34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

BİLDİRİ KİTABI

21-25 EKİM 2026

Royal Seginus Kongre Merkezi, Antalya



34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

TÜRK DERMATOLOJİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan

Aslan Yürekli

Genel Sekreter

İlkay Can

Sayman

Murat Durdu

Asil Üye

Başak Yalçın

Ercan Çalışkan

Özlem Su Küçük

Mehmet Melikoğlu

34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanları

Arzu Kılıç

Zerrin Öğretmen

Kongre Sekreterleri

Pelin Hızlı

Selda Işık Mermutlu

Düzenleme Kurulu

Murat Durdu

Özlem Su Küçük

Ercan Çalışkan

Özge Kaya

Zeynep Keskinkaya

İlkay Can

34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

21 Ekim 2026, Çarşamba

SALON A

KOZMETOLOJİ KURSU

14:00 - 15:30 OTURUM I
Oturum Başkanları: Zafer Kurumlu, Gonca Gökdemir

14:00 - 14:15 Üst Yüz Mimikleri: Kaş Kaldırmada "Milimetrik" Farklar ve Mephisto Kaşından Kaçınma Stratejileri - **Gonca Gökdemir**
14:15 - 14:30 Gummy Smile ve Perioral Çizgiler: Dudak Etrafında "Aşırı Doz" Tuzağına Düşmeden Estetik Dokunuş - **Nagihan Sahillioğlu**
14:30 - 14:45 Mezobotoks ve Nefertiti Boyun - **Şule Güngör**
14:45 - 15:00 Dudak Sanatı ve Farklı Dudak Problemlerine Yaklaşım (Russian Lips ve Lip Lift) - **Sedef Yücel**
15:00 - 15:15 Jawline ve Çene Projeksiyonu: Maskülen vs. Feminen Hatların Keskinleştirilmesinde Kanül Teknikleri - **Başak Kandi**
15:15 - 15:30 Tartışma

SALON B

DERMATOSKOPİ KURSU

14:00 - 15:30 OTURUM I: NEVÜSLER
Oturum Başkanları: Sedef Şahin, Turhan Şahin

14:00 - 14:15 Önce Dermatoskopumuzu Tanıyalım - **Aslan Yürekli**
14:15 - 14:30 Patemlerin Dansı: Melanositik Nevüslerde Dermatoskopi - **Sedef Şahin**
14:30 - 14:45 Pediatrik Nevüsler: Ne Zaman Endişelenelim? - **Aslı Vefa Erdemir**
14:45 - 15:00 Dijital Dermatoskopi ve Tüm Vücut Haritalama: Kime? Ne Zaman? - **Gamze Erfan**
15:00 - 15:15 Palmaplantar Bölge Nevüsleri: İyi, Kötü, Çirkin - **Özgür Timurkaynak**
15:15 - 15:30 Tartışma

SALON C

TEMEL BECERİ KURSU

14:00 - 15:30 Oturum Başkanları: Tuğrul Dereli, Şirin Yaşar

14:00 - 14:15 Kriyocerrahide Püf Noktalar - **Tuğrul Dereli**
14:15 - 14:30 Elektrocerrahi ile Neleri Başarabiliriz? - **Şirin Yaşar**
14:30 - 14:45 Biyopsi Teknikleri: Hangi Hastalıkta, Hangi Bölgeden? - **Deniz Aksu Arıca**
Nativ Preparat İncelemesi / Demodeks Ve Skabiyezte
14:45 - 15:00 Mikroskobik İnceleme - **Ömer Kutlu**
15:00 - 15:15 Tzanck Yayma Testi - **Abdullah Fatih Açık**
15:15 - 15:30 Tartışma

15:30 - 16:00 KAHVE ARASI

KOZMETOLOJİ KURSU

16:00 - 17:30 OTURUM II
Oturum Başkanları: Gönül Ergenekon, Recep Dursun

16:00 - 16:20 CaHa Dışı Biyostimülanlar: PLLA, PDLLa, Polikaprolakton Uygulaması - **Özlem Karadağ Köse**
16:20 - 16:40 Ca hidroksiapatit Uygulaması ve Komplikasyonları - **Filiz Kuşak**
Hiyalüronidaz Kullanım Rehberi: Hangi Konsantrasyonda,
16:40 - 17:00 Ne Zaman ve Nasıl Eritmeli? - **Aliye Sevdem Gülcan**
17:00 - 17:20 Vasküler Oklüzyona İlk 30 Dakika: Acil Müdahale - **Recep Dursun**
17:20 - 17:30 Tartışma

DERMATOSKOPİ KURSU

16:00 - 17:30 OTURUM II: DERİ TÜMÖRLERİ
Oturum Başkanları: Günseli Öztürk, Bengü Nisa Akay

16:00 - 16:15 Aktinik Keratozdan Skuamöz Hücreli Karsinoma Geçiş: Dermatoskopik Durakları Tanıyor muyuz? - **Yıldız Gürsel Ürün**
16:15 - 16:30 Bazal Hücreli Karsinom Dermatoskopisinde Subtip Ayrımı - **Murat Öztaş**
16:30 - 16:45 Pembe Tümörler: Dermatoskopide Tanısal Tuzaklar - **Bengü Nisa Akay**
16:45 - 17:00 Tırnak Dermatoskopisinde Önemli İpuçları - **Aysun Şikar**
17:00 - 17:15 Tartışma

TIRNAK KURSU

16:00 - 17:30 OTURUM I: GİRİŞİMSEL TEKNİKLER
Oturum Başkanları: Seher Bostancı, Fatih Göktay

16:00 - 16:15 Yanlış Yerde Müdahale Etme: Tırnak Anatomisinin Kritik Noktaları - **Aslı Tatlıparmak**
16:15 - 16:30 Ağrısız Tırnak Cerrahisi: Dijital Bloktan Wing Block'a Pratik Rehber - **Ozan Erdem**
16:30 - 16:45 Matrikse Dokunmadan Biyopsi Alınır mı? Tırnak Ünitesinde Minimal İnvaziv Teknikler - **Fatih Göktay**
16:45 - 17:00 Tırnak Matriks Biyopsisi - **Fatih Göktay**
17:00 - 17:15 Ingrown Toenail (Tırnak batması): Fenolizasyondan Cerrahiye Kalıcı Çözümler - **Buğra Burç Dağtaş**
17:15 - 17:30 Tartışma

17:30 - 18:00 KAHVE ARASI

KOZMETOLOJİ KURSU

18:00 - 19:20 OTURUM III
Oturum Başkanları: Şükran Tunalı, Zekayi Kutlubay, Abdullah Yıldız

18:00 - 18:15 Ozempic Face: GLP-1 Analogları Sonrası Yüz Volüm Kaybı, Dolgu Ve Rejeneratif Yaklaşımlar - **Pelin Eşme**
18:15 - 18:30 USG'nin Kozmetik Dermatolojide Kullanımı - **Zekayi Kutlubay**
18:30 - 18:45 Androgenetik Alopeside Off-Label Tedavilerin Uygulanması ve Etkinliği - **Filiz Canpolat**
18:45 - 19:00 Etkili Mezoterapi: Doğru Ürün - Doğru Endikasyon - **Sibel Tuğcugil**
19:00 - 19:20 Tartışma

DERMATOSKOPİ KURSU

18:00 - 19:20 OTURUM III: DERMATOSKOPİNİN ÖZEL ALANLARI
Oturum Başkanları: Ercan Arca, Tülin Güleç

18:00 - 18:15 Yüzde Teşhis Sanatı: Pigmente Aktinik Keratozu Lentigo Maligna'dan Ayırmak - **Tülin Güleç**
18:15 - 18:30 Mukoza Dermatoskopisinde "Dur-Geç" Kriterleri: Ne Zaman Biyopsi Şart? - **Tuğba Kevser Uzunçakmak**
18:30 - 18:45 İnflamaskopi: Ayıncı Tanıda Altın Anahtar - **Bengü Çevirgen Cemil**
18:45 - 19:00 Görünmez Damarların Dili: Dermatologlar İçin Kapilleroskopi Rehberi - **Göknur Kalkan**
19:00 - 19:20 Tartışma

TIRNAK KURSU

18:00 - 19:20 OTURUM II: GİRİŞİMSEL TEKNİKLER
Oturum Başkanları: Seher Bostancı, Fatih Göktay

18:00 - 18:15 Onikomikoz mu Değil mi? - **Ayşe Esra Koku Aksu**
18:15 - 18:30 Sistemik mi, Lokal mi? Çoklu Tırnak Tutulumunda Klinik Muhakemeler - **Güldehan Atış**
18:30 - 18:45 Melanonişiye Algoritmik Yaklaşım - **Ilkin Zindancı**
18:45 - 19:00 Tırnağın Gizli Tümörleri: Glomus, Onikopapilloma ve Skuamöz Hücreli Karsinom - **Gaye Güldiken**
19:00 - 19:20 Tartışma

34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22 Ekim 2026, Perşembe

SALON A	SALON B	SALON C	SALON D
08:20 - 08:40 **ÜRTİKER VE ANJİOÖDEM** **Oturum Başkanları: Şevki Özdemir, Zerrin Öğretmen, Emek Kocatürk Göncü** 08:20 - 08:45 Ürtiker Patogenezinde Yeni Perde: Tip 1 ve Tip 2b Otoimmünite Aynen Tedaviyi Değiştirir mi? - **Ragıp Ertaş** 08:45 - 09:00 Anjioödeme Algoritmik Yaklaşım - **Emel Bülbül Başkan** 09:00 - 09:15 Kronik Uyarılabilir Ürtikerde Tanı Yöntemleri - **Andaç Salman** 09:15 - 09:30 Kronik Ürtiker Yönetiminde Nerede Edilenler: Güncel Tedavi Algoritması ve Akıcı Tedavi Kesme Stratejileri - **Emek Kocatürk Göncü** 09:30 - 09:40 Tartışma	08:30 - 09:40 **ENFEKSİYON VE ENFESTASYONLARDA ZORLANDIKLARIMIZ** **Oturum Başkanları: Akın Aktaş, Ali Karakuzu** 09:30 - 09:40 Skabiyezle Olgularla Yaklaşım - **Mehmet Harman** 09:40 - 09:50 İnatçı Dermatofitozlar: Tedavi Direnci ve Yeni Stratejiler - **Mehmet Melikoğlu** 09:50 - 09:00 Leyşmaniyada Klinik Spektrum: Eskimeyen Hastalığa Modern Yaklaşımlar - **Bilge Fettahlıoğlu Karaman** 09:00 - 09:10 Kanserlerin Deri İmzası: Tanısal İpuçları ve Hayat Kurtaran Hamleler - **Işıl Deniz Oğuz** 09:10 - 09:20 Mezotelyomaların Aksiyuma: Alışık Nükslerlerinin Değişen Epidemiyolojisi ve Klinliği - **Pelin Kartal** 09:20 - 09:40 Tartışma 09:40 - 10:10 **Uydu Sempozyumu** **Meritor Enfeksiyonlarının Değişen Yüzü** **Konuşmacı: Özlem Su Küçük**	09:30 - 10:10 **SERBEST BİLDİRİLER-1** **Oturum Başkanları: Rukiye Yasak, Serpil Şener** **SS-001 - SS-002 - SS-003 - SS-004 - SS-063 - SS-006 - SS-007** **SS-008 - SS-009 - SS-010 - SS-011 - SS-012 - SS-013 - SS-014**	
10:10 - 10:30 Kahve Arası			
10:30 - 11:10 **CONFERENCE** **New ICDRG Classification of Patch Test Reactions** **Chairs: Esen Özkaya, Şerap Utaş** **Speaker: Magnus Bruze** 11:10 - 11:30 **AÇIK MİKROFON - SAHADAN SORULAR, USTALARDAN İPUÇLARI:** **ATOPİK DERMATİT ve ÖTESİ** **Saha Temsilcisi: Zeynep Keskinkaya** **Tartışmacılar: Oktay Taşkapan, Esen Özkaya, Özlem Su Küçük, Burhan Engin**	11:10 - 12:30 **OTOİMMÜNİTE vs. OTOİNFLAMASYON** **Oturum Başkanları Ertan Yılmaz, Emel Fetil** 11:10 - 11:20 Otoantikor paneli: Nasıl Değerlendirelim? **Zafer Türkoğlu** 11:20 - 11:35 Kutanöz Lupus Eritematozus Spektrumu ve Tedavisi - KEYPAD - **Melih Akyol** 11:35 - 11:50 Farklı Senaryolarla Morfea Yönetimi - **Sema Koç Yıldırım** 11:50 - 12:05 Dökümlerin Ötesi: Pediatrik Romatoloji Hastalıklarda İpuçları - KEYPAD - **Zeynep Topkarcı** 12:05 - 12:20 Ürtikeryal Döküntüler: Ürtiker mi? Otoinflamatuvar Hastalık mı? - **Nilgün Şenttürk** 12:20 - 12:30 Tartışma	11:10 - 11:30 **SERBEST BİLDİRİLER-2** **Oturum Başkanları: Mustafa Tosun, Işıl Deniz Oğuz** **SS-015 - SS-016 - SS-017 - SS-019 - SS-020 - SS-021** **SS-022 - SS-024 - SS-025**	11:10 - 12:30 **WORKSHOP** **Bir Lezyondan Tüm Vücuda: Dermoskopi ve Haritalamada Kritik İpuçları** Dermoskopide Küçük İpuçları, Büyük Farklar - **Bengü Nisa Akay** Tüm Vücut Ben Haritalamada Zorluklar, Yönlerder ve Çözümler - **Gamze Erfan**
12:30 - 13:30 Öğle Arası			
13:30 - 14:40 **OLGULARLA İLAÇ REAKSİYONLARI** **Oturum Başkanları: Başak Yalçın, Sanan H. Karimov, Aylin Türel Ermertcan** 13:30 - 14:45 DRESS Sendromu: Sadece Bir Döküntü mü, Sistemik Bir Yangın mı? Multiorgan Tutulumu - **Sibel Doğan Günaydın** 14:45 - 14:00 Yaygın Püstüllozlerde Tol Ayrımı: AGEP mi, Püstüler Psoriasis mi? - **Aylin Türel Ermertcan** 14:00 - 14:15 Yeni Nesil Onkolojik İlaçların Yan Etkileri ve Yönetimi - **Hatice Uce Özkol** 14:15 - 14:30 Bilinmeyen İlacın Peşinde: Polifarmasisi Olan Hastada Sorumlu Ajanı Bulma Sanatı - **Munise Daye** 14:30 - 14:40 Tartışma 14:40 - 15:10 Uydu Sempozyumu FARMANOVA **Hidradenitis Süpürativa ve Plak Psoriasis Tedavisinde Versant'ın Etkililiği ve Güvenliliği** **Oturum Başkanları: Nilgün Şenttürk, Murat Borlu** Hidradenitis Süpürativa Tedavisinde Versant'ın Etkililiği ve Güvenliliği - **Konuşmacı: Ayşenur Botsalı** Plak Psoriasis Tedavisinde Versant'ın Etkililiği ve Güvenliliği - **Konuşmacı: Aslı Hapa**	13:30 - 14:40 **KUTANÖZ VASKÜLER HASTALIKLAR** **Oturum Başkanları: Afet Akdağ Köse, Ekin Şevk** 13:30 - 13:45 Vaskülit ve Vaskülopati Ayrımı - **Gülhan Gürel** 13:45 - 14:00 Olgular Eşliğinde Kutanöz Vaskülit Tedavisi - **Didem Didar Balcı** 14:00 - 14:30 Dirilerde Bir Görünüm: Behçet Hastalığı - **Ayşa Bayrat** 14:30 - 14:40 Tartışma 14:40 - 15:10 Uydu Sempozyumu JEO MED TTO **Demodekslerle İlgili Merak Edilenler** **Klinik-Tedavi-Konunma** **Oturum Başkanı: Ayşe Serap Karadağ, Sibel Doğan Günaydın** **Konuşmacılar: Derya Uçmak, Ayşe Serap Karadağ, Gülbahar Saraç**	13:30 - 15:10 **SERBEST BİLDİRİLER-3** **Oturum Başkanları: Melis Gönülal, Suzan Pektaş** **SS-026 - SS-090 - SS-028 - SS-029 - SS-030 - SS-031 - SS-032** **SS-033 - SS-034 - SS-089 - SS-036 - SS-037 - SS-038 - SS-089** **SS-088**	13:30 - 14:30 **Kutanöz Ultrasonografi Kursu** **Oturum Başkanları: Esra Adışen, Arzu Kılıç** **Eğitmenler: Murat Durdu, Ayşe Akman, Aslı Tatlıparmak, Yusuf Can Edek**
15:10 - 15:30 Kahve Arası			
15:30 - 16:50 **AÇIK MİKROFON - SAHADAN SORULAR, USTALARDAN İPUÇLARI:** **AKNE ve ROZASE** **Saha temsilcisi: İlkay Can** **Tartışmacılar: Nilsel İlter, Pelin Koçyiğit, Rafet Koca, Ayşe Serap Karadağ** 16:50 - 17:50 **DERMATOLOJİDE YAPAY ZEKA** **Oturum Başkanları: Melih Akyol, Mualla Polat** 16:50 - 17:10 Yapay Zeka Destekli Güvenilir Literatür Tarama ve Bilimsel Makale Yazımında Yapay Zeka Araçlarının Kullanımı - **Ece Gökyayla** 17:10 - 17:25 Klinik Pratikte Yapay Zeka: Sınırlar ve Sorumluluk - **Ülker Gül** 17:25 - 17:40 Yapay Zeka ile Sunum Teknikleri ve Sorun Hazırlama - **Berkay Temel** 17:40 - 17:50 Tartışma	15:30 - 16:40 **ZOR VAKA MASASI** **Oturum Başkanları: Can Ceylan, Mustafa Tunca** 15:30 - 15:45 Beyaz Lekenin Ötesi: Vitiligo Tedavisinde 'Plato Fazı' ile Boşa Çıkmak - **Aslı Hapa** 15:45 - 16:00 Eşlikemolizis Bülloza da Pratik Yaklaşımlar ve Güncel Gelişmeler - **Ayşe Öktem** 16:00 - 16:15 Olgularla Oral Likenoid Lezyonlar - KEYPAD - **Mustafa Tosun** 16:15 - 16:30 Olgularla Anogenital Mukozada Tanısal İpuçları - KEYPAD - **Ayşe Kavak** 16:30 - 16:40 Tartışma 16:40 - 17:30 **SENARYOLARLA YARA BAKIMI** **Oturum Başkanları: Ahmet Metin, Tamer İrfan Kaya** 16:40 - 16:55 Hastanın Bacak Ülseri - **Emine Tamer** 16:55 - 17:10 Hastanın Epidermolitik Bülbüsü - **Semahat Alp** 17:10 - 17:25 Hastamda Diyabetik Ayak Var - **Asude Kara Polat** 17:25 - 17:40 Yara Örtüleri - **Fadime Kılınç** 17:30 - 17:50 Tartışma	15:30 - 16:40 **SERBEST BİLDİRİLER-4** **Oturum Başkanları: Savaş Öztürk, Evren Odyakmaz Demirsoy** **SS-040 - SS-041 - SS-042 - SS-043 - SS-044 - SS-045 - SS-046** **SS-047 - SS-048 - SS-049** 16:40 - 17:30 **ASKER OLUR MU, POLİS OLUR MU? BİR İMZA, BİR MESLEK, BİR GELECEK: DERMATOLOJİDE HEYET MUAYENELERİ** **Oturum Başkanı: Aslan Yürekli** **Konuşmacı: Mustafa Şen**	
	17:50 - 18:30 Açılış Töreni		

