedeni ile paylaşılmıştır.

OLGU: 49 yaşında kadın hasta, avuç içlerinde özellikle parmakların volar yüzündeki lezyonları nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hasta lezyonlarının 1 yıl önce ortaya çıktığını ve giderek arttığını ifade etti. Yapılan dermatolojik muayenede el parmaklarının volar yüzünde ve dirsekte sarı-turuncu renkli, 3-4 mm çaplı, sert papülleri mevcuttu (Resim 1-2-3). Hastanın diğer vücut bölgeleri, mukokutanöz, tırnak ve saç muayeneleri doğaldı. Özgeçmiş, soygeçmiş, alışkanlıklarında özellik yoktu. Düzenli kullandığı bir ilacı yoktu. Hastanın dirsekteki lezyonundan erüptif ksantom, kalsinozis kutis ve tofus ön tanılarıyla 4 mm punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede yüzeyde ortokeratoz, epidermiste hafif akantoz, dermişte üst dermisi tamamen doldurup papüller ve subkutan alana doğru ilerleyen köpüksü histiositlerden oluşan infiltrasyon görüldü. Mevcut klinik ve histopatolojik sonuçlar ile hasta erüptif ksantom olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar değerleri; trigliserit 773, total kolesterol 500, HDL 32, glikoz 107, HbA1c 7.1 olup diğer laboratuvar değerlerinde anlamlı bir patoloji saptanmadı (LDL trigliserit seviyesi >400 olduğu için hesaplanamadı). Hasta uygun diyet açısından diyetisyene, lipit düşürücü ilaç gereksinimi açısından dahiliyeye konsulte edildi. Hastaya dahiliye tarafından metformin 500 mg 2*1, fenofibrat 267 mg 1*1 başlandı ve hasta üç ay sonra kontrole çağırıldı.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

SONUÇ: Erüptif ksantom ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde görülen, endojen veya ekzojen hiperlipidemi nedeniyle meydana gelen bir deri hastalığıdır. Laboratuvarıda çoğunlukla trigliserit değerlerinde yükseklik görülür. Histopatolojide köpüksü histiositler (lipit yüklü makrofajlar) karakteristiktir. Hastalarda metabolik sendromun diğer kriterleri genellikle eşlik eder (8) ve kardiyovasküler hastalık, pankreatit riski mevcuttur. Ayırıcı tanıda verruca plana, molluskum contagiosum, langerhans hücreli histiositoz, dissemine granulom annulare, juvenil ksantogranulom, ksantoma disseminatum, generalize erüptif histiositom, Rosai-Dorfman hastalığı yer alır. Erüptif ksantomlar hipertrigliseridemiye yönelik tedavi sonrası genellikle hızla düzelir. Trigliserit düzeylerini düşürmek için altta yatan nedenin ortadan kaldırılması, diyet düzenlenmesi ile karbonhidrat ve lipit metabolizmasının kontrolü, kan şekerinin ayarlanması, alkolden uzak durulması önerilir. Gereğinde lipit düşürücü ilaçlar (statin, fibrat, niasin) kullanılabilir. Tıbbi tedavinin yetersiz olduğu durumlarda kriyoterapi, lazer (Nd-YAG, Erbium -YAG lazer) ve cerrahi yapılabilir (9-10-11). Sunulan bu olgu ile erüptif ksantomun farklı lokalizasyonlarda görülebileceği ve nodüler lezyonlarda ayırıcı tanıda yer alması gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalık riski olan hastaların tanınmasında dermatologlara önemli rol düşebilir.

KAYNAKLAR:

1. Holsinger JM, Campbell SM, Witman P. Multiple erythematous-yellow, dome-shaped papules. Am Fam Physician 2010; 82: 517.
2. Merola JF, Mengden SJ, Soldano A, Rosenman K. Eruptive xanthomas. Dermatol Online J 2008; 14: 10.
3. Loeckermann S, Braun-Falco M. Eruptive xanthomas in association with metabolic syndrome. Clin Exp Dermatol 2010; 35: 565-6.
4. Henning JS, Fazio MG. Yellowish papules on a middle-aged man. Eruptive xanthoma. Am Fam Physician 2011; 83: 73-4.
5. Akhyani M, Daneshpazhooh M, Jafari AK, et al. Koebner phenomenon in xanthelasma after treatment with trichloroacetic acid. Dermatol Online J 2006; 12: 12.
6. Goldstein GD. The Koebner response with eruptive xanthomas. J Am Acad Dermatol 1984;10:1064-5.
7. Kaszuba A, Adamski Z. Leksykon dermatologiczny [Polish]. Czelej, Lublin 2011; 226-30.
8. Rodondi N, Darioli R, Ramelet AA, et al. High risk for hyperlipidemia and the metabolic syndrome after an episode of hypertriglyceridemia during 13-cis retinoic acid therapy for acne: a pharmacogenetic study. Ann Intern Med 2002;136:582-9.
9. Pietroleonardo L, Ruzicka T. Skin manifestations in familial heterozygous hypercholesterolemia. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat 2009; 18: 183-7.
10. Fusade BT. Treatment of xanthelasma palpebrarum by 1064- nm Q-switched Nd:YAG laser: a study of 11 cases. J Dermatol 2008; 158: 84-7.
11. Karsai S, Czarnecka A, Raulin C. Treatment of xanthelasma palpebrarum using a pulsed dye laser: a prospective clinical trial in 38 cases. Dermatol Surg 2010; 36: 610-7.



PS-37

ORF SONRASI GELİŞEN LENFANJİT: İKİ KARDEŞ OLGU

Sanem Çolak, Merve Bingöl, Erdal Pala

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Orf, parapox virüsün neden olduğu zoonotik bir enfeksiyondur. Enfekte küçükbaş hayvanlardan (genellikle koyun, keçi) doğrudan temas ile insanlara geçmektedir. Özellikle hayvancılıkla uğraşanlarda, kasaplarda ve veteriner hekimlerde görülür. Virüsün girdiği bölgede oluşan papülonodüler lezyonlarla karakterize olup, temastan sonra 3-4 hafta sürebilen kuluçka dönemini takiben ortaya çıkmaktadır. Genellikle parmaklar ve el gibi distal bölgelerde görülmektedir[1,3]. Bu olguda hastalıklı küçükbaş hayvanı kesen iki kardeşte ortaya çıkan orf ve buna eşlik eden lenfanjit olgularını sunmaktayız.

OLGU SUNUMU: 32 ve 38 yaşlarında iki kadın kardeş hasta, dominant ellerinde çıkan lezyonlar ve aynı taraf kollarda ağrı şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde, yaklaşık bir ay önce hastalanan bir küçükbaş hayvanı beraber kestikleri öğrenildi. Sistemik muayeneleri doğaldı. Yapılan dermatolojik muayenelerinde kardeşlerden birinin (figür 1.a/1.b) sol el üçüncü parmağının dorsal yüzünde 1x1cm boyutunda ortası krutlu periferde kabarık kırmızı- mor papülonodüler lezyon ve aynı taraf önkoldan lenf damarları seyri boyunca kol medialine uzanan lineer şekilde eritem mevcuttu. Diğer kardeşte (Figür 2.a/2.b) sağ el dorsalinin lateralinde iyileşme eğiliminde 1x1cm boyutunda ortası krutlu kırmızı- mor papülonodüler lezyon ve sağ önkol-kol boyunca lenf damarları hizasında uzanan lineer eritem ve kol medialine basmakla ağrı şikâyeti mevcuttu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde hastalardan birinin beyaz küre:4660/µl nötrofil yüzdesi: %46, lenfosit yüzdesi: %42, c reaktif protein: 4,2mg/l, eritrosit sedimentasyon hızı:4mm/s diğerinin ise beyaz küre: 9020/µl nötrofil yüzdesi: %56,5, lenfosit yüzdesi: %36,5, c reaktif protein: 3,28mg/l, eritrosit sedimentasyon hızı: 10mm/s idi. Biyokimya tetkikleri normaldi. Hastalardan alınan anamneze ve klinik bulgulara dayanarak orf tanısı konuldu ve orfa sekonder lenfanjit olarak değerlendirildi. Orf kendiliğinden iyileşme eğilimi göstermekle beraber sekonder bakteriyel enfeksiyon (lenfanjit) gelişmesi nedeniyle her iki hastaya amoksisilin-klavunat 1gr 2*1 olarak başlandı ve bir haftalık tedavi sonunda her iki hastanın kliniğinde iyileşme gözlemlendi.

Figür 1.A



Figür 1.B



Figür 2.A



Figür 2.B



TARTIŞMA: Bulaşıcı püstüler dermatit veya ektima kontajinozum olarak da bilinen orf hastalığı, parapoxvirüs orfviridae'nin neden olduğu zoonotik bir enfeksiyondur[1]. Enfeksiyon koyun ve keçiler için endemiktir, insanlara ya enfekte hayvanlardaki aktif lezyonlara doğrudan temas ya da fomitlerle temas yoluyla bulaşır[2].