34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

23 Ekim 2026, Cuma



SALON A	SALON B	SALON C	SALON D
SERBEST BİLDİRİLER-5 Oturum Başkanları: Engin Sennaroğlu, Pervin Hafsa Güler SS-050 - SS-051 - SS-052 - SS-053 - SS-054 - SS-055 - SS-056 - SS-057	SERBEST BİLDİRİLER-6 Oturum Başkanları: Ayten Fereltoy Kavlakoğlu, Seçil Soylu SS-058 - SS-059 - SS-060 - SS-061 - SS-062 - SS-063 - SS-064 - SS-065	ICDRG Meeting - Session 1 Chair: Esen Özkaya 09:40 - 09:50 Introduction of ICDRG - Magnus Bruze 09:50 - 09:40 Patch Testing in Practice: Application and Expert Reading - Kayoko Matsunaga 09:40 - 10:00 Real-World Testing: Patients' Personal and Occupational Products - Iris Ale (Online) 10:00 - 10:20 Beyond Standard Patch Testing: Repeated Open Application Tests, Semi-open Tests and Use Tests in Allergic Contact Dermatitis - Susana Ljubojevic Hadzavdic 10:20 - 10:40 Discussion	
HİDRADENİTİS SUPPURATİVA Oturum Başkanları: Mehmet Ali Güreş, Server Serdaroğlu 09:00 - 09:15 HS Tanımları, Patogenez, Klinik Çeşitlilik ve Şiddet Değerlendirmeleri - Seçil Sarol 09:15 - 09:30 Antibiyoterapiler Tedavi: Kanıt Ortaya Koyabilecekler - Hasibe Deniz Oğuz 09:30 - 09:45 Olgularla Cerrahi Tedavi: Punch Eksizyonlar Eksizyonel Cerrahiye - Ayşenur Bolsoi 09:45 - 10:00 HS Yönetiminde Kritik Noktalar: Hastaya Nasıl Değerlendirilir, Tedavi ve Yaşam Tarzında Neler Değiştirilmeli? - Ercan Çobçuoğlu 10:00 - 10:10 Tartışma 10:10 - 10:40 Uydu Sempozyumu Akne Tedavisinde Topikal Kombinasyonların Rolü: Eupelon ile Güncel Yaklaşımlar Oturum Başkanı: Server Serdaroğlu Konuşmacı: Ayşe Serap Karadağ farmatek	PEDİATRİK DERMATOLOJİ-I Oturum Başkanları: Zafer Erbağcı, Ayşe Deniz Yücelten 09:00 - 09:15 Fenilketonüri Kontrol Sorunları - Deniz Akkaya 09:15 - 09:30 Fenilketonüri Kontrol Sorunları - Sibel Ersoy Evans 09:30 - 09:45 Olgularla Vaskülit/Endotelyal Lezyonlar Pratik Yaklaşım - Ayşe Deniz Yücelten 09:45 - 10:00 Mastositozlara Yaklaşım ve Tedavi - Sevgi Akarsu 10:00 - 10:10 Tartışma 10:10 - 10:40 Uydu Sempozyumu Atopik Dermatitte Değişen Paradigma: Hedefe Yönelik Proteçetkilerle Yeni Bir Dönem Konuşmacı: Gülsehan Akış Enafarma		
10:40 - 11:10 Kahve Arası			
AÇIK MİKROFON - SAHADAN SORULAR, USTALARDAN İPUÇLARI: PSORİASİS Soru Temsilcisi: Özge Kaya Yorumcular: Nilgün Akaban, Yalın Ergun, Erkan Alpsoy, Esra Adışen, Alpin Polat Emre	PEDİATRİK DERMATOLOJİ-II Oturum Başkanları: Sevgi Bahadır, Osman Köse 11:30 - 11:35 Çocuklarda Sıtı Görünen ve Zorlu Saç Hastalıkları - ATOPİ? - Çiğdem Oba 11:35 - 11:40 Alopesiler Atrofoderm Tablosum ve Tanısı - Osman Köse 11:40 - 11:55 Çocukluk Çağı Deri Tümörleri - ATOPİ? - Dilek Bayrengeçirler 11:55 - 12:10 Çocuklarda Hiperpigmente Lezyonlara Ayırıcılık Tablosum - Hümeyyer Gürel 12:10 - 12:20 Tartışma	ICDRG Meeting - Session 2 Chair: Magnus Bruze 11:10 - 11:30 Challenging Cases of Allergic Contact Dermatitis - Esen Özkaya 11:30 - 11:50 Some Aspects on Fragrance Allergy - Magnus Bruze 11:50 - 12:10 Skin Testing in Drug Eruption - Margarida Gonçalo 12:10 - 12:30 Discussion	11:10 - 11:30 Workshop - ESTETİK DERMAL LOLA - Doğu Esberiza Otoninde Çapraz Bağlı Yapısı ve Cilt Etkisiyle Cilt Sonuç Sürdürmü
12:30 - 13:30 Öğle Arası			
14:00 - 14:00 CONFERENCE Acrylic Nails: Beauty and The Beast Chairs: Murat Berks, Arzu Kılıç Speaker: Thomas Rustemeyer	13:30 - 14:00 Uydu Sempozyumu Atopik Dermatit Tedavisinde Yenilikçi Yaklaşım: Lipidaktif Teknoloji ve Patogenez Hedefli Tedavi Oturum Başkanları: Nilgün Akaban, Ayten Fereltoy Kavlakoğlu Konuşmacı: Özlem Su Küçük BIODERMA	13:00 - 14:00 Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu EZ. Eğitim Komitesi Yeterlik Kurulu Çalışmaları - Mehmet Salih Gürel Akreditasyon Kurulu Faaliyetleri - Ekin Şenk Eğitim Programlarının Geliştirme Komisyonu - Melih Akyol Yeterlik Sınav Komisyonu Faaliyetleri - Vefa Aslı Ertemir DUSEK Faaliyetleri - Murat Durdu Dünyada Eğitimlerde Güncel Sorunlar - Ahmet Salt Sahin - Caner Gülü Kalfi ve Önerler	
14:40 - 15:00 Kahve Arası			
AÇIK MİKROFON - SAHADAN SORULAR, USTALARDAN İPUÇLARI: BÜLLÖZ HASTALIKLAR Soru Temsilcisi: Pelin Hoh Yorumcular: Arbiye Kıcıkoğlu, Soner Uzun, Mehmet Salih Gürel, Savaş Yaylı, Gülşen Akoğlu	BİLİMSEL MÜNAZARA Oturum Başkanları: Nesrin Kıranoğ Altunay, Ayça Cerdan Yazıcı 15:00 - 15:10 Tez: "Güneşten Tam Korunma Şartlı: Fotoşaşlanma ve Kanser Riski Sıfıra İndirilmeli" - Ayşe Altınay 15:10 - 15:20 Antitez: "Kısa Korunma Bir Yalgıtır Sonucudur: O Ultraviole Etkinliği ve Kanser Yaratmada Risk Göz Ardı Edilemez." - Bahar Sevimli Dikicier 15:20 - 15:30 Tez: "Ekzamalar Gelecegin Gençlik Problemi: Hormonal Rejenerasyonun Tek Yolu Bu" - Ergun Altınsoy 15:30 - 15:40 Antitez: "Ekzamalar Psoriazmaya Benzemiyor: Standardizasyon ve Uzun Dönem Veriler Olmadan Uygulamak Riskli Bir Kumardır." - Yildun Manav 15:40 - 15:50 Tez: "Teknik Eşitlerimiz Nekrozlarda Devrim Tedavisi Yenerlidir." - Sefanıl Aykut Tuncz 15:50 - 16:00 Antitez: "Yenilenmedüzeyen Tekniğ Epidermal Nekrozlu Tedavilerden Tenerlidir." - Kaven Oktyokmez Demirsoy 16:00 - 16:10 Tez: "Kronik Sureçte Bağımsızlık Değil, Destek ve Bir Arkadaşlık Tehlikeyi Azaltır" - Deniz Duman Gümüş 16:10 - 16:20 Antitez: Uzmen Duyeki Bir Moda Akımıdır: Bilimsel Kanıtlar Yetersizdir" - Hulkmo Türkmen	15:00 - 16:20 SERBEST BİLDİRİLER-7 Oturum Başkanları: Burçu Can Kuru, Hülya Altuyurt SS-066 - SS-067 - SS-068 - SS-069 - SS-070 - SS-071 - SS-072 - SS-073 SS-074 - SS-075 - SS-076 - SS-087	
16:20 - 16:50 Kahve Arası			
	17:00 - 18:20 TDD Genel Kurul		

34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

24 Ekim 2026, Cumartesi



SALON A	SALON B	SALON C	SALON D
08:30 - 09:40 MİKOZİS FUNGOİDES Oturum Başkanları: Nabiha Dinçer, Hatice Şanlı 08:30 - 09:00 Mikozis Fungoidesde Fotodinamik Tedavi Uygulamaları - Can Baykal 09:00 - 09:30 Mikozis Fungoidesde Kök Hücre Nakli - Hatice Şanlı 09:30 - 09:40 Tartışma	**08:30 - 09:40 VENEREOLOJİ** Oturum Başkanları: Gazin Özarmağan, Ejlal Erturan 08:30 - 08:45 Sifilizde Farklı Seroloji Sonuçları - KEYNOT - Saray Çakmak 08:45 - 09:00 Gonore - Sürünen Hastalık - KEYNOT - Nilgün Sayman 09:00 - 09:15 Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Profilaksi - Necmettin Akdeniz 09:15 - 09:30 HPV Aşılaması Kimde, Ne Zaman? - Kenan Aydoğan 09:30 - 09:40 Tartışma	**08:30 - 09:40 HORMONLARIN DENDİĞİ İZLERİ: DERMATOENDOKRİN PERSPEKTİF** Oturum Başkanları: Filiz Cebeci, Handan Kelekçi 08:40 - 08:45 İnsülin Direnci ve Deri Bulguları - Handan Kelekçi 08:45 - 09:00 Hirsutizm: Endokrinolojik Değerlendirme, Dermatolojik Tedavi - Filiz Cebeci 09:00 - 09:15 DAH-Aseksüel Kilo Kaybeni Önemlidir Ciltte Yaşlanmayı Etkiliyor mu? - Naye Güler Özden 09:15 - 09:30 Polikistik Over Sendromu Fotoresimlerin Metabolik Over Sendromu - Ayşe Akbaş 09:30 - 09:40 Tartışma	**08:30 - 09:30 Workshop - ESTETİK DERMAL** TCA - Peeling(Sonra Sıralanacak Standart Protokolün Gücü), Güvenli Uygulamanın İncelikleri Çağın Tarım
09:40 - 10:00 Kahve Arası			
10:00 - 11:10 MELANOM Oturum Başkanları: Deniz Seçkin, Bengü Nisa Akay 10:00 - 10:10 Sınıflama ve Evreleme - Levent Cınar 10:10 - 10:30 Lentigo Maligna Yönetimi: Cerrahi mi? Cerrahi Dışı Yöntemler mi? - Bengü Gençoğlan Türk 10:30 - 11:00 Ülkemde Bir Günüm: Melanom - Bengü Nisa Akay 11:00 - 11:10 Tartışma **11:10 - 12:30 AÇIK MİKROFON - SAHADAN SORULARLA HAKEM KÖŞESİ** Oturum Başkanları: Emrin Öğretmen, Ülker Gül Konuşmacılar: Ülker Gül, Abdulgaffar Vural (Çevrim içi)	**10:00 - 10:20** Uydu Sempozyumu Rejuran, When We Go Out Of Aesthetic Medicine Borders Speakers: Dr. Andrii Zimenkovskyi Moderator: Nida Gelincik nurederm **10:40 - 12:20 KOZMETİK DERMATOLOJİDE YENİ TRİATLON** Oturum Başkanları: Banan Ali, Emel Erdal Çelikoğlu 10:40 - 11:00 Endo-R Lazer Stimülasyon - Video Uygulamaları Eşliğinde - Nida Gelincik 11:00 - 11:20 Peeling ile Işık (TCA ve Feno5 - Video Uygulamaları Eşliğinde - Çağın Tarım 11:20 - 11:40 Diffusion Fenolin Uygulamaları - Video Uygulamaları Eşliğinde - Perihan Öztürk 11:40 - 12:00 Atrofik Akne Tedavi - Emel Erdal Çelikoğlu 12:00 - 12:20 Tartışma	**10:00 - 11:10 DERMATOPATOLOJİ: Dermatopatoloji Raporu Okumak:** Histopatolojik Patronlerin Klinikopatolojik Korelasyonu Oturum Başkanları: Alpaslan Acar, Murat Durdu 10:00 - 10:15 Dermatopatoloji Raporunu Okuma Metodu - Fatmata Dayak Yalçınkaya Şyddal 10:15 - 10:30 Spongiotik ve Psoriasiform Dermatit: Ek Sık Görülen Raporların Pratik Yaklaşımı - Buyzu Güleroğlu 10:30 - 10:45 Likenoid ve Granülomatöz Dermatit: "Zor" Raporları Yönetmek - Bora Yaman 10:45 - 11:00 Psoriasiform/Spongiotik Hiperplazi: Rapor mu yoksa Bulgu mu? - Kuna Lebe 11:00 - 11:10 Tartışma **11:10 - 12:30 DERMATOLOJİK ARAŞTIRMALARDA MENTOR-MENTEE BULUŞMASI: İNTERAKTİF PROJE GELİŞTİRME ATÖLYESİ** Oturum Başkanları: Seçil Sarol, Serkan Yazıcı Katılımcılar: Deniz Seçkin, Tülin Ergun, Ebla Şevk, Erkan Alpsoy, Melissa Önder, Emek Kocatürk Bölecü, Murat Durdu - Emin Bolat - Selçuk Tıp Fakültesi Dermatoloji A.B.D. - Buroksan Çakıl - Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi - Mehmet Uğur Canikaya - Balıkesir Üniversitesi - Leyla Başra Ortakırmen - Gülhane E.A.H - Sinaşe Türker - Gülhane E.A.H	
12:30 - 13:30 Öğle			
13:30 - 14:10 GENÇ KURSU Oturum Başkanları: Caner Gülü, Can Berk Soncar Konuşmacılar: 13:30 - 13:38 Olgu-1 Elif Öçmür 13:38 - 13:46 Olgu-2 Anıl Çağın Tuna 13:46 - 13:54 Olgu-3 Elif Yüksel 13:54 - 14:02 Olgu-4 Ayliz Aktolut 14:02 - 14:10 Tartışma **14:10 - 15:20 AÇIK MİKROFON - SAHADAN SORULAR, USTALARDAN İPUÇLARI:** SAÇ HASTALIKLARI Saha Temsilcisi: Selda Işık Normanlı Tartışmacılar: Özlem Dikiş, Bilgün Solak, Güneş Gür Aksoy, Deren Özcan	**13:30 - 14:10** Uydu Sempozyumu Güncel Kanıtlarla Kendilerinde İnsülin Prerokoku Tedavisi Oturum Başkanları: Deniz Seçkin, Sevki Özdemir Konuşmacılar: Zeynep Kızıkhasya, Oktay Can **14:10 - 15:20 KOZMETİK DERMATOLOJİ: SİLİKE İSTEKLERİMİZ** Oturum Başkanları: Rana Anadolu, Serap Özturkcan 14:10 - 14:25 Longevity - Rana Anadolu 14:25 - 14:40 Kırışıklık Problemlerinin Medikolaziyle Malarma Tedavisinde Multimodal Yaklaşım - Berna Şanlı 14:40 - 14:55 Kırışıklıkların Güvenli Bölgesel Yöntemlerde Paradigma Değişimi - Semo Aytekin 14:55 - 15:10 Rezonans Multimodal Estetik Enerji Bark Cihazları ve Endikasyonların Sınırları - Meltem Önder 15:10 - 15:20 Tartışma	**13:30 - 14:40 AÇIK MİKROFON: SAHADAN GÖRÜLAR USTALARDAN İPUÇLARI:** Müşavirlerine Hekimliğinde Hukuki, Mali ve Mesleki Sorunlar Moderatörler Güzel Ergenekon Tartışmacılar: Gönül Ergenekon, Şebnem Orhan, Yasemin Oran, Erdi Dembay Kaşlan	
15:20 - 15:40 Kahve Arası			
15:40 - 16:50 GERİATRİK DERMATOLOJİ Oturum Başkanları: Sedat Özçelik, Ümit Türsen 15:40 - 15:55 Kanserin Ötesi Yola Çıkmak: Akilotik Keratozda Kontrüne ve Atipik Tedavi Protokolleri - Filiz Topaloğlu Demir 15:55 - 16:10 Kalınsalar Eşliğinde Non-Melanom Deri Kanserinin Tedavisi - Berna Selek 16:10 - 16:25 Zona Alrarda Yeni Dönem: Kimlere, Ne Zaman ve Neden Rekombinant Aşı - Serkan Yazıcı 16:25 - 16:40 Bilmeyen Kaçırır, Öğrenilen Sorun: Geriatrik Pruritusta Temel Algoritmalar - Kamer Gündüz 16:40 - 16:50 Tartışma	**15:40 - 16:50 FOTODERMATOLOJİ** Oturum Başkanları: Nihal Kurdoğlu, Dilek Seçkin Gençosmanoğlu 15:40 - 15:55 Güneşlerin Fototerapiler - Dilek Seçkin Gençosmanoğlu 15:55 - 16:10 Fototerapi Protokolleri ve Yan Etki Yönetimi - Tuğba Atcı 16:10 - 16:25 Güneşlik Fototerapisi - İncilay Yıldızhan Kalay 16:25 - 16:40 Zor Bölgelerde Fototerapi - Gülcan Soylan Kurtipek 16:40 - 16:50 Tartışma **17:00 - 19:00 ULUSAL GENÇ BİLGİ YARIŞMASI**	**16:50 - 18:30 SERBEST BİLDİRİLER-8** Oturum Başkanları: Gonca Kırtak, Mushka Daya, Leyla Kaşkal Selçuk SS-077 - SS-078 - SS-079 - SS-080 - SS-081 - SS-082 - SS-083 - SS-084 - SS-085 SS-086 - SS-033 - SS-091 - SS-018	

25 Ekim 2026, Pazar

SALON A

09:00 - 10:15 **AKILCI İLAÇ KULLANIMI**
Oturum Başkanları: Serhat İnalöz, Mehmet Yıldırım

09:00 - 09:15 Eski Dostlar: Klasik Dermatolojik İlaçlarda 2026 Takip Protokolleri: Dapson, Kolşisin, Hidroksiklorokin - **Hilal Kaya Erdoğan**
09:15 - 09:30 Retinoid Dosyası: Teratojeniteden Dislipidemiye Güvenli Reçete ve Takip Protokolleri - **Ayda Acar**
09:30 - 09:45 Steroid Sanatı: Maksimum Klinik Etkinlik, Minimum Organ Hasarı için 2026 Stratejileri - **Nermin Karaosmanoğlu**
09:45 - 10:00 Farklı Endikasyonlarda IVIG ve IVIG Seçiminde Püf N oktaları - **Ece Gökyayla**
10:00 - 10:15 Tartışma

10:15 - 10:45 KAHVE ARASI

10:45 - 11:55 **KONUMUZ GEBELİK**
Oturum Başkanları: Selma Emre, Esra Pancar Yüksel

10:45 - 11:00 Kaşınan Gebeye Yaklaşım - **Cahit Yavuz**
11:00 - 11:15 Gebelikte Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar - **Esra Pancar Yüksel**
11:15 - 11:30 Gebelikte Senaryolarla Zor Deri Hastalıkları: Enfeksiyondan İmmünolojik Hastalıklara - **Burcu Beksaç**
11:30 - 11:45 Gebelikte Dermatolojik İlaç Kullanımı: Güvenli Tedavi Yaklaşımları - **Elif Demirci Saadet**
11:45 - 11:55 Tartışma

34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

Oturum Başkanları / Konuşmacılar

ABDULGAFFAR VURAL	AYŞE ESRA KOKU AKSU	DİDEM DİDAR BALCI	GONCA GÖKDEMİR
ABDULLAH YILDIZ	AYŞE SERAP KARADAĞ	DİLEK BAYRAMGÜRLER	GÖKNUR KALKAN
ABDULLAH FATİH AÇIK	AYŞE ŞEBNEM ÖZKAN	DİLEK SEÇKİN GENÇOSMANOĞLU	GÖNÜL ERGENEKON
AFET AKDAĞ KÖSE	AYŞE TÜLİN GÜLEÇ	DUYGU GÜLSEREN	GÜLDEHAN ATIŞ
AHMET METİN	AYŞEGÜL YALÇINKAYA İYİDAL	EKİN BOZKURT ŞAVK	GÜLCAN SAYLAM KURTİPEK
AKIN AKTAŞ	AYTEN FERAHBAŞ KESİKOĞLU	ELİF DEMİRCİ SAADET	GÜLHAN GÜREL
ALGÜN POLAT EKİNCİ	BAHAR SEVİMLİ DİKİCİER	EMEL BÜLBÜL BAŞKAN	GÜLSÜM GENÇOĞLAN
ALİ KARAKUZU	BANU LEBE	EMEL ERDAL ÇALIKOĞLU	GÜLŞEN AKOĞLU
ALİ TAHSİN GÜNEŞ	BANU YAMAN	EMEL FETİL	GÜNEŞ GÜR AKSOY
ALİYE SEVDEM GÜLCAN	BAŞAK KANDİ	EMİNE TAMER	GÜNSELİ ÖZTÜRK
ALPARSLAN ACAR	BAŞAK YALÇIN	ENGİN ŞENEL	GÜZİN ÖZARMAĞAN
ABDULLAH SOYKAN	BENGÜ ÇEVİRGEN CEMİL	ERCAN ARCA	H. SERHAT İNALÖZ
ANDAÇ SALMAN	BENGÜ GERÇEKER TÜRK	ERCAN ÇALIŞKAN	HATİCE ERDİ ŞANLI
ARZU KILIÇ	BENGÜ NİSA AKAY	ERKAN ALPSOY	HATİCE UCE ÖZKOL
ASENA ÇİĞDEM DOĞRAMACI	BERKAY TEMEL	ERSİN DEMİRAY KAPLAN	HAYRİYE SARICAOĞLU
ASLAN YÜREKLİ	BERNA SOLAK	ERTAN YILMAZ	HİLAL KAYA ERDOĞAN
ASLI TATLIPARMAK	BERNA ŞANLI	ESEN ÖZKAYA	HÜLYA ALBAYRAK
ASUDE KARA POLAT	BİLAL DOĞAN	ESRA ADIŞEN	IRIS ALE
AYÇA CORDAN YAZICI	BİLGE FETTAHLIOĞLU KARAMAN	ESRA PANCAR YÜKSEL	IŞIL DENİZ OĞUZ
AYDA ACAR	BUĞRA BURÇ DAĞTAŞ	EVREN ODYAKMAZ DEMİRSOY	İLGEN ERTAM SAĞDUYU
AYLA GÜLEKON	BURCU BEKSAÇ	EVŞEN ALTUNAY	İLKAY CAN
AYLİN TÜREL ERMERTCAN	BURÇE CAN KURU	FADİME KILINÇ	İLKİN ZİNDANCI
AYSENUR BOTSALI	BURHAN ENGİN	FATİH GÖKTAY	İLKNUR KIVANÇ ALTUNAY
AYSUN ŞİKAR AKTÜRK	CAHİT YAVUZ	FATMA ETGÜ	İNCİLAY KALAY YILDIZHAN
AYŞE AKBAŞ	CAN BAYKAL	FATMA ASLI HAPA	KAMER GÜNDÜZ
AYŞE AKMAN	CAN CEYLAN	FİLİZ CANPOLAT	KAUSHAL VERMA
AYŞE BOYVAT	CECİLİA SVEDMAN	FİLİZ CEBECİ	KAYOKO MATSUNAGA
AYŞE KAVAK	ÇAĞRI TURAN	FİLİZ TOPALOĞLU DEMİR	KENAN AYDOĞAN
AYŞE ÖKTEM	DENİZ AKSU ARICA	FİLİZ KUŞAK	KIYMET HANDAN KELEKÇİ
AYŞE DENİZ YÜCELTEN	DENİZ SEÇKİN	GAMZE ERFAN	LEYLA BAYKAL SELÇUK
AYŞE DENİZ AKKAYA	DİDEM DİNÇER ROTA	GAYE GÜLDİKEN	MAGNUS BRUZE

34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

MARGARİDA GONÇALO	NİLGÜN SAYMAN	SEÇİL SOYLU	TUĞBA KEVSER UZUNÇAKMAK
MEHMET HARMAN	NİLGÜN SOLAK	SEDAT ÖZÇELİK	TUĞRUL DERELİ
MEHMET MELİKOĞLU	NİLGÜN ŞENTÜRK	SEDEF ŞAHİN	TÜLİN ERGUN
MEHMET YILDIRIM	NİLSEL İLTER	SEDEF YÜCEL	ÜLKER GÜL
MEHMET ALİ GÜRER	NURAN ALLI	SEHER BOSTANCI	ÜMİT TÜRSEN
MEHMET SALİH GÜREL	OKTAY TAŞKAPAN	SELAMİ AYKUT TEMİZ	ASLI VEFA ERDEMİR
MELİH AKYOL	OSMAN KÖSE	SELDA IŞIK NERMUTLU	VİLDAN MANAV
MELİS GÖNÜLAL	OZAN ERDEM	SELDA PELİN KARTAL	YALÇIN TÜZÜN
MELTEM ÖNDER	ÖMER KUTLU	SELMA EMRE	YASEMİN ORAM
MELTEM TÜRKMEN	ÖZGE KAYA	SEMA AYTEKİN	YILDIZ GÜRSEL ÜRÜN
MUALLA UZUN POLAT	ÖZGÜR TİMURKAYNAK	SEMA KOÇ YILDIRIM	ZAFER KURUMLU
MUAZZEZ ÇİĞDEM OBA	ÖZGÜR EMEK KOCATÜRK GÖNCÜ	SEMAHAT ALP	ZAFER TÜRKOĞLU
MUNİSE DAYE	ÖZLEM DİCLE	SERAP ÖZTÜRKCAN	ZEKAYİ KUTLUBAY
MURAT BORLU	ÖZLEM KARADAĞ KÖSE	SERAP UTAŞ	ZERRİN ÖĞRETMEN
MURAT DURDU	ÖZLEM ÖZBAĞÇIVAN	SERAY KÜLCÜ ÇAKMAK	ZEYNEP KESKİNKAYA
MURAT ORHAN ÖZTAŞ	ÖZLEM SU KÜÇÜK	SERKAN YAZİCİ	ZEYNEP TOPKARCI
MUSTAFA ŞEN	PELİN EŞME	SERPİL ŞENER	ZÜLAL ERBAĞCI
MUSTAFA TOSUN	PELİN HIZLI	SEVGİ AKARSU	SERVER SERDAROĞLU
MUSTAFA TUNCA	PELİN KOÇYİĞİT	SEVGİ BAHADIR	
MUSTAFA TURHAN ŞAHİN	PERİHAN ALADAĞ ÖZTÜRK	SİBEL DOĞAN GÜNAYDIN	
MÜGE GÜLER ÖZDEN	RAFET KOCA	SİBEL ERSOY EVANS	
MÜZEYYEN GÖNÜL	RAGIP ERTAŞ	SİBEL TUĞCUGİL	
NAGİHAN SAHİLLİOGLU	RANA ANADOLU	SONER UZUN	
NAHİDE ONSUN	REBİAY APAYDIN KIRAN	SUZAN DEMİR PEKTAŞ	
NECMETTİN AKDENİZ	RECEP DURSUN	SUZANA LJUBOJEVİC HADZAVDİC	
NERMİN KARAOSMANOĞLU	RIFKİYE KÜÇÜKOĞLU	ŞİRİN PEKCAN YAŞAR	
NESİBE DEREN ÖZCAN	RUKİYE YASAK GÜNER	ŞULE GÜNGÖR	
NESLİHAN DEMİREL ÖĞÜT	SALİH LEVENT ÇINAR	ŞÜKRAN TUNALI	
NİDA KAÇAR GELİNCİK	SAVAŞ ÖZTÜRK	TAMER İRFAN KAYA	
NİHAL KUNDAKÇI	SAVAŞ YAYLI	THOMAS RUSTEMEYER	
NİLGÜN ATAKAN	SEÇİL VURAL	TUĞBA ATCI	

İÇİNDEKİLER

SÖZLÜ BİLDİRİLER……SS-001 – SS-091

POSTER BİLDİRİLER……..PS-002 – PS-546

34. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-001 – SS-091

Yayın No: SS-001
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Yama Testinde Lastik Alerjenlerinin Tanısal Performansı

İbrahim Halil Aydoğdu[1], Esen Özkaya[2]

[1]Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji ve Veneroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Dermatoloji ve Veneroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Avrupa standart serisi (European baseline series-EBS) ve lastik alerjenleri serisinde (LAS) yer alan lastik alerjenleriyle yapılan yama testleri, lastik katkı maddelerine karşı Tip IV duyarlanmayı ortaya çıkarmak için kullanılmaktadır. Ancak bu alerjenlerin tanısal değeri sınırlı sayıda çalışmada değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, lastik alerjenlerinin tanısal performansının değerlendirilmesi ve yama testinde hangi alerjenlerin hangi durumlarda gerekli ve yeterli olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 1996-2025 yılları arasında EBS'de yer alan lastik alerjenleriyle yama testi uygulanan 2796 hasta retrospektif olarak analiz edilerek test pozitiflikleri ve klinikle uyumları değerlendirildi. Bu hastaların 173'üne ayrıca LAS ile de yama testi uygulanmıştı. Tanısal performans ölçütleri, LAS'daki karşılık gelen alerjen pozitiflikleri ve klinik olarak doğrulanmış lastik alerjenleriyle ilişkili alerjik kontakt dermatit (AKD) referans alınarak ayrı ayrı hesaplandı.