Klinik olarak her biri yaklaşık bir hafta süren altı evresi vardır. Makülopapüler evrede eritemli makül veya papül, target evrede ortada kırmızı etrafında beyaz halka ve çevresi eritemli nodül, akut evrede eksüdasyon, rejeneratif evrede krutlanma, papüloematöz evrede nodül oluşumu, regresif evrede ise lezyonun gerilediği görülmektedir. Orf'a sekonder lenfanjit ya da lenfadenit sık görülmemekle birlikte, geliştiğinde kliniğe ateş ve halsizlik eklenebilmektedir[3]. Lezyonlar lenfanjit gibi sekonder bakteriyel enfeksiyonla komplike olabileceği gibi; eritema multiforme, makülopapüler döküntü ve jeneralize lenfadenopati de eşlik edebilecek nadir komplikasyonlardandır[4].



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya **TURKEY**

Orf, üç ile altı hafta içinde kendiliğinden genellikle iz bırakmadan iyileşir. Ancak sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişirse tedavi edilmelidir. Bazı immünsuprese hastalarda ampütasyon gerektirecek dev lezyonlar olabilmektedir[3]. Bağışıklığı baskılanmış hastalarda antiviraller, immünmodölatörler veya küçük cerrahi eksizyonlar dâhil olmak üzere çeşitli yaklaşımların kullanılması gerekebilir[5]. Topikal imikumodun özellikle bağışıklığı baskılanmış hastalarda iyileşmeyi kolaylaştırabileceği ön görülmektedir[6].

Literatüre göre, tanı eksikliği veya hasta konsültasyonu yapılmaması nedeniyle orf prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Bu olgu sunumuyla küçükbaş hayvan teması sonrası cilt lezyonu gelişenlerde orf hastalığının ayırıcı tanıda akılda tutulmasının, oluşabilecek komplikasyonların dikkate alınmasının ve geçiş yolunun bilinip korunmanın, el hijyenine dikkat edilmesinin önemini hatırlatmak istedik.

KAYNAKLAR:

1. Efridi W, Ahmed K. Orf Disease, StatPearls Publishing; 2022 Jan, 2021 Sep 14.
2. Santiago L, Oliveira D, Cardoso JC, Figueired A. Human Orf: An Under-recognized Entity. Acta Dermatovenerol Croat. 2019 Dec;27(4):280-281
3. Erduran M, Aydın M, Can İ, Başdelioğlu K. A case of orf. Balıkesir Sağlık Bil Derg. 2012(1):1
4. Biazar T, Shokri M, Hosseinnia H, Bayani M. Erythema Multiforme as a Result of Orf Disease; a Case Report. Emergency. 2016; 4 (3): 163-165
5. Kassa T. A Review on Human Orf: A Neglected Viral Zoonosis, Res Rep Trop Med. 2021; 12: 153–172
6. Lederman ER, Green GM, DeGroot HE, et al. Progressive ORF virus infection in a patient with lymphoma: successful treatment using imiquimod. Clin Infect Dis 2007;44:e100–3

PS-38

SİSTEMİK İSOTRETİNOİN VE SİSTEMİK STEROİD İLE TEDAVİ EDİLEN BİR PERSİSTAN ROSACEA VAKASI

Aylin Öztürk

Ankara Şehir Hastanesi, Ankara

57 yaşında bayan hasta yaklaşık 2 yıldır yüzünde sivilce ve kızarıklıklar sebebiyle çeşitli doktorlara başvurmuş, şikayetlerinde düzelme olmamış, aksine artış olmuştur. Daha önce akne ve rozasea için sistemik ornidazol, topikal metranidazol, topikal tetrasiklin gibi birçok tedavi başlanan hastaya başlanan sistemik isotretinoin tedavisinde ise sınırlı cevap alınması ve hastanın derisinde hassasiyetin artması sebebi ile sebebiyle sistemik steroid tedavisi eklendi. Hastanın lezyonlarında belirgin azalma oluştu.

Resim 1



Tedavi öncesi

Resim 2



Tedavi sonrası



PS-39

COVID-19 AŞISI SONRASI GELİŞEN STEVEN STEVENS-JOHNSON SENDROMU-TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ GEÇİŞ SENDROMU

Hülya Cenk, Mahmut Anıl Karataş, Niyazi Çetin, Şule Gökşin, Özge Sevil Karstarlı Bakay, Nida Kaçar

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Denizli

ÖZET: Stevens-Johnson sendromu (SJS) ve toksik epidermal nekroliz (TEN), çoğunlukla ilaçlar ve nadiren enfeksiyon ya da aşılarla bağlı gelişen gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Hemorajik mukozal ülserasyon ve epidermal ayrışma ile karakterizedir. TEN ölümcül seyrebilmektedir, bu nedenle erken tanı ve tedavi önemli hale gelmektedir.

71 yaşında erkek hasta, son 4 gündür ağız içinde, dudaklarda yara ve vücutta döküntü şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde oral mukozadan dudaklara kadar uzanan, yaygın hemorajik krutlu ülserasyonlar ve gövdede eritemli zeminde yaygın livedi renkte maküller mevcuttu. Gövdedeki viyolese makülden alınan biyopsi sonrası, hasta SJS-TEN geçiş sendromu tanısı aldı. Hastanın anamnezinde son 2 ay içinde yeni bir sistemik tedavi veya takviye almadığı ancak 35 gün önce koronavirüs aşısı olduğu öğrenildi. Bildiğimiz kadarıyla bu, koronavirüs aşısından sonra gelişen yedinci SJS/TEN vakası olduğundan paylaşıma değer bulundu.

GİRİŞ: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 11 Mart 2020'de, koronavirüs (COVID-19) salgını küresel bir pandemi ilan etti (1). Pandemi ile birlikte artan vaka ve ölüm sayıları nedeniyle acilen bir aşı ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bunun üzerine geliştirilen mikroRNA (mRNA) aşısı ile bazı lokal ve sistemik reaksiyonlar gözlemlenmesine rağmen, çoğunlukla sorunsuz bir şekilde uygulanabilmektedir (2).

Stevens-Johnson Sendromu (SJS) ve Toksik epidermal nekroliz (TEN), mukokutanöz ayrışmaya neden olan yaşamı tehdit eden aşırı duyarlılık reaksiyonudur (3-5). SJS, SJS/TEN geçiş sendromu ve TEN, birbirinin devamı olan bir epidermal nekroliz spektrumunun parçası olarak kabul edilir (5). SJS'de epidermal ayrışma %10'un altında, SJS-TEN geçiş sendromunda %10-30 arasında ve TEN'de %30'un üzerindedir (6). İlaçlar en yaygın tetikleyiciler olup, enfeksiyonlar ve çok nadiren aşılar da etiyolojik sebepler arasında bulunmaktadır (3, 7). Burada, bildiğimiz kadarıyla COVID-19 aşısı sonrası gelişen yedinci SJS/TEN olgusu literatür bilgileri eşliğinde sunulacaktır.

VAKA SUNUMU: Hematoloji polikliniğinde henüz kronik lenfositik lösemi (KLL) tanısı alan, 71 yaşında erkek hasta, son 4 gündür ağızda ağrılı yaralar ve vücutta döküntü şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde, oral mukoza ve dudaklarda vermilyon sınırına kadar uzanan hemorajik krutlu ülsere alanlar mevcuttu (Resim 1). Ayrıca, gövde



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS Antalya TURKEY

proksimalinde belirgin ve birleşme eğiliminde olmak üzere eritemli zeminde morumsu-kırmızı ortası soluk nekrotik görünümde çok sayıda dağıntık maküller görüldü (Resim 2).

Hasta, diabetes mellitus ve benign prostat hiperplazisi nedeniyle 16 yıldır oral metformin, gliklazid ve tamsulosin tedavileri almaktaydı. Son 2 aydır yeni bir sistemik ilaç almadığı, ancak 35 gün önce Pfizer-BioNTech COVID-19 aşısı olduğu öğrenildi. Laboratuvar testlerinde, kan şekeri (213 mg/dL, referans: 82-115 mg/dL), C-reaktif protein (107 mg/L, referans: <5 mg/L) ve beyaz kan hücresi değerleri (101.01x10⁹ referans: 4-10x10⁹) yüksekti. Hemogloblin (11.5g/dL, referans: 12-18g/dL), bikarbonat (18,5 mmol/L, referans: 22-29 mmol/L), protein (64 gr/L, referans: 66/88 gr/L), albümin (31,6 gr/L, referans: 35-52 gr/L) değerleri düşüktü. Kan üre nitrojeni (BUN) ve kalp hızı normal seviyeydi. COVID-19 polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi negatif geldi. SJS/TEN ve paraneoplastik pemfigus (PNP) ön tanılarıyla gövdedeki lezyondan alınan biyopsilerde, nekrotik keratinositler, subepidermal ayrışma ve negatif direkt immünfloresan (DIF) bulguları görülmesi üzerine hastaya SJS-TEN geçiş sendromu tanısı konuldu. TEN için hastalık şiddeti skoru (SCORTEN) 4 olarak hesaplandı ve tahmini mortalite oranı %58,3 olarak belirlendi (8).

Hasta servise yatırılarak toplamda 3 gr/kg intravenöz immünoglobulin (İVİG) tedavisi 5 gün içinde verilecek şekilde başlandı, fakat epidermal ayrışma hızlı bir şekilde ilerlediğinden, 4. gün tedaviye 1 mg/kg intravenöz metilprednizolon tedavisi eklendi. Hasta yatışı esnasında, KLL, dirençli sıvı-elektrolit dengesizliği, alkaloz, akciğer enfeksiyonu ve lökoz tablosu nedeniyle yoğun bakıma devredildi. Yatışının 20. gününde lezyonlar tamamen epitelize oldu, ancak dirençli sıvı-elektrolit dengesizliği ve akut böbrek yetmezliği sonrası hasta kaybedildi.