Bulgular: EBS'de yer alan lastik alerjenleri, LAS'takilere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek tanısal performans gösterdi (duyarlılık %91,8'e karşı %84.5; mutlak fark %7,3; %95 güven aralığı [GA]: 2,5-13,5; $p < 0.001$; özgüllük %96,7'ye karşı %92,2; mutlak fark %4,5; %95 GA: 1,3-9,5; $p < 0.01$). Alerjenler tek tek değerlendirildiğinde, tiuram karışımı LAS'taki kendi bileşenlerine karşı pozitif reaksiyonları saptamada çok yüksek duyarlılık gösterdi (%97,1). Buna karşın, karbamat karışımının duyarlılığı daha düşüktü (%50); ancak altı hastada tek başına pozitif olması ve klinikle uyum göstermesi dikkat çekiciydi. Öte yandan, bir hastada karbamat negatifken yalnızca Zn-dietilditiyokarbamat (ZDEC) pozitif ve klinikle uyumlu bulundu. İzole karbamat karışımı reaksiyonları iritan yanıtı düşündürebilse de, olgulardaki tutarlı klinikle uyumu bu alerjenin tanısal değerini desteklemekteydi. Merkaptobenzotiyazol'ün (MBT), benzotiyazol alerjisi açısından merkapto karışımına kıyasla daha duyarlı bir gösterge olduğu saptandı. N-izopropil-N-fenil-4-fenilendiamin (IPPD) ve 4,4′-diaminodifenilmetan için pozitif prediktif değerler düşüktü (sırasıyla %34,2 ve %12,5). Ayrıca p-fenilendiamin'in IPPD alerjisi için güvenilir bir belirteç olmadığı görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, rutin yama testlerinde lastik alerjilerini gözden kaçırmamak için, EBS'de halihazırda yer alan tiuram karışımı, IPPD, merkapto karışımı ve MBT'ye ek olarak karbamat karışımı ve ZDEC'in de test edilmesi gerektiğini göstermektedir. Lastik alerjenlerine bağlı AKD'den güçlü şekilde şüphelenilen olgularda ise, duyarlanmanın doğrulanması, iritan reaksiyonların dışlanması ve sorumlu spesifik alerjenlerin belirlenmesi amacıyla LAS ile de ek test yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Lastik alerjenleri, Tanısal performans, Yama testi

Yayın No: SS-002
Bildiri Grubu: Genel / Tırnak hastalıkları

Melanositik Longitudinal Melanonişide Tırnak Plağı ve İntraoperatif Dermoskopi Bulguları: Retrospektif Klinikopatolojik Korelasyon Çalışması

Abdullah Ülkü[1], Buğra Burç Dağtaş[1], Ozan Erdem[1], Vefa Aslı Erdemir[1], Şeyma Özkanlı[2], Bengü Çobanoğlu Şimşek[2], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Longitudinal melanonişi (LM), melanositik aktivasyondan tırnak ünitesi melanomuna kadar geniş bir etiyolojik spektruma sahip olup benign ve malign nedenlerin ayrımı klinik olarak güç olabilir. Tırnak plağı dermoskopisi pigmentasyonun dolaylı değerlendirilmesini sağlarken, intraoperatif dermoskopi tırnak plağı kaldırıldıktan sonra matriks ve tırnak yatağındaki pigmentasyonun doğrudan incelenmesine olanak verir. Benign ve malign lezyonların dermoskopik özellikleri arasında örtüşme görülebilmektedir. Bu çalışmada plak ve intraoperatif dermoskopi bulgularını klinik olarak yorumlanabilir paternler halinde sınıflandırarak benign ve malign/atipik LM olguları arasındaki farklılıkları değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Eylül 2022–Temmuz 2026 tarihleri arasında kliniğimizde LM nedeniyle tırnak ünitesi biyopsisi veya eksizyonu yapılan 64 hastanın klinik, plak dermoskopisi, intraoperatif dermoskopi ve histopatoloji verileri retrospektif olarak incelendi. Dermoskopik görüntüleri eksik veya yetersiz olan ve invaziv melanom tanılı olgular dışlanarak 49 hasta analize dahil edildi. Dermoskopik görüntüler iki dermatolog tarafından birbirinden bağımsız ve kör olarak değerlendirildi; farklılık saptanan olgularda ortak değerlendirme ile konsensusa varıldı. Klinik ve histopatolojik değerlendirmeleri uyumsuz olan olgular dermatoloji ve patoloji birimlerinin ortak değerlendirmesiyle yeniden ele alındı ve konsensus tanısı nihai tanı kabul edildi. Plak dermoskopisi çizgi düzeni ve baskın renge göre düzenli gri/açık-kahve, düzenli kahve/kahve-siyah, düzensiz açık-kahve/kahve ve düzensiz kahve-siyah/siyah olmak üzere dört paternde değerlendirildi. Paralellik kaybı, proksimal genişleme/üçgen patern, bant genişliği > 3 mm, mikro-Hutchinson veya tırnak plağı distrofisi/splitting bulgularından en az biri endişelendirici bulgu kabul edildi. İntraoperatif dermoskopide düzenli gri/kahverengi çizgi, düzenli kahverengi çizgi+globüler, düzensiz kahve/kahve-siyah çizgi ve düzensiz kahve/kahve-siyah çizgi+globüler (±blotch) olmak üzere dört patern tanımlandı. Melanositik aktivasyon, nevüs ve lentigo benign;

atipik melanositik proliferasyon ve in situ melanom malign/atipik grupta değerlendirildi. Kategorik karşılaştırmalarda Fisher exact ve Fisher–Freeman–Halton exact testleri kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 43,9±15,6 yıl olup %69,4'ü kadındı. Nihai tanılar 21 (%42,9) melanositik aktivasyon, 5 (%10,2) nevüs, 1 (%2,0) lentigo, 12 (%24,5) atipik melanositik proliferasyon ve 10 (%20,4) in situ melanomdu (Tablo 1). Plak dermoskopik paternlerin genel dağılımı benign ve malign/atipik gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi (p=0,0077). Düzensiz kahve-siyah/siyah patern malign/atipik grupta daha sıktı (p=0,0044). En az bir endişelendirici bulgu malign/atipik olguların %95,5'inde, benign olguların %44,4'ünde saptandı (p=0,0002); paralellik kaybı (p=0,0096), bant genişliği > 3 mm (p=0,0234) ve mikro-Hutchinson (p=0,0027) malign/atipik grupta daha sıktı. Düzensiz kahve-siyah/siyah patern ile endişelendirici bulgunun birlikteliği de malign/atipik grupla ilişkiliydi (p=0,0027). İntraoperatif paternlerin genel dağılımı gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi (p=0,0017). Düzenli gri/kahverengi çizgi paterni benign grupla (p=0,0020), düzensiz kahve/kahve-siyah çizgi+globüler (±blotch) paterni malign/atipik grupla ilişkili bulundu (p=0,0014) (Tablo 2). İn situ melanom olgularının %90'ında düzensiz kahve/kahve-siyah çizgi+globüler (±blotch) paterni görülürken, düzenli gri/kahverengi çizgi paterni hiçbir olguda izlenmedi. Bu bulguları örnekleyen in situ melanom tanılı bir olgunun klinik, plak dermoskopisi ve intraoperatif dermoskopi görüntüleri Şekil 1'de sunulmuştur.

Şekil 1



İn situ melanom tanılı bir longitudinal melanonişi olgusunun klinik ve dermoskopik görüntüleri. (a) Klinik görünüm, (b) tırnak plağı dermoskopisi, (c) tırnak plağının kaldırılması sonrası intraoperatif görünüm, (d) intraoperatif dermoskopik görünüm.

Tablo 1. Çalışma grubunun sosyodemografik ve klinik özellikleri

Değişken	**Kategori/Özet**	**Değer**
Toplam hasta sayısı		49
Yaş (yıl)	Ortalama ± SS	43,9 ± 15,6
	Min–maks	16–78
Cinsiyet	Kadın	34 (69,4)
	Erkek	15 (30,6)
Lezyon süresi (ay)	Medyan (ÇAA)	12,0 (3,0–24,0)
	Eksik veri	8 (16,3)
Tutulan ekstremite	E	37 (75,5)
	Ayak	12 (24,5)
Taraf	Sağ	21 (42,9)
	Sol	28 (57,1)
Tutulan parmak	D1	29 (59,2)
	D2	5 (10,2)
	D3	7 (14,3)
	D4	4 (8,2)

Nihai tanı	Melanositik aktivasyon	21 (42,9)
	Nevüs	5 (10,2)
	Lentigo	1 (2,0)
	Atipik melanositik proliferasyon	12 (24,5)
	İn situ melanom	10 (20,4)

Veriler aksi belirtilmedikçe n (%) olarak verilmiştir. SS: standart sapma; ÇAA: çeyrekler arası aralık.

Tablo 2. Plak ve intraoperatif dermoskopik paternler ile endişelendirici bulguların benign ve malign/atipik gruplar arasında karşılaştırılması

Patern/Bulgu	**Benign* n=27**	**Malign/atipik† n=22**	**Patern/bulgu-spesifik p‡**	**Genel dağılım p§**
PLAK DERMOSKOPİSİ				
Düzenli gri, açık-kahve	9 (33,3)	2 (9,1)	0,0827	**0,0077**
Düzenli kahve, kahve-siyah	7 (25,9)	1 (4,5)	0,0592	

Düzensiz açık-kahve, kahve	5 (18,5)	5 (22,7)	0,7365	
Düzensiz kahve-siyah, siyah	6 (22,2)	14 (63,6)	**0,0044**	
ENDİŞELENDİRİCİ BULGULAR				
Paralellik kaybı	9 (33,3)	16 (72,7)	**0,0096**	
Proksimal genişleme/üçgen patern	0 (0,0)	3 (13,6)	0,0836	
Bant genişliği >3 mm	7 (25,9)	13 (59,1)	**0,0234**	
Mikro-Hutchinson bulgusu	1 (3,7)	9 (40,9)	**0,0027**	
Tırnak plağı distrofisi	0 (0,0)	2 (9,1)	0,1964	
En az bir endişelendirici bulgu (+)	12 (44,4)	21 (95,5)	**0,0002**	
Düzensiz kahve-siyah/siyah patern + endişelendirici bulgu (+)	5 (18,5)	14 (63,6)	**0,0027**	
İNTRAOPERATİF DERMOSKOPİ				
Düzenli gri/kahverengi çizgi	14 (51,9)	2 (9,1)	**0,0020**	**0,0017**

Düzenli kahverengi çizgi + globüler	4 (14,8)	2 (9,1)	0,6779	
Düzensiz kahve/kahve-siyah çizgi	1 (3,7)	1 (4,5)	1,0000	
Düzensiz kahve/kahve-siyah çizgi + globüler (± blotch)	8 (29,6)	17 (77,3)	**0,0014**	

Veriler n (%) olarak verilmiştir. *: Benign grup: melanositik aktivasyon, nevüs ve lentigo. †: Malign/atipik grup: atipik melanositik proliferasyon ve in situ melanom. ‡: Patern-spesifik karşılaştırmalarda ilgili patern diğer paternlerle; bulgu-spesifik karşılaştırmalarda ilgili bulgunun varlığı/yokluğu iki yönlü Fisher exact testi ile karşılaştırılmıştır. §: Plak ve intraoperatif paternlerin genel dağılımı ayrı ayrı 2×4 Fisher–Freeman–Halton exact testi ile değerlendirilmiştir. Not: Endişelendirici bulgu; paralellik kaybı, proksimal genişleme/üçgen patern, bant genişliği >3 mm, mikro-Hutchinson veya tırnak plağı distrofisi/splitting bulgularından en az birinin varlığı olarak tanımlanmıştır. Çoklu karşılaştırma düzeltmesi uygulanmamış olup patern/bulgu-spesifik p değerleri keşifsel olarak yorumlanmalıdır.

Tartışma ve Sonuç: Plak ve intraoperatif dermoskopik bulguların paternler halinde sınıflandırılması benign ve malign/atipik LM olguları arasında anlamlı farklılıklar ortaya koydu. Plak dermoskopisinde düzensiz kahve-siyah/siyah paternin endişelendirici bulgularla birlikteliği, intraoperatif dermoskopide ise düzensiz çizgilere globüler yapıların ve/veya blotch eşlik etmesi malign/atipik olgularla ilişkiliydi. Buna karşılık düzenli çizgisel intraoperatif paternler benign olgularda daha sık izlendi. Dermoskopi biyopsi kararını destekleyebilir; ancak histopatolojik değerlendirmenin yerini almamalıdır.

Anahtar Kelimeler: dermoskopi, intraoperatif dermoskopi, longitudinal melanonişi

Yayın No: SS-003
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Kaposi Sarkomu'nda Sitokin Sinyal Baskılayıcıları (SOCS) 1 ve 3 Düzeyleri ile Polimorfizminin Değerlendirilmesi

Merve Topuz[1], Emel Hazinedar[2], Sevim Karakaş Çelik[3]

[1]Esenyurt Necmi Kadıoğlu Devlet Hastanesi, İstanbul
[2]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Zonguldak
[3]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Zonguldak

Giriş ve Amaç: Kaposi Sarkomu (KS), endotelyal hücre kökenli, İnsan Herpes Virüsü-8 (HHV-8) ile ilişkili, anjiyoproliferatif bir neoplazidir. HHV-8 enfeksiyonu, KS gelişimi için zorunlu olmakla birlikte, tek başına yeterli değildir. KS etyopatogenezinde rol oynayan Janus Kinaz/Sinyal Transdüksiyonu ve Transkripsiyon Aktivasyonu (JAK/STAT) sinyal yolağının aktivitesi, sitokin sinyal baskılayıcı (SOCS) proteinleri aracılığıyla negatif geri bildirim mekanizmaları ile düzenlenmektedir. JAK aktivitesini doğrudan inhibe edebilen SOCS1 ve SOCS3 proteinlerinin, viral enfeksiyonlarda konak immün yanıtından kaçış mekanizmalarında ve tümör baskılayıcı süreçlerde rol aldığı gösterilmiştir. Literatürde SOCS1 ve SOCS3 gen polimorfizmleri ile KS arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda SOCS1 geni rs33989964 ve SOCS3 geni rs4969169 polimorfizmleri ile serum SOCS1 ve SOCS3 düzeylerinin KS gelişimi ile ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu prospektif tek merkezli, olgu-kontrol çalışmasına 99 KS tanılı hasta ile bilinen malignitesi ve inflamatuar hastalığı olmayan 96 sağlıklı kontrol dahil edildi. KS hasta grubu ile sağlıklı kontrol grupları arasında serum SOCS1 ve SOCS3 düzeyleri ile SOCS1 rs33989964 ve SOCS3 rs4969169 polimorfizmlerinin genotip ve alel frekans dağılımları karşılaştırıldı.

Genotipleme analizleri gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (qPCR) ve polimeraz zincir reaksiyonu–restriksiyon parça uzunluk polimorfizmi (PCR-RFLP) yöntemleri kullanılarak yapıldı. Genotip ve alel dağılımlarına yönelik ilişkilendirme analizleri otozomal dominant ve otozomal resesif kalıtım modellerine göre değerlendirildi.

Bulgular: KS hasta grubunda serum SOCS1 ve SOCS3 düzeyleri, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha düşük bulundu (sırasıyla $p < 0.001$ ve $p=0.003$). Serum SOCS1 düzeyleri kadın hastalarda erkeklere göre daha yüksek, HBsAg serolojisi pozitif hastalarda negatif hastalara kıyasla daha düşük saptandı (sırasıyla $p=0.013$ ve $p=0.024$). Alt ekstremite tutulumu olmayan KS hastalarında serum SOCS1 düzeyleri daha yüksek bulunurken, alt ekstremite harici bölgelerde tutulum bulunan hastalarda serum SOCS3 düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla $p=0.042$ ve $p=0.004$). Genetik analizlerde, hasta grubunda SOCS1 rs33989964 CA/CA genotipinin, sağlıklı kontrol grubunda CA/Del ve Del/Del genotiplerinin istatiksel olarak anlamlı

derecede daha yüksek oranda bulunduğu saptandı. CA/Del ve Del/Del genotiplerinin, CA/CA genotipine kıyasla KS gelişme riskini azalttığı saptandı (p=0.012). Otozomal dominant modele göre yapılan değerlendirmede de sağlıklı kontrol grubunda CA/Del+Del/Del genotiplerinin, KS hasta grubunda ise CA/CA genotipinin daha yüksek oranda olduğu saptandı (p=0.002). Sağlıklı kontrol grubunda, hasta grubuna kıyasla Del alelinin daha yüksek oranda bulunduğu ve Del aleli taşımanın KS gelişme riskini azalttığı saptandı (p=0.028). SOCS1 ve SOCS3 gen polimorfizmlerini içeren Del/T haplotipinin sağlıklı kontrol grubunda hasta grubuna kıyasla daha yüksek oranda bulunduğu ve KS'ye karşı koruyucu yönde ilişkili olduğu saptandı (p=0.033).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda SOCS1 rs33989964 polimorfizmi Del aleli, CA/Del ve Del/Del genotipleri ile SOCS1 ve SOCS3 gen polimorfizmlerini içeren Del/T haplotipinin KS gelişimine karşı koruyucu yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca düşük serum SOCS1 ve SOCS3 düzeylerinin KS ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, SOCS proteinlerinin KS patogenezinde önemli bir role sahip olabileceğini düşündürmektedir. SOCS proteinlerinin rolünün daha iyi anlaşılması, hastalığın patogenezi ve olası tedavi yaklaşımlarına katkı sağlayabilir. Elde edilen sonuçların doğrulanması ve altta yatan genetik mekanizmaların daha ayrıntılı olarak aydınlatılabilmesi için, daha geniş örneklemli ve fonksiyonel çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kaposi Sarkomu, SOCS1, SOCS3

Yayın No: SS-004
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Atopik dermatit hastalarında serum I-FABP, zonulin ve soluble CD14 düzeylerinin bağırsak geçirgenliği ve hastalık şiddeti ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Nihal Sarı[1], Handan Ayhan Akoğlu[2], Hilmi Furkan Arslan[3], Sevgi Kulaklı[4]

[1]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye
[2]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye
[3]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye
[4]İstanbul Medipol Mega Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Atopik dermatit (AD), şiddetli kaşıntı ile karakterize kronik ve relapslarla giden bir inflamatuvar dermatozdur. AD'nin olası patogenetik faktörleri arasında bozulmuş epitelyal bariyer ve anormal bağışıklık cevabı bulunur. Ayrıca son yıllarda patogenezinde bağırsak mikrobiyotasının rolüne olan ilgi giderek artmaktadır. Biz de çalışmamızda bağırsak geçirgenliği ile ilişkili serum I-FABP (İntestinal serbest yağ asidi bağlayıcı protein), Zonulin ve sCD14 (çözünür CD14) markerlerinin AD'si olan ve olmayan çocuklarda değerlendirilerek ve patogenezdeki bağırsak geçirgenliğini yansıtan birer belirteç olarak kullanılıp kullanılamayacağını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Nisan 2025–Mart 2026 tarihleri arasında yürütülen bu kesitsel olgu-kontrol çalışmasına, Hanifin-Rajka kriterlerine göre atopik dermatit tanısı alan 4–18 yaş arası 44 hasta ve 44 sağlıklı kontrol dahil edildi. Son 1 ay içinde topikal, son 2 ay içinde sistemik tedavi kullanımı olan, biyobelirteçleri etkileyebilecek enfeksiyon, otoimmün/inflamatuar, gastrointestinal vb. sistemik hastalıkları olan, yakın zamanda antibiyotik/probiyotik/prebiyotik kullanımı ve diyet kısıtlaması ya da operasyon öyküsü olan bireyler dışlandı. Klinik-demografik veriler ile NRS(Sayısal Derecelendirme Ölçeği), SCORAD (Atopik Dermatit Skorlama İndeksi), EASI (Egzema Alan ve Şiddet İndeksi) ve ÇDYKİ(Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi) skorları kaydedildi; her iki gruptaki bireylerin serum I-FABP, zonulin ve sCD14 düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü. Çalışma etik kurul onayı ve BAP desteği ile gerçekleştirildi(Giresun Üniversitesi BAP Proje No: SAĞ-BAP-A-110225-40, Etik kurul karar no: Karar No: 25.12.2024/11).