TARTIŞMA: SJS ve TEN, genellikle akut başlangıçlı atipik hedef benzeri lezyonlar, purpurik maküller ve en az iki mukoza tutulumuyla karakterize şiddetli mukokütanöz hastalıklardır. Lezyonlar birleşme eğiliminde olup, nekrotik, büllöz ayrışma göstermektedir (4, 6). SJS ve TEN, ölümcül hastalıklar olduğundan, hızlı tanı, tedavi ve varsa şüphelenilen ilaçların hızla kesilmesi çok önemlidir (5).

Klinik olarak paraneoplastik pemfigus (PNP) ve TEN arasında benzer tarzda mukokütanöz tutulum görüldüğünden, ayırım için histopatolojik inceleme gerekebilmektedir. Histopatolojide TEN'den farklı olarak, PNP lezyonlarında intraepidermal akantoliz ve DIF pozitifliği, likenoid yapı beklenmektedir (9, 10). Hastamızda KLL öyküsü olması ve lezyonların dudakların vermilyon sınırına kadar uzanması nedeniyle, PNP ön tanısı da göz önünde bulunduruldu. Ancak hastalığın akut başlangıçlı ve hızlı seyirli olması, histopatoloji sonucu ve negatif DIF bulgularıyla, hastaya SJS/TEN geçiş sendromu tanısı konuldu.

SJS/TEN vakalarında ilaçlar etiolojide en sık sebeptir (%80-95), ancak, nadir de olsa graft versus host hastalığı, idiyopatik nedenler ya da aşuya bağlı ortaya çıkabilmektedirler (4, 11-13). SJS/TEN yeni başlanan bir ilaçtan birkaç gün içinde ya da 8 haftaya kadar görülebilir (14). SJS/TEN'e neden olan ilaçlar genellikle antibiyotikler (sülfonamidler), antikonvülzanlar



(fenitoin, fenobarbital ve karbamazepin) ve nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (oksikam türevleri) ve nitrik oksit inhibitörleridir (allopurinol) (15). Hastanın uzun yıllardır kullandığı ilaçlar arasında metformin, glizlazid ve tamsulosin bulunmaktaydı fakat bu ilaçlar 8 haftadan uzun süredir kullanımda olduklarından, etiyolojik sebep olarak değerlendirilmedi.

Daha nadiren literatürde çiçek, suçiçeği, kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşılı ile SJS/TEN bildirilmiştir (4, 16). Avallone ve arkadaşlarının 229 makaleyi inceleyerek yürüttükleri sistematik derlemede COVID-19 aşısı ile ilişkilendirilmiş 4 (0.07%) SJS/TEN vakası tanımlanmıştır (17). Bu derlemenin yanı sıra başka yazarlar da yeni vakalar bildirmiştir (18-20). Bizim olgumuzda son 2 ay içinde yeni ilaç öyküsü yoktu, bu nedenle mevcut tablo son 2 ay içinde uygulanmış olan COVID-19 aşısına bağlandı. Burada sunulan vaka da dahil olmak üzere aşı sonrası gelişen SJS/TEN vakalarının klinik ve epidemiyolojik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1: Aşı sonrası gelişen SJS/TEN vakalarının klinik ve epidemiyolojik özellikleri

Anti-TNF: Anti-tümör nekroz faktör-alfa BPH: Benign prostat hiperplazisi, KAH: Koroner arter hastalığı, KLL: kronik lenfositik lösemi, KBY: Kronik böbrek yetmezliği, DM: Diabetes mellitus, K: Kadın, HL: Hiperlipidemi, HT: Hipertansiyon, İH: İdiyopatik hipotiroidizm, İV: İntravenöz, E: Erkek, MP: Metilprednizolon, SCORTEN: Toksik epidermal nekroliz için hastalık şiddeti skoru, SJS: Stevens-Johnson sendromu, TEN: Toksik epidermal nekroliz

Bizim vakamız da dahil olmak üzere bu zamana kadar COVID-19 aşılardan sonra yedi SJS/TEN vakası tanımlanmıştır (1 hasta Moderna %14.2, 1 hasta AstraZeneca %14.2, 2 hasta Sinopharm %28.5 ve 3 hasta Pfizer sonrası %42.8). Vakaların çoğu (%57.14) kadındı. Bildirilen hastaların yaş ortalaması 61.83±11.26 (49-76 arasında) idi. Aşı sonrası SJS/TEN'in görülme süresi ortalama 7.8±12.15 (1-35 arasında) idi. Aşı sonrası SJS/TEN başlangıcı süresi en uzun 35 gün olarak bizim hastamızda görülmüştü. Sadece 3 hastanın SCORTEN'i bildirilmişti (1-4 arasında). Bizim vakamız dahil vakaların çoğunda aşının ilk dozundan sonra SJS/TEN (%57.14) gelişmişti. Hastamız en yüksek SCORTEN ve daha kötü bir prognoz ile seyretmişti. SJS/TEN sonrası vakaların çoğu hayatta kalırken (%85,71), mevcut ve eşlik eden hastalığına ait komplikasyonlar sonrası kaybedildi.

SJS/TEN nadiren idiyopatik nedenlere bağlı olarak da görülebildiğinden (4, 13), burada sunulan vakanın kesin bir şekilde COVID-19 aşısı nedeniyle SJS/TEN geliştirdiği söylenemez. Ancak, az sayıda da olsa COVID-19 aşılardan sonra tanımlanmış SJS/TEN vakaları bildirilmiştir (17-23). Bu nedenle, geleneksel aşılardan yanı sıra, yeni geliştirilen COVID-19 aşılarının da SJS/TEN gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Yine de artı ve eksileri göz önünde bulundurulduğunda, aşılar, ölümcül veya son derece morbid sonuçları olan hastalıklara karşı güçlü silahlar olarak elimizi güçlendirmeye devam etmektedir. Bu vaka sunumu ile, nadir de olsa COVID-19 aşısı sonrası SJS/TEN gelişebileceğini, bu nedenle, hızlı tanı ve tedavi açısından dikkatli olunması gerektiğini vurgulamak istenmiştir.



KAYNAKLAR:

1. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed.* 2020;91(1):157-160.
2. Mulligan MJ, Lyke KE, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Phase I/II study of COVID-19 RNA vaccine BNT162b1 in adults. *Nature.* 2020;586(7830):589-93.
3. Schwartz RA, McDonough PH, Lee BW. Toxic epidermal necrolysis: Part I. Introduction, history, classification, clinical features, systemic manifestations, etiology, and immunopathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(2):173 e1-13; quiz 85-6.
4. Ball R, Ball LK, Wise RP, Braun MM, Beeler JA, Salive ME. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis after vaccination: reports to the vaccine adverse event reporting system. *Pediatr Infect Dis J.* 2001;20(2):219-23.
5. Gupta LK, Martin AM, Agarwal N, D'Souza P, Das S, Kumar R, Pande S, Das NK, Kumaresan M, Kumar P, Garg A, Singh S. Guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: An Indian perspective. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2016;82(6):603-625.
6. Grazina I, Mannocci A, Meggiolaro A, La Torre G. Is there an association between Stevens-Johnson Syndrome and vaccination? A systematic review. *Ann Ig.* 2020;32(1):81-96.
7. Charlton OA, Harris V, Phan K, Mewton E, Jackson C, Cooper A. Toxic Epidermal Necrolysis and Steven-Johnson Syndrome: A Comprehensive Review. *Adv Wound Care (New Rochelle).* 2020;9(7):426-39.
8. Bastuji-Garin S, Fouchard N, Bertocchi M, Roujeau JC, Revuz J, Wolkenstein P. SCORTEN: a severity-of-illness score for toxic epidermal necrolysis. *J Invest Dermatol.* 2000;115(2):149-53.
9. Poonia K, Chabra K, Dalal U, Bhalla M. Toxic epidermal necrolysis-like presentation of paraneoplastic pemphigus due to underlying thymoma: A clinical conundrum. *J Postgrad Med.* 2021;67(2):119-121.
10. McLarney RM, Valdes-Rodriguez RH, Isaza-Gonzalez G, Miller JH, Hsu S, Motaparthy K. Paraneoplastic pemphigus mimicking toxic epidermal necrolysis: An underdiagnosed entity? *JAAD Case Rep.* 2017;4(1):67-71.
11. Özcan H, Cenk H, Cumurcu B. Toxic epidermal necrolysis due to concomitant use of valproic acid and lamotrigine. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol.* 2015;49(2):169-72.
12. Labib A, Milroy C. Toxic Epidermal Necrolysis. [Updated 2021 Oct 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574530/>.
13. Tseng H-W, Chang C-H. Toxic Epidermal Necrolysis Due to Lamotrigine Monotherapy for Bipolar Disorder. *Tzu Chi Medical Journal.* 2009;21(2):165-8.
14. Oakley AM, Krishnamurthy K. Stevens Johnson Syndrome. [Updated 2021 Apr 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459323/> retrieved at 1 May 2022.
15. Zaidi M, Zaidi SK, Bhutto M, Umer MY. Amoxicillin and clavulanic acid induced Stevens-Johnson syndrome: A case report. *EXCLI J.* 2017;16:748-51.
16. Rosenblatt AE, Stein SL. Cutaneous reactions to vaccinations. *Clin Dermatol.* 2015;33(3):327-32. doi: 10.1016/j.clindermatol.2014.12.009.
17. Avallone G, Quagliano P, Cavallo F, Rocuzzo G, Ribero S, Zalaudek I, Conforti C. SARS-CoV-2 vaccine-related cutaneous manifestations: a systematic review. *Int J Dermatol.* 2022 Feb 9. doi: 10.1111/ijd.16063. Epub ahead of print. PMID: 35141881.
18. Elborae MO, Essa E. Stevens-Johnson syndrome post second dose of Pfizer COVID-19 vaccine: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2021;132(4):e139-e42.
19. Mansouri P, Chalangari R, Martits-Chalangari K, Mozafari N. Stevens-Johnson Syndrome due to COVID-19 vaccination. *Clin Case Rep.* 2021;9(11):e05099.
20. Mardani M, Mardani S, Asadi Kani Z, Hakamifard A. An extremely rare mucocutaneous adverse reaction following COVID-19 vaccination: Toxic epidermal necrolysis. *Dermatol Ther.* 2022:e15416.
21. Kong J, Cuevas-Castillo F, Nassar M, Lei CM, Idrees Z, Fix WC, et al. Bullous drug eruption after second dose of mRNA-1273 (Moderna) COVID-19 vaccine: Case report. *J Infect Public Health.* 2021;14(10):1392-4.
22. Bakir M, Almehsal H, Alturki R, Obaid S, Almazroo A. Toxic Epidermal Necrolysis Post COVID-19 Vaccination - First Reported Case. *Cureus.* 2021;13(8):e17215.
23. Dash S, Sirka CS, Mishra S, Viswan P. COVID-19 vaccine-induced Stevens-Johnson syndrome. *Clin Exp Dermatol.* 2021;46(8):1615-7.



PS-40

SAÇLI DERİDE NEVÜS SEBASEUS ÜZERİNDE MAVİ NODÜL İLE BAŞLAYAN BAZAL HÜCRELİ KANSER GELİŞİMİ

Elif Çetinkaya, Şenay Ağırğöl

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

GİRİŞ: Nevus sebaceus, doğumdan itibaren görülen konjenital bir hamartomdur (1). Sıklıkla saçlı deri başta olmak üzere baş ve boyun bölgesinde görülür (2). İyi sınırlı, sarımsı-deri renginde, soliter alopesik plak olarak ortaya çıkar. Genellikle yaş ilerledikçe büyür. Ergenlikte daha sarımsı ve verrüköz hale gelir. Ergenlik sonrası nevus sebaceus üzerinden benign ve malign tümörler gelişebilir. Plak üzerinde zamanla gelişen farklı bir papül, nodül ve ülser varlığında sekonder tümör gelişimi akla gelmelidir. Benign sekonder tümörler arasında sıklıkla trikoblastom, trikolemmoma ve siringokistadenoma papilliferum yer alırken, malign sekonder tümörler arasında en sık bazal hücreli karsinom olmak üzere skuamöz hücreli karsinom, apokrin karsinom ve sebace karsinom yer alır (7). Bu yazıda saçlı deri sol parietal bölgede bulunan nevus sebaceus üzerinden gelişen bir bazal hücreli karsinom vakası sunmayı amaçladık.

VAKA: 29 yaşında erkek hasta, saçlı derisindeki lezyonu nedeniyle tarafımıza başvurdu. Lezyonun doğuştan itibaren mevcut olduğunu ifade eden hastanın dermatolojik muayenesinde saçlı deri sol parietotemporal bölgede, 5*6 cm genişliğinde, sınırları düzensiz sarımsı-deri renginde, verrüköz kılsız plak lezyonu mevcuttu. Ayrıca lezyonunun orta kısmında 5 mm çapında mavi pigmente papüller lezyonu mevcuttu. Pigmente lezyonun dermoskopik muayenesinde pigment adacıkları ve lezyon etrafında damarsal yapılar izlendi. Hastanın diğer vücut bölgeleri, mukokutanöz, tırnak ve saç muayeneleri doğaldı. Özgeçmiş, soygeçmiş, alışkanlıklarında özellik yoktu. Düzenli kullandığı bir ilacı yoktu. Hastanın pigmente papüller lezyonundan nevus sebaceus zemininde bazal hücreli karsinom, blue nevus, seboreik nevus ön tanılarıyla 4 mm punch biyopsi alındı. Biyopsi sonucu pigmente bazal hücreli karsinom olarak raporlanmış olup hasta lezyonun total eksizeyonu açısından plastik ve rekonstrüktif cerrahiye yönlendirildi.

TARTIŞMA: Nevus sebaceus, hem yüzey epitelini hem de adneksiyal bileşenleri içeren konjenital bir hamartomdur (1). Organoid nevus olarak da adlandırılır. Yaklaşık %0.3 insidansa sahiptir (3). Patogenezi HRAS veya KRAS genlerindeki postzigotik mozaik mutasyonlardan kaynaklandığı düşünülmektedir (4). Nevus sebaceus genellikle doğumdan itibaren, sıklıkla saçlı deride olmak üzere baş ve boyun bölgesinde görülür. Kadın ve erkek eşit oranda etkilenir. İyi sınırlı, deri rengi – sarımsı renkli, soliter alopesik plak olarak ortaya çıkar. Genellikle yaş ilerledikçe büyür. Ergenlikte daha sarımsı ve verrüköz hale gelir. Üç evrede sınıflandırılabilir. Doğumdan çocukluğa kadar uzanan ilk evrede, sarımsı-pembe veya deri renginde hafif kabarık alopesik bir alan ile karakterizedir. Ergenliğin başlamasıyla birlikte, lezyonun yağ ve apokrin bezleri üzerindeki hormonal etkileri nedeniyle lezyonların verrüköz hale geldiği ikinci evreye geçilir. Genellikle erişkin dönemde meydana gelen lezyon üzerinden benign ve malign tümörlerin gelişmesi ile üçüncü evre görülebilir (5-6). Saçlı derideki lezyonlar çocukluk döneminde aplazia kutis, epidermal



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

Antalya TURKEY

nevüs, juvenil ksantogranulom; yetişkin dönemde seboreik keratoz, papillomatöz melanositik nevüs, verruka filiformis ile ayırıcı tanıya girer. Histopatolojide epidermiste değişken derecelerde akantoz ve papillomatoz hiperplazi, üst dermiste artmış sebase bezler, ektoptik apokrin glandlar görülür. Olgunlaşmamış kıl köklerinin varlığı karakteristik ve tanısaldır. Ergenlik sonrası yaklaşık %20 hastada lezyon üzerinden benign ve malign tümörler gelişebilir. Plak üzerinde zamanla gelişen farklı bir papül, nodül ve ülser varlığında sekonder tümör gelişimi akla gelmelidir. Benign sekonder tümörler r arasında sıklıkla trikoblastom, trikolemmoma ve siringokistadenoma papilliferum yer alırken, malign sekonder tümörler arasında en sık bazal hücreli karsinom olmak üzere skuamöz hücreli karsinom, apokrin karsinom ve sebase karsinom yer alır (7). Malign dönüşüm, vakaların %3'ünden azında, BCC ise yaklaşık %1'inde meydana gelir (2). Sebase nevüs üzerinden gelişen BCC etiyojisi tam olarak bilinmemektedir, ancak son çalışmalar HPV ile bir bağlantı olabileceğini göstermektedir. BCC'de p16INK4a ve pAkt2'nin yüksek ekspresyonu, sıklıkla HPV15 gibi bazı HPV'lerin varlığı ile ilişkilidir. HPV'nin bu proteinlerin aktivasyonuna neden olması ile bazı BCC alt tiplerinin karsinogenezi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (8-9). Aynı zamanda kronik güneşe maruz kalma, BCC gelişimi için bilinen bir risk faktörüdür. Nevüs sebaceousun kesin tedavisi malign dönüşüm riski veya kozmetik nedenlerden ötürü lokal eksizyondur. (1). Fakat literatürde hala nevüs sebaceousun tedavi yönetimi konusunda bir fikir birliği yoktur. Bazı klinisyenler lezyonların yakından izlenmesi ve şüpheli lezyon varlığı halinde eksize edilmesini önerirken, bazıları ise erken profilaktik eksizyon yapılmasını önerir. Alternatif tedavi seçenekleri arasında fotodinamik terapi, CO2 lazer ve dermabrazyon yer alır. Bu tedavi modaliteleri lezyonu tamamen ortadan kaldırmadığından, nüks ve potansiyel neoplazi gelişimi riski devam etmektedir (10).

SONUÇ: Nevüs sebaceous %0.3 insidansa sahip konjenital bir hamartomdur. Üzerinden %20 oranda sekonder tümör gelişebilmesi nedeniyle hastaların düzenli takibinin gerekliliğini vurguluyoruz. Üzerinde gelişen herhangi bir deri değişikliğinde sekonder tümör gelişimi akla gelmeli ve tanıyı doğrulamak için histopatolojik incelemeye başvurulmalıdır. Malign dönüşüm halinde cerrahi eksizyon önerilir.