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş ve cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). Hastaların klinik özelliklerini içeren verilerle, biyokimyasal analizlerini ve hastalık ilişkili şiddet ve yaşam kalitesi skorlarını içeren parametreler Tablo 1' de gösterilmiştir. Çalışmaya dahil edilen iki grup arasında serum I-FABP ve sCD14 hasta grubunda

kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek saptandı (sırasıyla $p < 0.001$, $p=0.012$). Zonulin değerleri açısından her iki grup açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı($p=0.100$) (Tablo 2).

Tablo 1. Atopik dermatitli çocukların klinik özellikleri, hastalık şiddeti ve laboratuvar bulguları

Değişkenler (n=44)	**Ortalama±SS**	**Median(ÇAA)**	**n(%)**
Hastalık süresi (ay)	64,43±52,94	48(84)	
Hastalık başlangıç yaşı (ay)	63,16±54,33	54(90)	
Vücut kitle indeksi (kg/m²)	21,39±6,89	20,42(8,74)	
Fitzpatrick deri tipi 2 3 4			 4(%9,1) 31(%70,5) 9(%20,5)
Atopik dermatitten etkilenen bölgeler Üst ekstremite Alt ekstremite Baş ve boyun Gövde Genital bölge			 37(%84,1) 31(%70,5) 17(%38,6) 17(%38,6) 3(%6,8)
Atopi öyküsü			13(%29,5)
Ailede atopi öyküsü			20(%45,5)

Ek sistemik hastalık varlığı			5(%11,4)
Ek dermatolojik hastalık varlığı			3(%6,8)
Besin alerjisi varlığı			5(%11,4)
İnhalan alerji varlığı			6(%13,6)
NRS	5,64±2,53	5,5(3)	
SCORAD	42,14±15,77	41(16,71)	
SCORAD sınıflaması <25 (hafif) 25-50 (orta) >50 (şiddetli)			 7(%15,9) 28(%63,6) 9(%20,5)
EASI	4,60±4,15	3,65(3,3)	
Total IgE Yüksek Normal			 23(%52,3) 21(%47,7)
Total IgE düzeyi	411,57±613,32	172,40(391,31)	
Eozinofil sayısı (hücre/µL)	327,50±291,99	240(365)	
ÇDYKİ	5,05±2,88	5(3,75)	

SS: Standart sapma; ÇAA: Çeyrekler arası aralık; kg: kilogram; m²: metrekare;NRS: Sayısal Derecelendirme Ölçeği; SCORAD: Scoring Atopic Dermatitis; EASI: Eczema Area and Severity Index; IgE: immünoglobulin E; ÇDYKİ: Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi.

Tablo 2. Atopik dermatitli çocuklar ve sağlıklı kontrollerde demografik özellikler ve serum biyobelirteç düzeyleri

	AD (n=44)		**Kontrol (n=44)**		
	Ortalama±SS	**Medyan (ÇAA)**	**Ortalama±SS**	**Medyan (ÇAA)**	**p değeri**
Yaş (yıl)	10,64±3,86	11,00(6,00)	10,66±3,79	11,00(7,00)	0,978[i]
I-FABP(ng/ml)	0,82±0,40	0,67 (0,36)	0,59±0,15	0,57 (0,19)	<0,001[m]
sCD14(ng/ml)	543,29±276,24	504,46 (332,43)	404,51±205,80	340,79 (300,55)	0,012[m]
Zonulin(ng/ml)	19,17±11,22	21,02 (20,56)	15,58±8,89	14,11 (15,77)	0,100[i]

AD: atopik dermatit;SS: Standart sapma; ÇAA:çeyrekler arası aralık; I-FABP: intestinal yağ asidi bağlayıcı protein; sCD14: çözünür CD14;ng: nanogram; ml:milliliter;m: Mann-Whitney U testi; İ: bağımsız örneklem t testi.

Tartışma ve Sonuç: I-FABP, hasarlı enterositlerden kana salınan bağırsak bariyerinin bozulduğunu gösteren bir markerdir(1). Çalışmamızda AD'li çocuklarda serum I-FABP düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulunması, AD'de intestinal epitel bariyer bütünlüğünün etkilenmiş olabileceğini düşündürmektedir. sCD14, bakteriyel translokasyonu ve sistemik immün aktivasyonu temsil eden bir lipopolisakkarit koreseptörü olup, alerjik hastalıklarla ilişkili olduğuna dair pek çok literatür çalışmaları bulunmaktadır(2,3,4).Bağırsak epitel bariyerinin bozulmasını ve mikrobiyal translokasyonu gösterdiği düşünülen sCD14'ün serum düzeyi de çalışmamızda atopik dermatitli çocuklarda sağlıklı çocuklara göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır(5). Sonuç olarak, pediatrik atopik dermatitli hastalarda değerlendirdiğimiz bu belirteçlerdeki değişiklikler, bağırsak bariyer bütünlüğünün bozulmuş olabileceğini ve artmış intestinal geçirgenliğin hastalığın patogenezine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.KAYNAKLAR1.Sikora M, et al. Intestinal barrier integrity in patients with plaque psoriasis. J Dermatol. 2018;45(12):1468-1470.2.Hon KL, et al. Brief case series: montelukast, at doses recommended for asthma treatment, reduces disease severity and increases soluble CD14 in children with atopic dermatitis. J Dermatolog Treat. 2005;16(1):15-18.3.Kamel MA, et al. Association of serum CD14 level and functional polymorphism C-159T in the promoter region of CD14 gene with allergic rhinitis. Clin Exp Med. 2023;23(8):4861-4869. 4.Cao VT, et al. sCD14 and Intestinal Fatty Acid Binding Protein Are Elevated in the Serum of Patients With Idiopathic Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2023;11(7):2080-2086.e5.5.Kaur US, et al. High Abundance of genus Prevotella in the gut of perinatally HIV-infected children is associated with IP-10 levels despite therapy. Sci Rep. 2018;8(1):17679.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, intestinal serbest yağ asidi bağlayıcı protein, çözünür CD14

Yayın No: SS-005
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Skabiyezin Farklı Klinik Yüzleri: Tipik ve Atipik Klinik Prezentasyonların Karşılaştırmalı İncelenmesi

Dilara Tuzcu[1], İlknur Kıvanç Altunay[1], Pınar Özdemir Çetinkaya[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Skabiyez, Sarcoptes scabiei var. hominis parazitinin neden olduğu bulaşıcılığı yüksek bir dermatozdur. Klasik klinik özelliklerin dışında atipik klinik prezentasyon gösteren ve diğer dermatozları taklit edebilen olgular "scabies surrepticius"(atipik skabiyez) olarak tanımlanmıştır. Skabiyezin geniş klinik spektrumu tanısal zorluklara yol açabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, tipik ve atipik skabiyez olgularının klinik ve sosyodemografik özelliklerini karşılaştırarak aralarındaki farklılıkları ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu prospektif ve karşılaştırmalı çalışmaya, International Alliance for the Control of Scabies (IACS) 2020 tanı kriterlerine göre skabiyez tanısı alan toplam 200 hasta dahil edildi. Olgular, tipik klinik prezentasyon gösteren 100 hasta ile atipik klinik prezentasyon gösteren ve farklı dermatozları taklit edebilen 100 hasta olmak üzere iki grup halinde değerlendirildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, klinik bulguları, önceki tanı öyküleri, eşlik eden hastalıkları ve tedavi süreçleri değerlendirilerek tipik ve atipik skabiyez grupları karşılaştırıldı.

Bulgular: Atipik skabiyez grubunda yaş medyanı tipik gruba kıyasla daha yüksek bulundu (43,0 vs 20,5 yıl; p=0,001). Yaş grubu dağılımında çocuk yaş grubunun tipik skabiyez grubunda, geriatrik yaş grubunun ise atipik skabiyez grubunda daha yüksek oranda yer aldığı saptandı. Eşlik eden hastalık varlığı atipik grupta daha yüksekti (%54 vs %31; p=0,001). Atipik skabiyez grubunda ilk semptom ile tanı arasındaki süre (medyan 1,5 vs 1,0 ay) ve toplam şikayet süresinin (medyan 2,0 vs 1,5 ay) tipik gruba kıyasla daha uzun olduğu belirlendi (p=0,035 ve p=0,023). Ayrıca atipik olgularda başvuru öncesi farklı tanı alma oranının daha yüksek olduğu saptandı (%67 vs %35; p < 0,001). IACS tanı kriterlerine göre doğrulanmış, klinik ve şüpheli olmak üzere üç tanı düzeyi üzerinden yapılan değerlendirmede, klinik ve şüpheli skabiyez oranlarının atipik skabiyez grubunda daha yüksek, doğrulanmış skabiyez oranının ise tipik gruba göre daha düşük olduğu saptandı (p < 0,001). Tedavi süreci değerlendirildiğinde, atipik skabiyez olgularında uygulanan kür sayısının daha fazla olduğu (p < 0,001), yatarak tedavi oranının arttığı (%12 vs %1; p=0,002) ve tedavi sonrası lezyon varlığı ile ek tedavi gereksiniminin daha fazla olduğu (%13 vs %1 ve %27 vs %1; p < 0,001) saptandı. Atipik skabiyez alt tipleri arasında en sık nodüler (%35), krutlu (%22) ve dermatit benzeri (%18) skabiyez saptanırken, daha nadir görülen çok sayıda dermatozu taklit eden klinik varyant da belirlendi.

Tipik ve atipik skabiyez olgularının demografik ve klinik özellikleri

Tablo 1. Tipik ve atipik skabiyez olgularının demografik ve klinik özellikleri

	Tipik Skabiyez (n=100)	Atipik Skabiyez (n=100)	p
Cinsiyet (n/%)			
Kadın	43 (43%)	44 (44%)	0.887[Ki]
Erkek	57 (57%)	56 (56%)	
Yaş [Medyan, (ÇAA), yıl]	28.5 (ÇAA: 9.3–40.8)	43 (ÇAA: 15.3–61.5)	0.001[Mw]
Yaş Grupları (n/%)			
İnfant	9 (9%)	15 (15%)	0.192[Ki]
Çocuk	26 (26%)	7 (7%)	<0.001[Ki]*
Adölesan	7 (7%)	6 (6%)	0.774[Ki]
Erişkin	51 (51%)	50 (50%)	0.868[Ki]
Geriatrik	7 (7%)	22 (22%)	0.001[Ki]*
Eşlik eden hastalıklar (n/%)			
Yok	69 (69%)	46 (46%)	0.001[Ki]*
Var	31 (31%)	54 (54%)	
İlk semptom ile tanı arasındaki süre [Medyan, (ÇAA), ay]	1 (ÇAA: 0.5–2)	1.5 (ÇAA: 0.8–3)	0.035[Mw]*
Toplam şikâyet süresi [Medyan, (ÇAA), ay]	1.5 (ÇAA: 0.5–3)	2 (ÇAA: 1–4)	0.023[Mw]*
IACS tanı sınıflandırması (n/%)			
Doğrulanmış skabiyez	90 (90%)	63 (63%)	<0.001[Ki]*
Klinik skabiyez	10 (10%)	25 (25%)	0.003[Ki]*
Şüpheli skabiyez	-	12 (12%)	<0.001[Ki]*
Lezyon lokalizasyonu (n/%)			
El Bilek-Dirsek	84 (84%)	58 (58%)	<0.001[Ki]*
Parmak	91 (91%)	59 (59%)	<0.001[Ki]*
Aksilla	25 (25%)	35 (35%)	0.123[Ki]
Palmar	88 (88%)	56 (56%)	<0.001[Ki]*
Kol/Ön kol	56 (56%)	42 (42%)	0.048[Ki]*
Plantar	36 (36%)	29 (29%)	0.291[Ki]
Bacak/Uyluk	67 (67%)	57 (57%)	0.145[Ki]
Göğüs	85 (85%)	75 (75%)	0.077[Ki]
Sırt	24 (24%)	48 (48%)	<0.001[Ki]*
Areola	16 (16%)	27 (27%)	0.058[Ki]
Gluteal	37 (37%)	53 (53%)	0.023[Ki]*
Genital	36 (36%)	24 (24%)	0.064[Ki]
Saçlı Deri	4 (4%)	4 (4%)	1.000[Ki]
Baş/Boyun	2 (2%)	5 (5%)	0.248[Ki]
Tünel lokalizasyonu (n/%)			
Yüz	0	1 (1%)	1.000[Ki]
El, El bileği	89 (89%)	60 (60%)	<0.001[Ki]*
Kol	2 (2%)	10 (10%)	0.013[Ki]*
Aksilla	1 (1%)	9 (9%)	0.009[Ki]*
Ayak, Ayak bileği	11 (11%)	11 (11%)	1.000[Ki]
Bacak	0	7 (7%)	0.007[Ki]*
Uyluk, Kasık	1 (1%)	14 (14%)	<0.001[Ki]*
Gövde (ön yüz)	29 (29%)	35 (35%)	0.363[Ki]
Gövde (arka yüz)	1 (1%)	8 (8%)	0.017[Ki]*
Gluteal	2 (2%)	13 (13%)	0.001[Ki]*
Genital	4 (4%)	1 (1%)	0.174[Ki]
VAS Kaşıntı Skoru [Medyan, (ÇAA)]	7 (ÇAA: 6–8)	7 (ÇAA: 5–8)	0.860[Mw]

ÇAA: Çeyrekler açıklığı, VAS: Visual Analog Scale
Veriler, sürekli değişkenler için medyan (ÇAA), kategorik değişkenler için n (%) olarak ifade edilir. [Ki] Ki Kare test, [Mw] Mann-Whitney U test, * p<0.05