KAYNAKLAR:

1. Secondary neoplasms associated with nevus sebaceous of Jadassohn: a study of 707 cases. Idriss MH, Elston DM. J Am Acad Dermatol. 2014;70:332–337
2. Mehregan AH, Pinkus H, Life history of organoid nevi. Special reference to nevus sebaceous of Jadassohn. Arch Dermatol. 1965;91:574–88.
3. Hughes SM, Wilkerson AE, Winfield HL, Hiatt KM. Familial nevus sebaceous in dizygotic male twins. J Am Acad Dermatol 2006; 54:S47.
4. Groesser L, Herschberger E, Ruetten A, et al. Postzygotic HRAS and KRAS mutations cause nevus sebaceous and Schimmelpenning syndrome. Nat Genet 2012; 44:783.
5. Galvis KH, Frattini SCM, Fernandes KAP, et al. [Jadassohn's sebaceous nevus] RBM Dermatologia & Cosmiatria. 2015;71(2):23–25. Article in Portuguese.
6. Jardim MM, Souza BCE, Fraga RC, Fraga RC. Rare desmoplastic trichilemmoma associated with nevus sebaceous. An Bras Dermatol. 2017;92(6):836–837.
7. Stowman AM, Griffin MM, Kanner WA, Tchernev G, Chokoeva AA, Wollina U, et al. Coexistent trichilemmoma and trichoblastoma without associated nevus sebaceous. J Biol Regul Homeost Agents. 2016;30:17–20.
8. Pereira FB, Cuzzi T. [Basal cell carcinoma, chrysalides-like structures, oncogenes, and sebaceous nevus: some considerations] Surg Cosmet Dermatol. 2012;4(1):97–99. Article in Portuguese.
9. Paolini F, Carbone A, Benevolo M, et al. Human papillomaviruses, p16INK4a and Akt expression in basal cell carcinoma. J Exp Clin Cancer Res. 2011;30:108.
10. Eisen DB, Michael DJ. Sebaceous lesions and their associated syndromes: part I. J Am Acad Dermatol 2009; 61:549.



PS-41

RİSANKİZUMAB TEDAVİSİNE CEVAP VEREN DİRENÇLİ BİR PSORİASIS VULGARİS OLGUSU

Kaçan Cingöz

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

GİRİŞ: Psoriasis patogeneğinde birçok yolak rol oynamaktadır. Tedavi kararında hastadaki komorbiditeler önem taşımaktadır. Günümüzde yeni ve hedefe yönelik tedavi seçenekleriyle tedavi yanıtı ve alternatifleri artmıştır. Hasta bazlı tedavi ve doğru strateji tedavi başarısında anahtar rol oynamaktadır.

OLGU: 43 yaşında erkek hasta, vücutta yaygın eritemli skuamli plaklar ile başvurdu. 12 yıldır psoriasis vulgaris tanısı mevcuttu. Tırnaklarda subungal hiperkeratoz ve onikoliz izlendi. Eşlik eden grade 3 hepatosteatoz ve alkol kullanımı mevcuttu. Daha önceki hastalığının takip edildiği merkezde metotreksat (2 ay), infliksimab (9 ay), etanercept (6 ay), adalimumab (4ay), ustekinumab (1.5 sene), sekukinumab (1 sene) kullanmıştı. Paşi değeri: 18.7 DKYI: 26 olarak belirlendi. Sabah tutukluğu tarif eden hastada romatoloji konsültasyonu sonrası aktif eklem tutulumu saptanmadı. Hastaya iksekizumab başlandı. 2.ayda PAŞİ100 yanıtına ulaşıldı. Sabah tutukluğunda azalma izlendi. 12 ay sonra tedavi altındayken bacaklarda, saçta,dirsekte,gövdede eritemli skuamli plaklar görüldü. PAŞİ:22.1 DKYI:24 olarak belirlendi. 5 gündür devam eden ishal nedeniyle yapılan kolonoskopi sonucunda inflamatuvar barsak hastalığı saptanmadı. Hastaya bunun üzerine risankizumab 150 mg 1 ay arayla 2 doz uygulama planlandı.3.ayda PAŞİ90 yanıtı alındı. Herhangi bir yan etki izlenmedi.

SONUÇ: IL-23 hedefleyen ajanlar (Risankizumab ve Guselkumab) tedaviye dirençli psoriasis hastalarının tedavisinde sürdürülebilir alternatif bir tedavi stratejisidir. Bu ajanların etkisinin nispeten IL-17 'lere göre yavaş başlaması fakat ilerleyen haftalarda tedavi yanıtının artış göstererek plato çizmesi olgumuzdaki hastamızda ilerleyen haftalar için umut vermektedir.İlerleyen haftalardaki PASI ve DLQI yanıtlarını görmek daha gerçekçi ve doğru veriler sağlayacaktır.Bu konuda yapılacak gerçek yaşam verileri çalışmalarının artması elimizdeki klinik veritabanında avantaj katacak.Hastalarda biyolojik ajan tedavisinde karar verirken, tedavi yanıtızlığında eldeki tedavi seçeneklerinin hastanın komorbiditelerine, klinik durumuna ve sosyal faktörlere göre doğru, etkili bir stratejiyle akılcı olarak kullanımı gerekmektedir.



PS-42

PEDİATRİK YAYGIN KUTANÖZ LEISHMANIAZİS OLGUSU

Afra Mualla Cesur¹, Bilgen Erdoğan¹, Zeynep Topkarcı¹, Nevin Hatipoğlu²

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

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

Leishmaniazis tatarcık cinsi dişi sineğin ısırmasıyla bulaşan; deri, mukoza ve bazen iç organları tutan parazitik bir hastalıktır. Çeşitli klinik formları bulunmaktadır. Bu formlar leishmania türüne, coğrafik bölgeye ve konağın immün yanıtına bağlı olarak değişmektedir. Hastanın immün durumu, lezyon sayısı, boyutu ve lokalizasyonu birlikte değerlendirilerek tedavi şeması belirlenir. Pediatrik hastalarda kutanöz leishmaniazis yüksek morbidite ile giden ve tedaviye düşük yanıt veren bir durumdur. Burada yaygın kutane leishmaniazisi olan ve tedavide sistemik Amfoterisin B kullanılan bir pediatrik hasta sunulmaktadır.

4 yaşında kız hasta her iki bacakta eritemli, merkezi kabarık, bazıları kurutulu papülönödule lezyonlar ile tarafımıza başvurdu. Hastanın anamnezine baktığımızda Suriyeli olduğu, 3 ay önce Suriye ziyareti olduğu öğrenildi. Hastanın annesinde ve erkek kardeşinde de benzer lezyonlar mevcuttu. Bacaktaki lezyonlardan Kutane Leishmaniazis ön tanısı ile smear alındı; yaymada leishmania amastigotları görüldü ve yaygın kutane leishmaniazis tanısı kondu. Hastanın bacaklarındaki lezyonlara 5 seans intralezyonel glukantim uygulandı; lezyonlarda kısmi gerileme görüldü fakat satelit papüllerin oluşmaya devam ettiği gözlemlendi. Hasta sistemik tedavi başlanması açısından tarafımızca çocuk enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi ve onların önerisi ile interne edip yakın takip ile sistemik Lipozomal Amfoterisin B tedavisi başlandı. Sistemik tedavi sonrasında lezyonlarda kabuklanma ve gerileme görüldü; amfoterisin b tedavisine bağlı advers reaksiyon izlenmedi.

Kutanöz leishmaniazis göçmenlerin ülkemize gelişi ile sıklığı artan parazitik bir hastalıktır. Yaygın kutane leishmaniazis olgularında sistemik lipozomal amfoterisin b'nin potansiyel nefrotoksik, kardiyotoksik yan etkileri göz önünde bulundurularak yakın takip ile kullanılmasıyla tedavide etkili bir ajan olduğu gözlenmiştir.

PS-43

RENAL HÜCRELİ KARSİNOM DERİ METASTAZI

Sera Kayhan¹, Hatice Büşra Karaman¹, Akın Aktaş²

¹Ankara Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Dermatoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Renal hücreli karsinom(RHK) yetişkinlerde görülen böbrek tümörlerinin en yaygın formudur. En sık 50-60 yaş arasında görülür. RHK'lu hastaların üçte biri tanı anında metastatiktir (1).Uzak metastazların en sık görüldüğü yer akciğerdir. Karaciğer, kemik, aynı taraf komşu lenf düğümleri, adrenal bez ve karşı böbrek sık metastaz bölgeleridir.Deri metastazları oldukça nadirdir. Genellikle kötü prognozun bir işaretidir (2).

OLGU: 76 yaşında erkek hasta 2 ay önce başlayan sağ kolda pembe renkli kitleler ile dermatoloji kliniğine başvurdu. 2011 yılında sol berrak hücreli RHK tanısı alan hastanın kemik, akciğer ve sağ böbrek üstü bezinde RHK metastazı mevcuttu. Bunun dışında bilinen hipertansiyon ve diyabet hastalığı vardı. Dermatolojik muayenede sağ kolda multiple pembe renkli nodüller izlendi.(Resim-1) Hastadan RHK deri metastazı, Merkel hücreli karsinom, Kaposi sarkomu ön tanıları ile biyopsi alındı.Biyopsi sonucu RHK deri metastazı olarak raporlandı.

Resim



Sağ kolda multiple pembe renkli nodüller izlendi

TARTIŞMA: Renal hücreli karsinom, yetişkin tümörlerinin yaklaşık %3'ünden sorumludur. Renal hücreli karsinomun klasik üçlüsü ele gelen kitle, hematüri ve sırt ağrısıdır. Ancak hastaların sadece %10'unda bu üç bulgu bir arada bulunmaktadır (3). RCC cilt metastazının tüm cilt metastatik tümörlerinin yaklaşık %3'ünü oluşturduğu ve soliter vakalarda nispeten olumlu bir sonuç gösterdiği bildirilmektedir (4). Deri metastazı olan hastaların toplam %80-90'ı önceden renal hücreli karsinom tanısı almış hastalardır. Ancak hastaların %10-20'sine



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

primer lezyon tanımlanmadan önce deri lezyonları tanısı konur. Renal hücreli karsinomun deri metastazı en sık yüz ve saçlı deride gözlenir (5). Lezyonlar genellikle ilk tanıdan altı ay ile beş yıl sonra ortaya çıkar. Deri metastazları, nodül paterni, inflamatuvar patern ve sertlik paternini içeren çeşitli paternlere göre sınıflandırılır ve ağrısız nodül paternleri majördür (6). Bu olguda ağrısız nodül paterni izlendi. Renal hücreli karsinomun cilt metastazları, normal cilt renginden kırmızı mor renge kadar değişen çeşitli renklerde olabilen, nodüler, hızlı büyüyen, yuvarlak veya oval şekilli lezyonlar olarak ortaya çıkar (7). Klinik prezentasyon hemanjiyom, bazal hücreli karsinom veya piyojenik granülom ile karıştırılabilir. Bizim olgumuzda da benzer hemanjiom görünümü vardı. RCC, diğer genitoüriner kanserlere kıyasla birçok hastada nüks gösterir ve geç nüks vakaları nadir değildir, bu da uzun süreli takip ihtiyacını düşündürür. Özellikle solite

KAYNAKLAR:

1. Kotak A, Merrick G. Presentation of metastatic renal cell carcinoma as a lip lesion. J Surg Case Rep. 2014;2014(9):rju083. Published 2014 Sep 9. doi:10.1093/jscr/rju083
2. I. A. Aridogan, N. Satai, F. Doran & M. Z. Tansug (2004) Scrotal Skin Metastases of Renal Cell Carcinoma A Case Report, Acta Chirurgica Belgica, 104:5, 599-600,
3. Cutaneous metastasis of renal cell carcinoma: a case report. Mahmoudi HR, Kamyab K, Daneshpazhooh M. <https://escholarship.org/uc/item/13h735rk> Dermatol Online J. 2012;18:12. [PubMed] [Google Scholar]
4. Rosenthal AL, Lever WF Involvement of the skin in renal carcinoma; report of two cases with review of the literature. AMA Arch Derm. 1957;76(1):96-102.
5. Ferhatoglu M, Senol K, Filiz AI. Skin Metastasis of Renal Cell Carcinoma: A Case Report. Cureus. 2018;10(11):e3614. Published 2018 Nov 19. doi:10.7759/cureus.3614
6. Brownstein MH, Helwig EB. Spread of tumors to the skin. Arch Dermatol. 1973;107(1):80-6.
7. Renal cell carcinoma with cutaneous metastasis: case report (Article in Portuguese) de Paula TA, da Silva PSL, Berriel LGS. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1590%2FS0101-28002010000200010>. J Bras Nefrol. 2010;32:213-215. [PubMed] [Google Scholar]
8. Mitomi T, Kawahara T, Nomura S, Kuroda S, Takeshima T, Takamoto D, Otani M, Uemura H. Skin Metastasis of Renal Cell Carcinoma. Case Rep Oncol. 2020 Jul 8;13(2):798-801.

PS-44

METİLFENİDAT İLE TETİKLENE ALOPESİ UNİVERSALİS OLGUSU

*Mehmet Ali Seyirci, Mehmet Yıldırım, İjlal Erturan, Selma Korkmaz,
Havva Hilal Ayvaz Çelik*

Süleyman Demirel Üniversitesi, Deri ve Zührevi Anabilim Dalı, Isparta

GİRİŞ: Alopesi areata; anagen saç foliküllerini hedef alan, skarsız saç kaybına neden olan kompleks genetik ve immün aracılı bir hastalıktır (1,2). Burada çocuklarda sık görülen dikkat eksikliği hiperaktivite sendromunda ana tedavi seçeneklerinden olan metilfenidat kullanımının nadir görülen bir yan etkisine dikkat çekmek amacıyla alopesi universalis olgusunu sunuyoruz.

OLGU: On yedi yaşında erkek hasta; saç, kaş ve kirpik dökülmesi şikayetleri ile başvurdu. 10 yıl önce kullanmakta olduğu metilfenidat dozunun artırılmasından sonra saçlı deride 2 adet yuvarlak alopesi alanları oluşmuş ve son bir yılda artarak devam etmiş. Hasta minoksidil, topikal kortikosteroid, squarık asit di butil ester (SADBE) tedavileri kullanmış ancak fayda görmemiş. Dermatolojik muayenesinde saçlı deri dahil olmak üzere tüm vücut kıllarında kayıp olduğu görüldü (Resim 1-3). Alopesi kliniğine eşlik edebilecek diğer dermatolojik bulgulara rastlanmadı. Bakılan laboratuvar parametrelerinden tam kan sayımı, biyokimya, seroloji, tiroid fonksiyon testleri ve otoantikörleri normal sınırlarda ve antinükleer antikor testi negatif olarak saptandı. Hastaya öykü ve klinik bulgulara dayanılarak alopesi universalis tanısı konuldu. Hasta çocuk psikiyatrisine konsülte edilerek metilfenidat tedavisi kesilip yerine atomeksetin tedavisi başlandı. Tarafımızca difensipron immünoterapisi planlandı.



Resim 1



Resim 2



Resim 3

TARTIŞMA: Alopesi areata etyopatognezi hala net olarak anlaşılamamıştır (3). Ailesel ve ikizler üzerinde yapılan çalışmalar da alopesi areatada genetik yatkınlığı desteklemektedir. Enfeksiyonlar, ilaçlar ve aşılar gibi diğer faktörlerin de alopesi areata ataklarına katkıda bulunduğu bilinmektedir (4,5,6). Hem çocuk hem de yetişkinlerde görülebilmekte, kadın ve erkeklerde benzer oranlarda ortaya çıkmaktadır (7). Alopesi areata tipik olarak keskin sınırlı



oval alopesi yamaları şeklinde ortaya çıkar ve bu yamaların periferik kısımlarında ünlem işareti benzeri görünüm veren saçlar saptanır (8). Alopesi areata, olgumuzda olduğu gibi tüm vücut kıllarının kaybı ile seyreden alopesi universalis, total skalp saç kaybı olan alopesi totalis ve temporal veya oksipital bölgelerde band tarzı saç kaybı ile seyreden ofiyazis paterni klinikleri ile karşımıza çıkabilmektedir (8). Tanı tipik klinik bulgular, pozitif saç çekme testi ve trikoskopi yardımı ile konulur (9). Ayırıcı tanıda trikotillomani, tinea kapitis, telogen ve anagen effluvium, sistemik lupus eritematosus, sekonder sifiliz gibi hastalıklar mutlaka akılda bulundurulmalıdır (3). Tedavide topikal, intralezyonel ve sistemik kortikosteroidler, PUVA fototerapisi, kontakt immünoterapi ve siklosporin gibi bazı immünsupresan ajanları içeren seçenekler ve psikolojik destek yer almaktadır (1).

Gnanavel S' nin olgu serisinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olup metilfenidat kullanımı ile alopesi kliniği görülen 3 vakada metilfenidat kullanımı sonlandırılıp atomeksetin ve lisdeksamfetamin başlanarak takip edilmesi sonrası vakaların tümünde saç çıkışı gözlemlendiği bildirilmiştir (10). Bizim olgumuzda da alopesi açısından tetikleyici olabilecek ve günümüzde sık reçete edilebilen metilfenidat kullanımı saptandı. Mevcut tedavi revizyonu için çocuk psikiyatrisi bölümüne yönlendirildi ve atomeksetin tedavisi başlandı. Günümüzde özellikle pediatrik popülasyonda sık görülen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun medikal tedavisinde önemli bir yer tutan metilfenidat kullanımının alopesi areatalı hastalarda özellikle sorgulanması gerektiğine dikkat çekmek amacıyla bu olguyu sunmayı uygun gördük.