Atipik skabiyez alt tiplerinin dağılımı ve klinik özellikleri

Tablo 2. Atipik skabiyez alt tiplerinin dağılımı ve klinik özellikleri

Atipik Skabiyez Alt Tipi	n(%)	Tanısal/Klinik Özellikler
Nodüler	35(%35)	En sık erişkinlerde görüldü; olguların %71,4'ünde nodüler lezyonlarda tünel saptandı.
Krutlu	22 (%22)	Medyan yaş 45,5 yıl; olguların %59,1'unda en az bir komorbidite mevcuttu.
Dermatit benzeri	18 (%18)	%88,9'unda tünel saptanmış; biyopsi yapılan 2 olgunun 1'inde epidermiste akar yapıları gösterilmiş
Dishidrotik dermatit benzeri	3 (%3)	%66,7'sinde başvuru öncesi farklı ön tanılar yer almış; erişkin olguda ekzema, pediatrik olguda el-ayak-ağız hastalığı ve skabiyez ön tanıları düşünülmüş
Mastositoz benzeri	3 (%3)	Tümü infant; tümünde gövde tutulumu izlenmiş; biyopsi yapılan olguda aksiller tutulum ve tünel eşlik etmiş; 1'inde tünel saptanmış; 1'i IACS kriterlerine göre şüpheli skabiyez ile uyumlu bulunmuş
Prurigo nodularis/simpleks	3 (%3)	2'sinde tünel saptanmış; 1'inde genital yerleşimli nodül izlenmiş; biyopsi yapılan 2 olgunun 1'inde epidermiste akar yapıları gösterilmiş
Büllöz	3 (%3)	8, 14 ve 16 yaş; tümünde dermoskopik incelemede tünel saptanmış; biyopsi ve DİF uygulanmamış
Böcek ısırığı benzeri	3 (%3)	Gövde ağırlıklı lezyon dağılımı izlenmiş; aksilla ve göğüs çevresi tutulumu eşlik etmiş
Liken benzeri	2 (%2)	Bir olguda gövde, aksilla, sırt ve bacakları içeren geniş dağılım; diğer olguda gövde, uyluk ve gluteal tutulum izlenmiş
Lokalize	2 (%2)	Bir olguda yalnızca ayakta tek tünel ve papül; diğer olguda yalnızca sırt bölgesinde tek tünele eşlik eden hafif ekzematöz plak izlenmiş
İlaç döküntüsü benzeri	1(%1)	43 yaş kadın; ribosiklib/letrozol ilişkili akneiform lezyonlar (aksilla, üst gövde); başlangıçta ilaç yan etkisi olarak değerlendirilmiş
Palmoplantar kontakt dermatit benzeri	1(%1)	El ve ayakta yerleşimli lezyonlar izlenmiş; başlangıçta ekzema ön tanısı yer almış; biyopsi ekzema ile uyumlu bulunmuş; tünel saptanmış
Pitriazis rosea benzeri	1(%1)	Gövde yan yüzünde kostalara paralel yerleşimli yakacık skuamlı papüler lezyonlar izlenmiş; biyopside skabiyez lehine bulgu saptanmamış; el bileği ve gövdede tünel saptanmış
Ürtiker benzeri	1(%1)	24 yaş erkek; kolda ürtikeryal lezyonlar; antihistaminik ve topikal kortikosteroide yanıtsız kalmış; el bileğinde tünel saptanmış
Psödolenfoma benzeri	1(%1)	Histopatolojik incelemede psödolenfoma ile uyumlu bulgular saptanmış; IACS kriterlerine göre şüpheli skabiyez ile uyumlu bulunmuş
Granüloma annulare benzeri	1(%1)	Aksilla, gövde, uyluk ve gluteal bölgeleri içeren yaygın dağılım izlenmiş; dermoskopik incelemede tünel saptanmış

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda atipik klinik prezentasyon gösteren skabiyez olgularının daha ileri yaşta olduğu ve geriatrik yaş grubunda daha sık görüldüğü saptandı. Bu bulguyla uyumlu olarak, Castro ve ark. yaşlı hastalarda skabiyezin atipik klinik prezentasyonlarla ortaya çıkabileceğini bildirmiştir. Bu nedenle, yaşlı hastalarda klasik bulguların yokluğunda dahi skabiyez ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Güncel derleme çalışmalarında yaş, immün durum ve

sistemik komorbiditelerin atipik klinik prezentasyonların gelişimine katkıda bulunabileceği bildirilmektedir. Çalışmamızda da eşlik eden hastalık varlığı atipik klinik prezentasyon gösteren olgularda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde “scabies surrepticius” kavramı ile tanımlanan atipik klinik prezentasyonların tanısal güçlük oluşturabileceği bildirilmektedir; çalışmamızda da atipik klinik prezentasyon gösteren olgularda tanı süresi ve toplam semptom süresinin daha uzun bulunması bu görüşü desteklemektedir. Bu bulgular, atipik skabiyez olgularının daha kompleks bir klinik tablo oluşturduğunu ve tipik skabiyezden farklı klinik özelliklerle seyredebildiğini göstermektedir. Bu nedenle, bu olguların erken dönemde tanınması ve klinisyen farkındalığının artırılması, tanı gecikmesini önlemek ve uygun tedaviye zamanında başlanması açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: atipik skabiyez, tanı gecikmesi, skabiyez

Yayın No: SS-006
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Pemfigus Hastalarında Rituksimabın Gerçek Yaşam Güvenlik Profili: Hipogamaglobulinemi, Geç Başlangıçlı Nötropeni, Enfeksiyon ve Kinetik Disosiasyonun Değerlendirilmesi

Ece Gökyayla[1], Mert Bardak[1], Hakan Koçer[1], Nezahat Nehir Mızraklı[1], İdil Ünal[1], İlgen Ertam Sağduyu[1], Işıl Karaarslan[1], Nilay Duman[1], Ayda Acar[2]

[1]Ege Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Özel Muayenehane, Bayraklı/İzmir

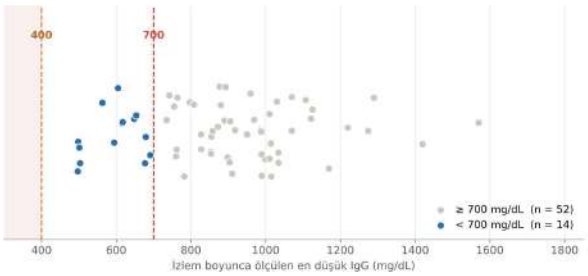
Giriş ve Amaç: Pemfigus, desmoglein 1 (Dsg1) ve desmoglein 3'e (Dsg3) karşı gelişen patojenik otoantikorların akantolize yol açtığı, tedavisiz olgularda mortalitesi yüksek bir otoimmün büllöz hastalıktır. CD20 pozitif B lenfositlerini azaltarak etki gösteren rituksimab, yüksek tam remisyon oranı ve kortikosteroid yükünü azaltıcı etkisiyle pemfigus tedavisinde birinci basamak ajan olarak önerilmektedir. Ancak terapötik etki ve toksisite aynı mekanizma üzerinden şekillenmektedir. B lenfositlerinin azaltılması patojenik anti-Dsg antikorlarını düşürürken koruyucu immünglobulin (Ig) sentezini de baskılayarak hipogamaglobulinemiye (HGG), geç başlangıçlı nötropeniye (GBN) ve enfeksiyona zemin hazırlayabilmektedir. Bu risklere ilişkin kanıtların büyük bölümü lenfoma ve romatoid artrit kohortlarından elde edilmiş olup tekrarlayan kürlerin sık uygulandığı pemfigus popülasyonunda hem gerçek sıklıkları hem de patojenik antikor azalmasının koruyucu total Ig düzeylerinden bağımsız gerçekleşip gerçekleşmediği yeterince incelenmemiştir. Bu çalışmanın amacı, rituksimab uygulanan pemfigus hastalarında hipogamaglobulinemi sıklığını ve kümülatif kür sayısıyla ilişkisini, GBN ve enfeksiyon sıklığını ve anti-Dsg antikorları ile total immünglobulin düzeyleri arasındaki kinetik disosiasyonu değerlendirmektir.

Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif kohort çalışmasında Ocak 2015 ile Haziran 2026 tarihleri arasında pemfigus vulgaris veya foliaseus tanısıyla en az bir kür rituksimab uygulanmış hastaların dosyaları taranmıştır. Her kür öncesinde ve sonrası 3. ve 6. aylarda IgG, IgA, IgM, mutlak nötrofil sayısı (MNS), anti-Dsg1 ve anti-Dsg3 titreleri ile eşzamanlı kortikosteroid dozu kaydedilmiştir. İntravenöz immünglobulin (İVİG), plazmaferez veya immünadsorbsiyon uygulanan hastalar sonlanım analizlerinden dışlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 97 hasta dahil edilmiş, İVİG uygulanan 28 hastanın dışlanmasının ardından sonlanım analizleri 69 hastada gerçekleştirilmiştir. HGG hastaların yaklaşık beşte birinde (14/66, %21.2) gelişmiş ancak tüm olgular hafif düzeyde kalmış, ağır HGG hiçbir hastada saptanmamıştır. En düşük IgG düzeyi ile kümülatif kür sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (rho=-0.08, p=0.53). HGG gelişen hastalarda medyan yaş daha yüksek (70 vs. 56, p=0.012), medyan bazal IgG (685 vs. 1036 mg/dL, p < 0.001) ve IgM (51 vs. 97 mg/dL, p=0.002) düzeyleri daha düşük bulunmuştur. ROC analizinde bazal IgG ≤800 mg/dL (AUC 0.93), bazal IgM ≤60 mg/dL (AUC 0.80) ve yaş ≥60 yıl (AUC 0.72) öngörücü eşikler olarak belirlenmiş, çok değişkenli analizde en güçlü bağımsız belirteç düşük bazal IgG düzeyi olmuştur.GBN planlı

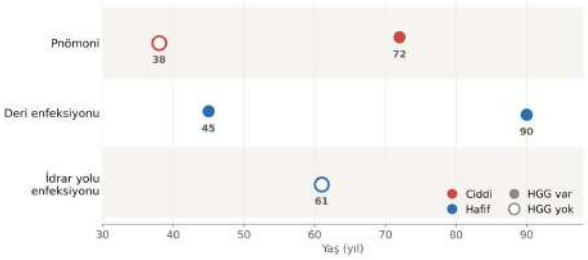
ölçüm noktalarının hiçbirinde saptanmamış, izlemde en düşük MNS $1.68\times10^3/\mu L$ olmuştur. Enfeksiyon 5 hastada (%7.2), hastane yatışı gerektiren ciddi enfeksiyon 2 hastada (%2.9) gelişmiş olup her iki olgu da pnömoni olarak kaydedilmiştir. Enfeksiyona bağlı eksitus hiçbir hastada gözlenmemiştir. Enfeksiyon riski HGG gelişen hastalarda yaklaşık altı kat yüksek bulunmuş, fark istatistiksel anlamlılık sınırında kalmıştır (OR 6.8, %95 CI 1.0-45.8, p=0.060). Eşzamanlı kortikosteroid dozu gruplar arasında benzer bulunmuştur.İndüksiyon sonrası 6. ayda anti-Dsg1 titresi bazal değerin %16'sına, anti-Dsg3 titresi %19'una gerilerken ($p < 0.001$) IgG %97'sinde (p=0.46) ve IgA %97'sinde (p=0.28) korunmuş, IgM ise %83'e ($p < 0.001$) düşmüştür.

Şekil 1



İzlem boyunca ölçülen en düşük IgG düzeyine göre hipogamaglobulineminin şiddeti; her nokta bir hastayı göstermektedir. On dört hasta (%21.2) 700 mg/dL eşiğinin altında kalmış, hiçbir hasta 400 mg/dL altına inmemiş, ağır hipogamaglobulinemi izlenmemiştir.

Şekil 2



Enfeksiyon geçiren hastaların enfeksiyon tipi, şiddeti ve hipogamaglobulinemi durumuna göre dağılımı. Dolu daireler hipogamaglobulinemi gelişen, boş daireler gelişmeyen hastaları; kırmızı renk hastane yatışı gerektiren ciddi enfeksiyonu, mavi renk ayaktan izlenen hafif enfeksiyonu göstermektedir. Her iki ciddi olgu pnömonidir.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri.

Özellik	**Değer**
Hasta sayısı, n	97
Cinsiyet, kadın / erkek, n (%)	60 (%61.9) / 37 (%38.1)
Yaş, yıl, ortalama ± SS	59.1 ± 14.3
Tanı, PV / PF, n (%)	87 (%89.7) / 10 (%10.3)
Kür sayısı, medyan (minimum-maksimum)	1.5 (1-6)

SS, standart sapma; PV, Pemfigus Vulgaris; PF, Pemfigus Foliaseus

Tartışma ve Sonuç: Sonuç olarak bu çalışmada rituksimabın pemfigus hastalarındaki gerçek yaşam güvenlik profili değerlendirilmiş, hipogamaglobulineminin hafif düzeyde kaldığı, geç başlangıçlı nötropeni izlenmediği ve ciddi enfeksiyonun nadir görüldüğü saptanmıştır. Terapötik anti-Dsg yanıtı ile total immünglobulin düzeyleri arasındaki kinetik disosiasyon, tedavi etkinliğinin humoral toksisiteden bağımsız korunduğunu göstermektedir. İleri yaş ile düşük bazal IgG ve IgM düzeyleri HGG gelişimini öngören başlıca belirteçler olarak öne çıkmıştır. Tedavi öncesinde bağışıklama önlemlerinin alınması, yüksek riskli hastaların ise immünglobulin düzeyleri ve enfeksiyon açısından daha yakından izlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pemfigus, Rituksimab, Hipogamaglobulinemi

Yayın No: SS-007
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Rozase Hastalarında Oral ve Topikal İvermektinin Klinik Bulguların ve {Demodex} Yoğunluğunun Azaltılmasındaki Etkinliğinin Karşılaştırmalı Analizi

Pınar Özdemir Çetinkaya[1], Semih Arslan[1], Hazel Ezgi Kaya[1], Birgül Özkesici Kurt[1], Aslı Aksu[1], İlknur Kıvanç Altunay[1]

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

Giriş ve Amaç: Oral ve topikal ivermektinin rozase tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş olmakla birlikte, bu iki tedavi yöntemini doğrudan karşılaştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, rozase ve eşlik eden demodikozu bulunan hastalarda oral ve topikal ivermektinin Demodex yoğunluğunu azaltmadaki etkinliklerini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Bu prospektif karşılaştırmalı çalışmaya rozase ve demodikoz tanısı bulunan 60 hasta dahil edildi. Otuz hastaya 8 hafta boyunca haftada bir kez 250 µg/kg dozunda oral ivermektin uygulanırken, diğer 30 hasta 8 hafta süreyle günde bir kez %1 topikal ivermektin krem kullandı. Demodex yoğunluğu, başlangıçta, 2., 4. ve 8. haftalarda standart yüzeyel deri biyopsisi (SYDB) yöntemi ile değerlendirildi (Şekil 1). Ayrıca klinik ve dermoskopik bulgular da değerlendirildi. Çalışma, kurumsal etik kurul tarafından onaylandı (11 Kasım 2025; onay no: 5155). Tüm katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirildi ve kendilerinden yazılı aydınlatılmış onam alındı.

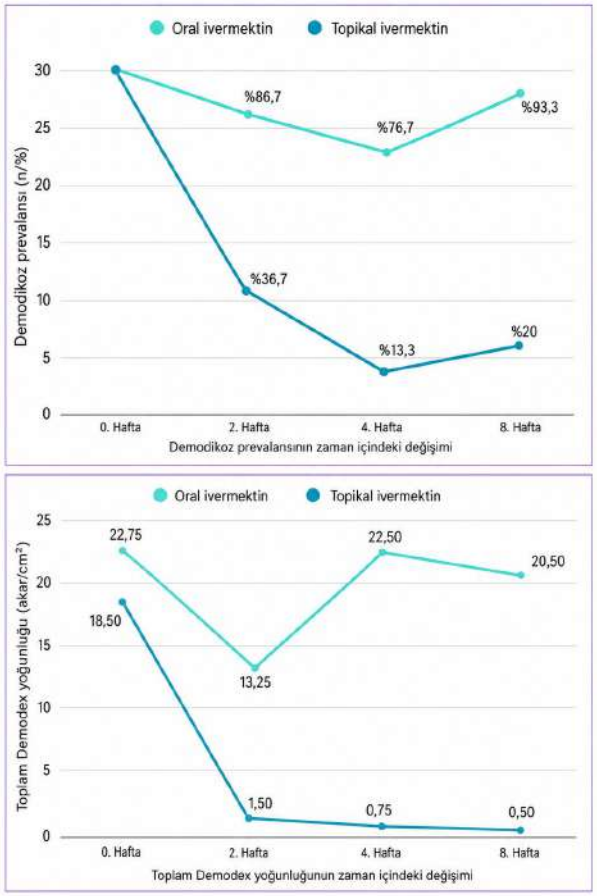
Şekil 1



Standart Yüzeyel Deri Biyopsisi (SYDB) yöntemi ile elde edilen {Demodex} akarlarının ışık mikroskobundaki görüntüsü (10× büyütme).

Bulgular: Başlangıçta Demodex yoğunluğu her iki grup arasında benzerdi. Oral ivermektin grubunda demodikoz prevalansı sırasıyla başlangıçta, 2., 4. ve 8. haftalarda %100, %86,7, %76,7 ve %93,3 olarak saptanırken, topikal ivermektin grubunda bu oranlar sırasıyla %100, %36,7, %13,3 ve %20 idi. Oral ivermektin grubunda medyan Demodex yoğunluğu (akar/cm²) sırasıyla 22,75; 13,25; 22,5 ve 20,5 olarak saptanırken, topikal ivermektin grubunda sırasıyla 18,5; 1,5; 0,75 ve 0,5 olarak saptandı (Şekil 2). İkinci haftada hem demodikoz prevalansı hem de Demodex yoğunluğu topikal ivermektin grubunda anlamlı derecede daha düşüktü ($p < 0,001$) ve bu fark 4. ve 8. haftalarda da devam etti. Ayrıca, topikal tedavi grubunda klinik ve dermoskopik iyileşmenin daha belirgin olduğu gözlendi.