KAYNAKLAR:

1. Pratt, C., King, L., Messenger, A. et al. Alopecia areata. Nat Rev Dis Primers 3, 17011 (2017)
2. Hordinsky, Maria K. "Overview of alopecia areata." Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings. Vol. 16. No. 1. Elsevier, 2013.
3. Amin, Syed Suhail, and Sandeep Sachdeva. "Alopecia areata: A review." Journal of the Saudi Society of Dermatology & Dermatologic Surgery 17.2 (2013): 37-45.
4. Blaumeiser B, van der Goot I, Fimmers R, Hanneken S, Ritzmann S, Seymons K, Betz RC, Ruzicka T, Wienker TF, De Weert J, Lambert J, Kruse R, Nöthen MM. Familial aggregation of alopecia areata. J Am Acad Dermatol. 2006 Apr;54(4):627-32
5. Rodriguez TA, Fernandes KE, Dresser KL, Duvic M; National Alopecia Areata Registry. Concordance rate of alopecia areata in identical twins supports both genetic and environmental factors. J Am Acad Dermatol. 2010 Mar;62(3):525-7
6. Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D, Haentjens P Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. J Am Acad Dermatol. 2009 Mar;60(3):388-93.
7. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L, Lo Sicco K, Brinster N, Christiano AM, Shapiro J. Alopecia areata: Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis. J Am Acad Dermatol. 2018 Jan;78(1):1-12
8. Alkhalifah A. Alopecia areata update. Dermatol Clin. 2013;31:93-108
9. Mukbi T, Rudnicka L, Olszewska M, Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: Part II. Trichoscopic and laboratory evaluations. J Am Acad Dermatol. 2014;71:431.e1-431.e11.
10. Gnanavel, Sundar, and Sharafat Hussain. "Alopecia Associated with Use of Methylphenidate: A Case Series." Indian Journal of Psychological Medicine 40.4 (2018): 370-371.



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

PS-45

FOLİKÜLİT İLE KARIŞTIRILAN PYODERMA GANGRENOSUM OLGUSU

*Mehmet Cirit, İjlal Erturan, Selma Korkmaz, Havva Hilal Ayvaz Çelik,
Rahime Cankat Gürel, Mehmet Yıldırım
Süleyman Demirel Üniversitesi, Deri ve Zührevi Anabilim Dalı, Isparta*

GİRİŞ: Pyoderma gangrenosum (PG), derinin otoinflamatuvar ve ülseratif bir bozukluğu olarak ortaya çıkan, nadir görülen nötrofilik dermatozdur (1,2). Burada, folikülit ön tanısıyla uzun süre verilen tedavilerden yanıt alınamayan 41 yaşındaki pyoderma gangrenosum tanılı olguyu sunmayı uygun gördük.

OLGU: Kırk bir yaşında kadın hasta yaklaşık 2 ay önce kollarda, bacaklarda ortası iltihaplı kızarıklıklar şeklinde başlayan ve daha sonra yer yer siyah kabuklu yaralara dönüşen lezyonlar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Kaşıntı ve ağrı gibi subjektif semptomlar tarifleyen hastanın bilinen hipertansiyon, lomber dejeneratif disk hastalığı, migren tanıları vardı. Hastanın sorgulanmasında ek bir yakınması yoktu. Kız kardeşinde sistemik lupus eritematosus öyküsü vardı. Hastanın dermatolojik muayenesinde kollarda, bacaklarda eritemli papüller, püstüller ve bazı lezyonların üzerinde krut ve skuam olduğu gözlemlendi (Resim 1-2). Hastanın laboratuvar testlerinden hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein (CRP), karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, hepatit serolojisi, romatoid faktör, pıhtılaşma parametreleri ve periferik yayması normaldi. Yapılan kolonoskopik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Akciğer grafisi normaldi. Antinükleer antikor (ANA) testi pozitifliği mevcuttu. Hastanın hikayesinde dış merkezlerde folikülit ön tanısıyla topikal antibiyotikler verildiği fakat fayda görmediği öğrenildi. Ortasında püstül, çevresinde nekrotik krutlu lezyondan alınan biyopside, epidermiste bazal dejenerasyon, papiller dermiste ödem, epidermiste veziküler ve hafif spongiöz, yüzeysel, orta ve derin dermiste perivasküler yoğun lenfositik inflamasyon arada polimorf nüveli lökosit kırıntıları birkaç eozinofil, orta çaplı venlerde endoteli atake eden lenfositler, PAS-AB ile mikroid dejenerasyon gözlenmiş olup hastanın bu bulgularının pyoderma gangrenosum ile uyumlu olduğu raporlandı. Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde pyoderma gangrenosum tanısı konuldu. Tedavi olarak topikal klobatezol propiyonat, nemlendirici, sistemik setirizin dihidroklorür tablet başlandı. Romatolojik sorgulamasında herhangi bir özellik saptanmayan hasta ANA pozitifliği nedeniyle romatolojiye yönlendirildi.



Resim 1: Koldaki lezyonların görünümü



Resim 1: Bacaktaki lezyonun görünümü

TARTIŞMA: PG'nin etiyojisi bilinmemektedir ve patogenezi tam olarak anlayamamıştır. PG insidansı hakkında tam bir veri olmamakla birlikte 3-10/milyon olduğu tahmin edilmektedir. Her yaşta ortaya çıkabilir ancak en yaygın olarak 20 ila 50 yaşları arasında görülür ve hafif bir kadın baskınlığı vardır. Bizim vakamız da 41 yaşında kadın hastaydı. PG'nin klinik belirtileri değişkendir ve dört ana alt tipe ayrılır: Ülseratif (klasik) PG (en yaygın varyant), Büllöz (atipik) PG, Püstüller PG ve Vejetatif PG (4). Ülseratif PG en sık alt ekstremitelerde ve gövdede yerleşir ve tipik olarak normal görünümülü deride veya travmaya uğrayan bölgede hassas, inflamatuvar papül, püstül veya vezikül olarak başlar (3). Büllöz PG, daha nadir, yüzeysel bir varyantı olup hematolojik hastalıklarla ilişkisi bildirilmiştir (5). Vejetatif PG, hafif ağırlı bir nodül, plak veya ülser olarak ortaya çıkan lokalize, soliter, yüzeysel bir PG formudur (3). Püstüller PG genellikle inflamatuvar barsak hastalığı olan hastalarda akut alevlenme dönemlerinde ortaya çıkma eğilimi gösterir (4). Bizim vakamızda da püstüller lezyonlar olması sebebiyle püstüller PG düşünüldü. PG'nin erken lezyonlarından alınan biyopsiler, perifoliküler inflamasyon ve intradermal apse oluşumunu gösterir. Lezyonlar ülserasyona ilerlediğinde, altta yatan karışık inflamatuvar hücre infiltratı ve apse oluşumu ile epidermal ve yüzeysel dermal nekroz görülebilir (6). Bizim vakamızda yapılan biyopside de yoğun lenfositik inflamasyon, polimorf nüveli lökosit ve eozinofiller görüldü. Vakaların %50'si başta inflamatuvar bağırsak hastalığı, artrit, lenfoproliferatif bozukluklar ve maligneteler olmak üzere altta yatan sistemik bir hastalıkla ilişkilidir (3). Bizim vakamızda etiyojije yönelik yapılan tetkiklerde sistemik hastalıkla ilişkisi saptanmadı. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar arasında venöz-arteryel ülserler, vaskülit, ektima gangrenosum, sporotrikoz, antifosfolipid antikor sendromu, ilaç ile ilişkili ülserler, maligneteler yer almaktadır (7). PG tedavisine yönelik çok az kontrollü çalışma vardır. Patogenez iyi anlaşılmadığından, tedavi büyük ölçüde ampirik bir temelde gelişmiştir. Topikal ve sistemik kortikosteroidler, topikal takrolimus ve sistemik siklosporin en sık kullanılan farmakolojik ajanlar arasındadır. Topikal tedavi, daha hafif formlarda ve sistemik hastalık ile ilişkili olmayanlarda denenebilir.



1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS
Antalya TURKEY

PG'de klobetazol propiyonat gibi yüksek etkili veya güçlü topikal kortikosteroidler sıklıkla birincil ve yardımcı tedaviler olarak kullanılabilir (8,9). Daha şiddetli hastalıkta ise oral kortikosteroidler, siklosporin, kolşisin, sülfasalazin, dapson, minosiklin, apremilast, talidomid, metotreksat, mikofenolat mofetil, siklofosfamid, azatioprin, IVIG, adalimumab, etanercept, ustekinumab, anakinra ve canakinumab verilebilir (10). En somut sonuçlar sistemik kortikosteroidler ve siklosporin ile alınmıştır (3). Bizim vakamızda da hastalığın hafif seyretmesi ve sistemik hastalıklar ile ilişki saptanmaması nedeniyle topikal tedavi verildi. PG'nin nadir görülen bir hastalık olması ve yanlış tanı konulup tedaviden uzun süre yanıt alınamaması halinde akla gelmesi gereken bir tanı olması nedeniyle bu olguyu sunmayı uygun gördük.