Şekil 2



Oral ve topikal ivermektin ile tedavi edilen hastalarda, çalışma haftalarına göre demodikoz varlığı ve {Demodex} yoğunluğunun (akar/cm²) dağılımı

Tartışma ve Sonuç: Literatürde, %1 topikal ivermektinin rozasede hem Demodex yoğunluğunu azaltmada hem de klinik iyileşme sağlamada etkili olduğu faz III ve gerçek yaşam çalışmalarıyla gösterilmiştir. Çalışmalarda tedavi sonrası Demodex yoğunluğunda belirgin azalma, papül-

püstüllerde düzelme ve yüksek klinik başarı oranları bildirilmiştir. Bizim çalışmamız da bu bulguları desteklemiş; 8. haftada demodikoz prevalansı %100'den %20'ye, medyan Demodex yoğunluğu ise 18,5'ten 0,5 akar/cm²'ye düşmüştür. Ayrıca hastaların %93,4'ünde orta-iyi düzeyde klinik iyileşme sağlanmış ve tedavi etkinliğinin 2. haftadan itibaren başladığı gösterilmiştir. Oral ivermektin ile ilgili çalışmalar sınırlı olup, etkinlik sonuçları değişkendir. Bizim çalışmamızda oral ivermektin, 8. haftada demodikoz prevalansını (%93,3) ve Demodex yoğunluğunu (22,75'ten 20,5 akar/cm²'ye) anlamlı düzeyde azaltamamıştır. Buna karşın topikal ivermektin, 2., 4. ve 8. haftalarda hem Demodex yoğunluğunu hem de demodikoz prevalansını anlamlı olarak daha fazla azaltmıştır. Bu üstünlük, topikal uygulamada ilacın hedef bölgeye daha yüksek konsantrasyonda ulaşması ve foliküler yerleşimli Demodex akarlarına daha etkili penetrasyon sağlamasıyla açıklanabilir. Sonuç olarak topikal ivermektin, rozase ve eşlik eden demodikozu bulunan hastalarda Demodex yoğunluğunu azaltma ve klinik sonuçları iyileştirme açısından oral ivermektine göre daha etkili bulundu.

Anahtar Kelimeler: Demodex, ivermektin, rozase

Yayın No: SS-008
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Kadın Tipi Saç Dökülmesinde Nrf2 Yolağı Üzerinden Oksidatif Stresin Trikoskopik Bulgularla İlişkisinin Değerlendirilmesi

Nur Gürleyük[1], Hatice Erdi Şanlı[1], Aslıhan Gürbüz Bolkan[1], Özlem Doğan[1]

[1]Ankara Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Kadın tipi saç dökülmesi (KTSD), erişkin kadınlarda saç dökülmesinin en sık nedenlerinden biri olup saç foliküllerinin progresif minyatürizasyonu ile karakterize nonskatrisyel diffüz alopesi tablosudur. Patogenezi genetik, hormonal ve çevresel faktörlerle ilişkilendirilmekle birlikte tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada, oksidatif stresin ve hücresel antioksidan yanıtta temel rol oynayan Nükleer Faktör Eritroid 2 ile İlişkili Faktör 2 (Nrf2) yolağının KTSD patogenezindeki yerinin ve trikoskopik bulgularla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda Ocak 2023 – Kasım 2024 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalına başvuran, klinik ve trikoskopik olarak KTSD tanısı konulmuş 50 kadın hasta ve saç dökülme şikâyeti bulunmayan 50 sağlıklı kadın kontrol prospektif olarak değerlendirilmiştir. Oksidatif stres göstergeleri olarak malondialdehit, nitrik oksit ve nitrik oksit sentaz; antioksidan yanıt göstergeleri olarak glutatyon peroksidaz ve katalaz düzeyleri incelenmiştir. Oksidatif strese yanıt olarak tetiklenen NRF2 yolağı aktivitesi, periferik kanda Nrf2 ve Kelch-benzeri ECH-ilişkili protein 1 (Keap1) düzeyleri ölçülerek değerlendirilmiştir. Trikoskopik görüntülerde anizotrikoz, sarı nokta varlığı ve sayısı, bal peteği paterni pigmentasyon varlığı, peripilar işaret varlığı ve sayısı, beyaz nokta varlığı incelenerek; trikoskopik bulgular ile oksidatif stres parametreleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Bulgular: Hasta grubunda malondialdehit, nitrik oksit ve katalaz düzeylerinin, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,016$, $p < 0,001$, $p=0,001$). Nitrik oksit sentaz düzeyleri hasta grubunda anlamlı derecede daha düşük saptanırken ($p=0,007$), glutatyon peroksidaz düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,088$). Nrf2 ve Keap1 düzeyleri hasta grubunda, kontrol grubundan yüksek saptanmakla beraber gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmemiştir ($p > 0,05$). Hastalarda saç çapı heterojenitesi, sarı nokta, balpeteği paterni pigmentasyon ve peripilar işaret varlığı tüm bölgelerde kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Hastalarda tespit edilen tüm trikoskopik bulgular içerisinde; sadece peripilar işaret varlığı ile oksidatif stres parametreleri arasında ilişki saptanmıştır. Frontal, temporal, midskalp ve verteks bölgelerinde peripilar işaret varlığı bulunan hastalarda nitrik oksit düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş ($p=0,012$; $p=0,036$; $p=0,031$, $p=0,045$), bunun yanı sıra frontal, temporal ve midskalp bölgelerinde peripilar işaret varlığı olan hastalarda Keap1 ve malondialdehit düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla $p=0,029$; $p=0,020$; $p=0,028$ ve $p=0,003$; $p=0,007$; $p=0,043$). Ayrıca peripilar işaret sayısı ile Keap1, nitrik oksit ve malondialdehit düzeyleri arasında anlamlı pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda, KTSD hastalarında malondialdehit ve nitrik oksit düzeylerinin artması oksidatif stresin arttığını; katalaz düzeyinin artması antioksidan sistemin buna yanıt olarak uyarılmasına karşın oksidatif stres yönetiminde yetersiz kaldığını göstermektedir. Ek olarak Nrf2 yolağında inhibitör olarak rol alan Keap1, nitrik oksit ve malondialdehitin mikroinflamasyonla ilişkilendirilen peripilar bulguya rastlanan hastalarda yüksek bulunmuş olması; hastalık patogenezindeki mikroinflamasyonda, oksidatif stresin, özellikle de Nrf2/Keap1 yolağını içeren mekanizmaların sorumlu olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, bu yolağın KTSD patogenezindeki rolünün ortaya konulabilmesi ve hastalığın tedavisinde, özellikle peripilar bulgunun saptandığı erken evrelerde, Nrf2 yolağını hedef alan yeni terapötik yaklaşımların geliştirilebilmesi için bir temel oluşturabilir ancak daha net verilere ulaşabilmek için daha geniş hasta serilerinde yapılacak yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Kadın Tipi Saç Dökülmesi, Oksidatif Stres, Peripilar İşaret

Yayın No: SS-009
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Vitiligo Hastalarında Fototerapi Öncesi ve Sonrası HO-1 ve Diğer Antioksidan Enzim Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Nihal Kundakcı[1], Gizem Nur Öztürk Dönmez[1], Gülsüm Feyza Türkeş[2], Serenay Elgün Ülkar[2]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya

Giriş ve Amaç: Vitiligo, melanositlerin seçici kaybı sonucu gelişen, multifaktöriyel etiyopatogeneze sahip kronik bir depigmentasyon hastalığıdır. Son yıllarda oksidatif stresin hastalığın patogenezinde merkezi bir rol oynadığı gösterilmektedir. Bu çalışmada vitiligo hastalarında oksidan-antioksidan parametreler ile Hem Oksijenaz-1 (HO-1) enzim düzeylerinin değerlendirilmesi; bu parametrelerin hastalık başlangıç yaşı, sigara-alkol kullanımı, hastalık süresi, vücut kitle indeksi, otoimmün hastalık öyküsü, hastalık aktivitesi (VİDA skoru) ve yaygınlığı (VASİ skoru) ile ilişkilerinin belirlenmesi; darbant UVB fototerapi tedavisi öncesi ve sonrası serum düzeylerindeki değişimlerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Haziran 2024- Haziran 2025 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran 45 vitiligo hastası ile yaş ve cinsiyet açısından benzer 35 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Vitiligo hastalarının hastalık başlangıç yaşı, sigara-alkol kullanımı, hastalık süresi, vücut kitle indeksi, otoimmün hastalık öyküsü, VİDA skoru ve VASİ skorları kaydedildi. Serum oksidan parametre olarak malondialdehit (MDA) ve antioksidan enzimler olan katalaz (CAT), glutatyon peroksidaz (GPx), heme oksijenaz-1 (HO-1) ve nitrik oksit (NO) düzeyleri spektrofotometrik ve ELISA yöntemleriyle hasta ve kontrol gruplarında ölçüldü. Vitiligo grubunda DB-UVB fototerapisi öncesinde ve 36 seans sonrasında kandaki antioksidan-oksidan parametreleri ve VASİ- VİDA skorları tekrar kaydedilerek istatistiksel analize tabi tutuldu.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 45 vitiligo hastasının 26'sı (%57,8) kadın, 19'u (%42,2) erkek olup; ortalama yaş 45,91 ± 16,69 yıl, ortalama hastalık süresi 19,24 ± 15,53 yıl idi. Kontrol grubunda ise 18 kadın (%51,4) ve 17 erkek (%48,6) yer almakta, yaş ortalaması 45,09 ± 16,49 yıl idi. Vitiligo hastalarının VKİ ortalaması 27,36 ± 5,04 kg/m2 idi. VİDA skoru > 0 olan hastalar aktif vitiligo olarak sınıflandırılmış olup tüm vitiligoların %68,9'u idi. Aktif ve stabil vitiligo grubu arasında HO-1, CAT, GPx, MDA, NO düzeyleri açısından fark saptanmazken ($p > 0,05$), vitiligo grubunda CAT ve GPx düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek (sırasıyla p değerleri; $p=0,021$, $p=0,012$), MDA ve NO düzeyleri ise kontrol grubunda vitiligo grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı (sırasıyla p değerleri; $p=0,004$, $p=0,015$).Vitiligo hastalarında yaş, hastalık başlangıç yaşı, sigara-alkol kullanımı, VKI, aile öyküsü, otoimmün hastalık öyküsü ile HO-1, MDA, GPx, NO, CAT düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p > 0,05$). Vitiligo hastalarında VASİ düzeyi ile otoimmün hastalığa sahip olma arasında anlamlı fark elde edildi ($p=0,042$). Buna karşın VASİ ve VİDA skorlarıyla diğer parametreler arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Fototerapi alan hastaların (n=8), tedavi öncesi ve

sonrasında MDA düzeylerinde azalma (p=0,204), HO-1 ve CAT düzeylerinde ise artış (sırasıyla p=0,036, p=0,182) gözlendi. Bu biyokimyasal iyileşme, anlamlı olarak VİDA skorunda tedavi öncesi ortalama skorun 4'ten 3'e düşmesi ve VASİ skorunda ise 18,11±18,1'den 14,20±14,38'e düşmesi ile kendini gösterdi (sırasıyla p=0,014, p=0,050).

Tablo 1: Enzim düzeylerinin aktif, stabil ve kontrol gruplarında karşılaştırılması

	Aktif (n= 31)	Stabil (n=14)	Kontrol(n=35)	p^1	p^2	p^3
HO-1 (ng/mL)	0,77(0,05-6,78)	0,98(0,43-8,92)	0,48(0,01-9,6)	,125	,224	,117
Katalaz (ng/mL)	7,2(0-34,56)	7,2(1,44-36)	4,32(0-36)	,730	,065	,059
Glutatyon Peroksidaz (ng/mL)	87,84(61,92-1353,6)	92,88(67,68-146,88)	113,76(69,12-164,16)	,912	,044	,090
Malonaldehit (ng/mL)	2,1(1,37-4,52)	1,94(1,53-4,11)	2,82(1,45-4,84)	,514	,012	,011
NO (ng/mL)	27,5(16,25-52)	27,75(21,75-44,5)	30,25(19,5-67,5)	,704	,047	,160

p değeri; Mann Whitney U testi istatistiksel anlamlılık, p1: Aktif-Stabil, p2: Aktif-kontrol; p3:Stabil-kontrol

Tartışma ve Sonuç: Vitiligo hastalarında oksidatif stresin kontrollere kıyasla arttığı, antioksidan savunma sistemlerinin ise özellikle HO-1, CAT ve GPx düzeylerinde azalma ile birlikte zayıfladığı görülmüştür. Dar bant UVB fototerapisi sonrasında bu parametrelerde saptanan anlamlı iyileşme, tedavinin yalnızca repigmentasyonu sağlamakla kalmayıp oksidatif stresin düzenlenmesine de katkıda bulunduğunu göstermektedir. Çalışmamız, vitiligo hastalarında serum HO-1 düzeylerinin diğer oksidan–antioksidan parametreler ve demografik özelliklerle birlikte değerlendirildiği ilk araştırma olma özelliğini taşımaktadır. Fototerapi sonrasında HO-1 düzeylerinde gözlenen artış, bu belirtecin tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmekle birlikte, daha geniş hasta popülasyonlu çalışmalarla desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Oksidatif stres, Heme oksijenaz-1, Fototerapi

Yayın No: SS-010
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Alopesi Areata Tanılı Hastalarda Tedavi Yanıtının Trikoskopik Olarak Değerlendirilmesi

Enes Açıkbaş[1], Abdullah Demirbaş[2], Evren Odyakmaz Demirsoy[2], Dilek Bayramgürler[2], Aysun Şikar Aktürk[2], Nilgün Sayman[2], Rebiay Kıran[2], Canan Baydemir[2]

[1]Darıca Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Kocaeli Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Alopesi areata (AA), anagen kıl foliküllerini hedef alan otoimmünite ile karakterize skar bırakmayan, relaps ve remisyonlar ile seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların etkisini değerlendirmek için etkilenen alandaki saçların büyümesi ve belirgin hale gelmesi beklenir. Trikoskopi, hastalık aktivitesini ve tedavinin etkinliğini daha erken bir aşamada değerlendirebilmek için göstergeler sağlayan invaziv olmayan bir yöntemdir. Çalışmamızda hastaların demografik ve klinik özellikleri ile trikoskopik bulguların ilişkisinin değerlendirilmesi ve tedavi amacıyla kullanılan ilaçlarda trikoskopik parametrelerde anlamlı değişiklik elde etmek için geçen sürelerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmadaki 54 hastanın AA takip formları ile birlikte tedavi başlangıcında, 4., 8. ve 12. haftalarda kayıt altına alınmış olan klinik ve trikoskopik fotoğrafları retrospektif olarak değerlendirildi. Aktivite belirteçleri (siyah noktalar, kırık saçlar, incelen/ünlem işareti saçlar, sarı noktalar) ve yeniden büyüme belirteçleri (kısa vellus saçlar, kısa terminal saçlar) var/yok şeklinde kaydedildi. Tedaviye trikoskopik yanıt, aktivite belirteçlerinde ≥%75 oranında azalma ve yeniden büyüme belirteçlerinde artış olarak tanımlandı ve yanıtın elde edildiği en erken ziyaret esas alındı. İstatistiksel analizlerde χ^2/Fisher testlerinin uygun varyantları ile McNemar testi kullanıldı (çift yönlü, $p < 0,05$).

Bulgular: Olguların 24'ü kadın (%44,4) hastadan oluşmakta olup ortalama yaş 25,3 yıldı. Yama tipi AA %79,6, ophiasis %7,4 ve alopesi totalis (AU) %13,0'idi. Başlangıç trikoskopik bulguları; siyah noktalar %72,2, sarı noktalar %64,8, kırık saçlar %66,6 ve incelen saçlar %44,4 oranında saptanırken, kısa vellus saçlar %25,9 oranında görüldü; kısa terminal saçlar saptanmadı. Anlamlı ilişkiler değerlendirildiğinde, kadın hastalarda sarı noktaların daha sık olduğu görüldü (%87,5'e karşı %46,7; p=0,005). Hastalık süresinin 1 yıldan kısa olması, tedavi sonrası kısa terminal kılların daha yüksek oranda görülmesi ile ilişkiliydi (%91,7; p=0,043). Alopesi universalis (AU) grubunda tedavi sonrası yeniden büyüme daha düşük bulundu (kısa vellus saçlar %42,9, p=0,050; kısa terminal saçlar %42,9, p=0,020) ve başlangıçta incelmiş saçlar saptanmadı (p=0,026). Aile öyküsü, başlangıçtaki destrüktif bulguların daha düşük sıklığı ile ilişkiliydi (incelen saçlar %0'a karşı %54,5; kırık saçlar %20'ye karşı %77,3; her ikisi için p=0,001). Hastaların %57,4'ü yüksek klinik yanıt elde etti. Trikoskopi, klinik olarak anlamlı iyileşmeyi ortaya koydu; yanıt veren hastalarda aktivite belirteçlerinde azalma (incelen saçlar %35,5→%3,2, p=0,002; kırık saçlar %58,1→%19,4, p=0,001; siyah noktalar %71,0→%9,7, p=0,001; sarı

noktalar %74,2→%41,9, p=0,002) ve yeniden büyüme belirteçlerinde artış (kısa vellus saçlar %32,3→%83,9, p=0,001; kısa terminal saçlar %0→%100, p=0,001) gözlendi. Tedaviler arasında, aktivite belirteçlerinde ≥%75 oranında azalma açısından 4., 8. veya 12. haftalarda anlamlı farklılık saptanmadı (p > 0,05). Erken dönemdeki yeniden büyüme, intralezyonel kortikosteroidler (ILCS) ve sistemik kortikosteroid ile topikal kortikosteroid kombinasyonu lehineydi; 4. haftada kısa vellus saçlarda artış (p=0,046), 4. ve 8. haftalarda ise kısa terminal saçlarda artış (sırasıyla p=0,003 ve p=0,034) gözlendi ancak 12. haftaya gelindiğinde gruplar arasındaki farklılıklar ortadan kalktı. Siyah/sarı noktalardaki ve kırık saçlardaki azalma açısından tedavi rejimleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Barisitinib, daha dirençli bir hasta popülasyonunda 8. haftadan itibaren aktivite belirteçlerinde sayısal olarak daha erken azalma gösterdi.