KAYNAKLAR:

1. Alavi A, French LE, Davis MD, Brassard A, Kirsner RS. Pyoderma Gangrenosum: An Update on Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2017 Jun;18(3):355-372.
2. Charles, Carlos A., et al. "Etanercept for the treatment of refractory pyoderma gangrenosum: a brief series." *International journal of dermatology* 46.10 (2007): 1095-1099.
3. Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma gangrenosum: an updated review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009 Sep;23(9):1008-17.
4. Powell FC, Hackett BC, Wallach D. Pyoderma gangrenosum. In: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 8th ed, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, et al (Eds), McGraw-Hill Companies, Inc., New York 2012. Vol 1, p.371.
5. Bennett ML, Jackson JM, Jorizzo JL, Fleischer AB Jr, White WL, Callen JP. Pyoderma gangrenosum. A comparison of typical and atypical forms with an emphasis on time to remission. *Case review of 86 patients from 2 institutions. Medicine (Baltimore)*. 2000 Jan;79(1):37-46.
6. Weedon D. The vasculopathic reaction pattern. In: Weedon's Skin Pathology, 3rd ed, Elsevier Limited, 2010. p.195.
7. Weenig RH, Davis MD, Dahl PR, Su WP. Skin ulcers misdiagnosed as pyoderma gangrenosum. *N Engl J Med*. 2002 Oct 31;347(18):1412-8.
8. Reichrath J, Bens G, Bonowitz A, Tilgen W. Treatment recommendations for pyoderma gangrenosum: an evidence-based review of the literature based on more than 350 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2005 Aug;53(2):273-83.
9. Le Cleach L, Moguelet P, Perrin P, Chosidow O. Is topical monotherapy effective for localized pyoderma gangrenosum? *Arch Dermatol*. 2011 Jan;147(1):101-3.
10. George, Christina, Florence Deroide, and Malcolm Rustin. "Pyoderma gangrenosum—a guide to diagnosis and management." *Clinical Medicine* 19.3 (2019): 224.



Atatürk
Üniversitesi



MANİSA
CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ

1. ULUSLARARASI AVRASYA DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

1st INTERNATIONAL EURASIAN DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

08 - 12 HAZİRAN / JUNE 2022

PINE BEACH BELEK OTEL

Antalya



İNDEKS



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

Sıralama soyadı alfabetiktir.

-A-			CEMŞİTOĞLU, N.	PS-04
ADIŞEN, E.	PS-02, PS-04, PS-09, PS-12, PS-26		CENK, H.	PS-39
			CESUR, A. M.	PS-42
AĞIRGÖL, Ş.	PS-35, SS-16, PS-31, PS-36, PS-40		CİNGÖZ, K.	PS-41
			CİRİT, M.	PS-45
AKDAĞ, N. B.	PS-03		COŞKUN, K. F.	PS-35, PS-36
AKSAKAL, A. B.	PS-09			
AKTAŞ, A.	SS-03	-Ç-		
ALTINYAZAR, H. C.	SS-12	ÇAKIR, A.		SS-24
AN, İ.	PS-13	ÇALIM GÜRBÜZ, B.		PS-35
ARCA, E.	SS-19	ÇALIŞKAN, E.		SS-19
ARİFOV, S. S.	SS-17, PS-27	ÇAYTEMEL, C.		PS-30
ARSLAN UKU, S.	SS-26	ÇETİN, N.		PS-39
ATASOY, M.	SS-05	ÇETİNKAYA, E.	PS-36, PS-40	
ATCI, T.	PS-24	ÇİÇEK, D.		SS-21
ATSÜ, A. N.	SS-16, SS-20	ÇINAR, S. L.	PS-21, PS-06, PS-03	
AYHAN, E.	PS-13	ÇINAR, S.		SS-12
AYŞİT, M.	PS-35, PS-36	ÇOLAK, H.		PS-22
AYVAZ ÇELİK, H.H.	PS-44, PS-45	ÇOLAK, S.		PS-37
-B-		-D-		
BABACAN, B. A.	PS-10	DAŞCI, E. B.		PS-07
BABAJOV, O. A.	SS-17	DAYE, M.	PS-11, PS-25	
BAŞTUĞ, D.	PS-30	DEVECİOĞLU, E. G.		PS-36
BAYRAK ÖZTÜRK, S.	SS-18	DİNÇER ROTA, D.		SS-22
BİNGÖL, M.	PS-37	DİRİCAN, M. H.		PS-06
BOBOEV, K. T.	SS-17	DİZEN NAMDAR, N.		SS-26
BORAN, Ç.	PS-22	DÖŞ, Y. M.		SS-14
BORLU, M.	PS-21, PS-06, PS-03	DUMAN, B.		PS-11
BOSTAN, E.	SS-24	DURDU, A.		PS-06
BULUT, N.	PS-28	DURMAZ, K.		SS-15
		DURU, V.		SS-22
-C-		-E-		
CAĞ, N.	SS-16, SS-20	EDEK, Y. C.	PS-09, PS-12, PS-26	
CANKAT GÜREL, R.	PS-45			



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**
Antalya **TURKEY**

Sıralama soyadı alfabetiktir.

EMEKSİZ, M. C.	SS-23	KARAKALEM, G.	SS-06
ERDEM, O.	PS-30	KARATAŞ, M. A.	PS-39
ERDEM, Y.	PS-24	KARSTARLI BAKAY, Ö. S.	PS-39
ERDOĞAN, B.	PS-42, SS-16	KARTAL, D.	PS-21, PS-06, PS-03
ERDOĞAN, F. G.	SS-22	KAYA BULUT, Ş.	PS-25
ERDURAN, F.	SS-03	KAYA KIRAÇ, F.	SS-13, SS-14
ERGİN, Ç.	SS-20	KAYA KIZILOĞLU, E.	PS-21
ERKAYMAN, M. H.	PS-23, PS-28, PS-16	KAZAN, D.	SS-26
ERTURAN, İ.	PS-44, PS-45	KOCA, R.	SS-12
ERTÜRK, E.	PS-26	KOKU AKSU, A. E.	SS-13, SS-14
EVRAŖ, E. M.	PS-32	KORKMAZ, S.	PS-44, PS-45
		KÜÇÜKOĞLU, R.	PS-24
-G-		KULCU, Z.	SS-21
GHAREHDAGHI, S.	PS-02	KUŞ, D. M. M.	PS-07
GÖK, D.	PS-08	KUŞKU ÇABUK, F.	PS-31
GÖKÇEK, G. E.	SS-15		
GÖKŞİN, Ş.	PS-39	-L, M-	
GÖKYAYLA, E.	PS-01, SS-11	LEBLEBİCİ, C.	SS-13
GÜL, A.	SS-22	MALİKOVA, N. N.	PS-27
GÜNDÜZ, K.	PS-17	MANAV, V.	SS-13
GÜNDÜZ, M.	PS-01	MANGIR, Ö.	PS-24
GÜNŞOY KILIÇ, Y.	PS-12	MELİKOĞLU, M.	PS-19, PS-34, PS-29
GÜRSEL ÜRÜN, Y.	SS-06	METİN, N.	SS-09
GÜVEN, S.	PS-11	METİN, Z.	SS-15
-H-		MÜLAYİM, D. M. K.	PS-07
HATİPOĞLU, N.	PS-42		
HEKİMOĞLU, İ. C.	PS-05, SS-16	-O, Ö-	
		OLTULU, P.	PS-11, PS-25
-İ, İ-		ÖĞÜT, B.	PS-02
IONESCU, M. A.	SS-02, SS-04	ÖKSÜM SOLAK, E.	PS-21, PS-06, PS-03
İNANIR, İ.	SS-01, SS-11	ÖZBAŞ GÖK, S.	PS-36
		ÖZDEMİR, A. K.	SS-08
-J, K-		ÖZDEMİR, İ.	PS-04
JABBAROV, M. M.	PS-15	ÖZKOCA, D.	SS-20
KAÇAR, N.	PS-39	ÖZTÜRK, A.	PS-38
KARA POLAT, A.	SS-13	ÖZTÜRK, G. Ö.	SS-11



**1. ULUSLARARASI AVRASYA
DERMATO-VENEROLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ**

08-12 HAZİRAN / JUNE 2022 PINE BEACH BELEK OTEL

**1st INTERNATIONAL EURASIAN
DERMATO-VENEROLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS**

Antalya **TURKEY**

Sıralama soyadı alfabetiktir.

ÖZTÜRK, M.	SS-10, PS-13	-U, Ü-	
ÖZTÜRK, P. P.	PS-07	UTLU, Z.	SS-07
ÖZTÜRK SARI, Ş.	PS-18	ÜRÜN, M.	SS-06

-P-		-Y, Z-	
PALA, E.	PS-10, SS-05, PS-37	YAKUBOV, A. A.	PS-14
POLAT, M.	PS-22	YAKUBOVA, A. S.	PS-15
POLAT EKİNCİ, A.	PS-18	YAMAK, R.	PS-19, PS-20, PS-23, PS-28, PS-34, PS-29

-S-		YERLİOĞLU AK, D.	PS-18
SARIKAYA SOLAK, S.	SS-06	YILDIRIM, F.	PS-35
SERDAR, L.	SS-25	YILDIRIM, M.	PS-44, PS-45
SEYİRCİ, M.A.	PS-44	YILDIRIM, O.	SS-20, PS-31
SEZER, T.	SS-12	YILMAZ, S.	SS-07
SOĞUKSU, A. O.	PS-33, PS-10	YÜREKLİ, A.	PS-32, SS-19
SOLAK, N.	SS-12	ZIPLAR, B.	PS-31
SOLAK ESEN, B.	PS-16		
SOYUGÜR, A.	PS-02		
SÜLÜKÇÜ, G.	SS-01		

-T-			
TAMER, E.	SS-08		
TANAÇAN, F. E.	SS-22		
TEMİRKAYNAK, M. K.	PS-04		
TEZCAN, D.	SS-07		
TOPKARCI, Z.	PS-42		
TURAN, Ç.	SS-07, SS-09		
TÜRE AVCI, B.	PS-17		
TÜREL ERMERTCAN, A.	PS-01		
TÜRKOĞLU, Z.	PS-05, SS-20, PS-35, PS-31, PS-30, PS-36		