Tedavi Başlangıcında Trikoskopik Bulgular

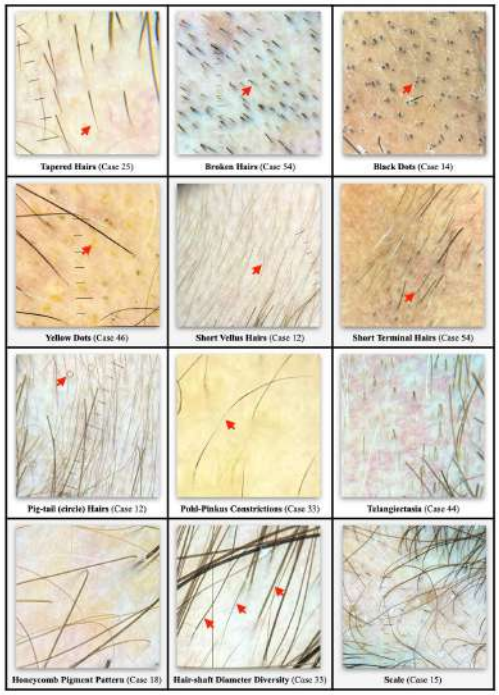


Figure 3. Trichoscopic findings observed in the patients included in the study

Barisitinib kullanan hastada gözlenen bulgular



Figure 8. Clinical and trichoscopic images of Case 4 showing a "good clinical response" to baricitinib treatment

Tartışma ve Sonuç: Sonuç: Trikoskopi, alopesi areatada (AA) tedavi seçeneklerine özgü erken dönem sinyaller sağlar. Kortikosteroid temelli tedavi rejimleri erken dönemde vellus ve terminal kıl yeniden büyümesini hızlandırırken, JAK inhibitörleri erken dönemde destrüktif aktiviteyi baskılayabilir. Yeterli örneklem büyüklüğüne sahip, prospektif ve daha uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alopesi areata, Trikoskopi, Barisitinib

Yayın No: SS-011
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Kutanöz Skuamöz Hücreli Karsinom Ve Bazal Hücreli Karsinomda TROP-2 Ve B7-H3 Ekspresyonlarının Klinikopatolojik Ve Dermoskopik Bulgularla İlişkisi

Ali Osman Nacak[1], Rukiye Yasak Güner[1], Ramazan Oğuz Yüceer[2], Melih Akyol[1], Mustafa Tosun[1]

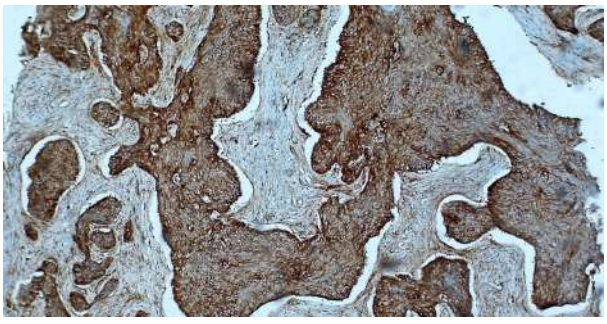
[1]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye
[2]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye
[3]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kutanöz skuamöz hücreli karsinom (kSHK) ve bazal hücreli karsinom (BHK), en sık görülen keratinositik deri kanserleridir. Trophoblast Cell Surface Antigen 2 (TROP-2) ve B7 homolog 3 (B7-H3), çeşitli malignitelerde tümör gelişimi, progresyonu ve immün kaçış ile ilişkilendirilen moleküllerdir. Bu çalışmada, kSHK ve BHK'de TROP-2 ve B7-H3 ekspresyonlarının değerlendirilmesi ve bu belirteçlerin klinikopatolojik ve dermoskopik bulgularla ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

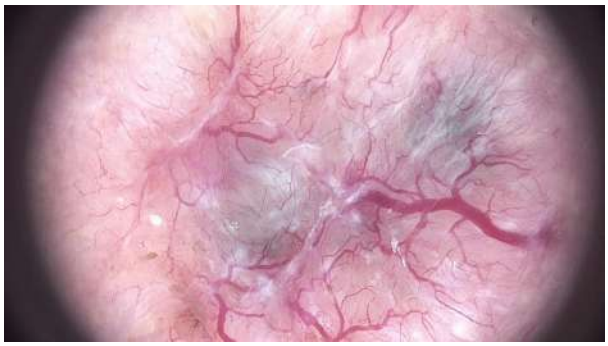
Yöntem: Retrospektif olarak, 1 Ocak 2022–1 Kasım 2024 tarihleri arasında tanı alan 50 kSHK ve 50 BHK olgusu çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik, klinik, histopatolojik ve dermoskopik verileri kaydedildi. TROP-2 ve B7-H3 ekspresyonları immünohistokimyasal yöntemle değerlendirildi. İmmünreaktivite skoru kullanılarak belirteç ekspresyonları düşük ve yüksek olarak sınıflandırıldı. Belirteç ekspresyonlarının tümör tipi, klinikopatolojik özellikler ve dermoskopik bulgularla ilişkisi istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Yüksek TROP-2 ekspresyonu kSHK olgularının %68'inde, BHK olgularının ise %20'sinde saptandı ve iki tümör grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$). Yüksek B7-H3 ekspresyonu kSHK olgularının %48'inde ve BHK olgularının %32'sinde izlendi; ancak gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ($p=0,076$). TROP-2 ve B7-H3 ekspresyonları ile yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu ve değerlendirilen klinikopatolojik prognostik parametreler arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Her iki belirtecin ekspresyon düzeyleri ile genel dermoskopik bulgular arasında da anlamlı ilişki gösterilemedi.

Bazal Hücreli Karsinomda B7-H3 ile Yüksek Ekpresyon (DABx200).



Nodüler Tip BHK Tanısı Olan Çalışmamızda Bulunan Bir Hastaya Ait Dermoskopik Görüntüde Vasküler Yapılardan Dallanan Damarlar (Arborizan Damarlar)



Tümör Tipine Göre B7-H3 ve TROP2 Ekspresyonunun Dağılımı

Belirteç	**Tümör Alt Tipi**	**Negatif/Düşük n (%)**	**Yüksek n (%)**	**p**
B7-H3	BHK	34 (56.7)	16 (40)	0.076
	kSHK	26 (43.3)	24 (60)	
TROP-2	BHK	40 (71.4)	10 (22.7)	<0.001
	kSHK	16 (28.6)	34 (77.3)	

Tartışma ve Sonuç: TROP-2 ekspresyonunun kSHK'de BHK'ye göre anlamlı düzeyde yüksek bulunması, TROP-2'nin keratinositik deri kanserlerinin biyolojik davranışındaki olası rolünü ve kSHK için potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir. Buna karşın B7-H3 ekspresyonu tümör tipleri arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Her iki belirtecin klinikopatolojik prognostik parametreler ve dermoskopik bulgularla ilişkisinin saptanmaması, bu belirteçlerin prognostik ve klinik kullanım potansiyellerinin daha geniş örneklemli, prospektif çalışmalarla değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Bazal Hücreli Karsinom, Kutanöz Skuamöz Hücreli Karsinom, TROP-2

Yayın No: SS-012
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Akne Hastalarında Serum Asprosin Düzeyinin İncelenmesi ve Hastalık Şiddeti İle İlişkisinin Araştırılması

Mehmet Özgür Çelik[1], Ezgi Aktaş[1]

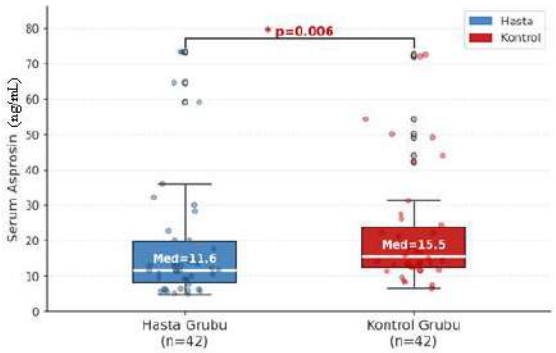
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Akne vulgaris, pilosebase ünitenin kronik inflamatuvar ve yaygın görülen bir hastalığıdır. Etyopatogenezinde artmış sebum üretimi, foliküler hiperkeratinizasyon, Cutibacterium acnes (C. acnes) proliferasyonu ve inflamasyona ek olarak hormonal ve metabolik faktörlerin de rol oynadığı düşünülmektedir. Klinik olarak komedon, papül, püstül ve nodül gibi farklı morfolojik lezyonlarla ortaya çıkabilen bu tablo en sık yüz ve gövde yerleşimi göstermektedir. Asprosin; çeşitli metabolik durumlarla ilişkili olduğu gösterilmiş, adipokin grubunda yer alan protein yapılı bir moleküldür. Karaciğerde glukoz salınımını düzenleyici etkileri bulunmaktadır. İlk olarak 2016 yılında Romere ve arkadaşları tarafından neonatal progeroid sendromlu (NPS) hastalarda Fibrillin 1 (FBN1) genine ait mutasyonların incelendiği çalışmada tanımlanmıştır. Asprosin, FBN1 geninin özellikle 65. ve 66. eksonları tarafından kodlanan C- terminal bölgesinden köken almaktadır. FBN1 geni tarafından kodlanan yaklaşık 2871 aminoasit uzunluğundaki profibrillin-1 proteini, furin benzeri bir proteaz aracılığıyla C-terminalinden proteolitik olarak ayrılmakta ve 140 aminoasitlik bir peptid olan asprosin oluşmaktadır. Asprosin hepatositlerde hızlı bir siklik adenozin monofosfat (cAMP) artışına yol açmakta ve G proteini-cAMP-protein kinaz A (PKA) sinyal yolunu aktive etmektedir. Bu mekanizma aracılığıyla hepatik glukoz üretiminin arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada akne hastalarında serum asprosin düzeylerini incelemek ve hastalık şiddetiyle olan ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Dermatoloji polikliniğine 15 Ocak 2026 - 15 Nisan 2026 tarihleri arasında başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşından büyük, 45 yaşından küçük, klinik olarak akne tanısı konulan 42 hasta ile hastalarla demografik açıdan benzerlik gösteren 42 kontrol dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri, bel çevresi ve vücut kitle indeksi (VKİ) kaydedilmiştir. Hasta grubu için akne lezyonlarının tutulum bölgeleri ve lezyon tipleri değerlendirilmiş, akne şiddetleri Global Akne Derecelendirme Sistemi (GADS) kullanılarak belirlenmiştir.

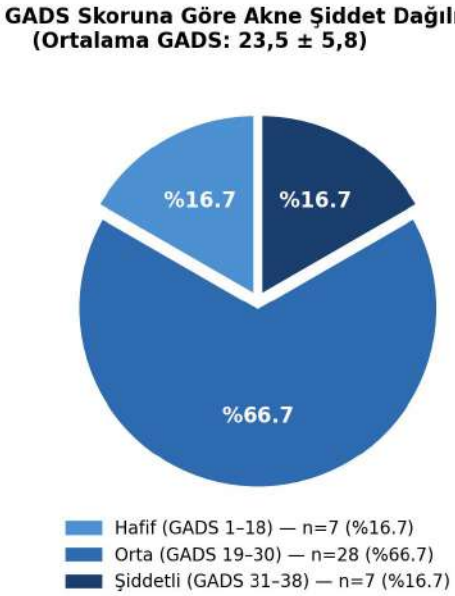
Bulgular: Çalışmamızda hasta grubunda serum asprosin düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p= 0,006$). Serum asprosin düzeyi ile hastalık şiddeti, GADS skoru, hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Daha önce tedavi alan akne hastalarında serum asprosin düzeyi, tedavi almayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p= 0,006$). Akne hastalarının yaşları ile GADS skorları arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki izlendi ($p < 0,05$). Erkek hastalarda GADS skoru, kadın hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p= 0,009$). Hastalık başlangıç yaşı ile GADS skoru arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı ($p= 0,005$). Hastalık süresi ile GADS skoru arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p= 0,044$).

Asprosin



Hasta ve Kontrol Grubunun Serum Asprosin Düzeyleri

GADS



GADS Skoruna Göre Akne Şiddet Dağılımı

Hasta ve kontrol grubu serum asprosin düzeyinin karşılaştırılması

Parametre (ng/mL)	**Hasta (n=42)**	**Kontrol (n=42)**	**p**	**Test / Etki**
Ortalama ± SS	18,24 ± 17,99	22,31 ± 16,44		
Medyan (IQR)	11,64 (8,02–19,66)	15,54 (12,62–23,96)	**0,006***	**r=0,349**
Minimum	4,89	6,69		

Maksimum	73,49	72,59

* Mann-Whitney U testi, r: Rank-biserial etki büyüklüğü, SS: Standart Sapma, IQR: Çeyrekler arası aralık

Hasta grubunda ailede akne öyküsü, kronik hastalık öyküsü, düzenli ilaç kullanımı ve önceki tedavi durumu ile serum asprosin düzeyinin değerlendirilmesi

		Asprosin		
Değişken	**Grup / Değer**	**Ort ± SS / Medyan (IQR)**	**p**	**Test / Etki**
Ailede Akne Öyküsü	Var (n=19)	17,95 ± 19,57 / 10,69 (6,99–16,74)	0,318*	r=0,183
	Yok (n=23)	18,48 ± 17,01 / 13,09 (9,34–19,04)		
Kronik Hastalık Öyküsü	Var (n=8)	19,61 ± 16,84 / 12,89 (11,44–20,94)	0,290*	r=0,246
	Yok (n=34)	17,92 ± 18,47 / 11,44 (6,79–16,89)		
Düzenli İlaç Kullanımı	Var (n=5)	13,15 ± 6,07 / 12,39 (10,69–13,39)	0,877*	r=0,049
	Yok (n=37)	18,93 ± 18,98 / 11,59 (7,69–20,29)		
Daha Önceki Tedavi Durumu	Almış (n=29)	22,37 ± 20,32 / 13,39 (10,09–28,39)	**0,006***	r=0,536
	Almamış (n=13)	9,03 ± 2,89 / 9,19 (6,29–11,49)		

Mann-Whitney U testi, r: Rank-biserial etki büyüklüğü, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, IQR: Çeyrekler arası aralık

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda akne hastalarında serum asprosin düzeyi, sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak düşük bulundu. Asprosin düzeylerinin hastalık şiddeti ile ilişki göstermemesi bu molekülün hastalığın gelişimi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Akne ve metabolik süreçler arasındaki ilişkinin geniş kapsamlı çalışmalarla aydınlatılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: akne, asprosin, hastalık şiddeti

Yayın No: SS-013
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

HİDRADENİTİS SUPPURATİVA KLİNİK EVRELEMESİNİN ULTRASONOGRAFİK EVRELEMESİ İLE KORELASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Muhammed Fatih ÇELİK[1], Şirin YAŞAR[1], Sibel AYDIN AKSU[2], Sevim BAYSAK[1], İlkin ZİNDANCI[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Hidradenitis Suppurativa (HS); başta aksiller, inframamariyal, anogenital bölgeler olmak üzere daha çok intertriginöz bölgelerde görülen, tekrarlayıcı, yaşam kalitesini düşüren, kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Çalışmamızın amacı HS klinik evrelemesinin ultrasonografi evrelemesi ile korelasyonunu değerlendirmek, altta yatan subklinik lezyonları radyolojik görüntüleme ile belirleyerek takip ve tedaviyi daha efektif hale getirebilmektir. Ayrıca hastaların demografik özelliklerini tanımlayarak klinik değişkenlerin evreleme yöntemleriyle olan ilişkisini analiz etmektir.

Yöntem: Bu çalışma prospektif, kesitsel, analitik ve tek merkezli gözlemsel olarak planlandı. Çalışmaya, 01/09/2025-28/02/2026 tarihleri arasında HS tanısı ile dermatoloji polikliniğine başvuran ve çalışma kriterlerini karşılayan 48 gönüllü hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri kaydedildi. Klinik muayenede nodül, apse, drene tünel/fistül, skar varlığı ve etkilenen anatomik bölgeler değerlendirildi. Hastalık şiddeti klinik olarak Hurley evreleme sistemi ve Uluslararası Hidradenitis Suppurativa Şiddet Skorlama Sistemi (IHS4) ile belirlendi. Klinik değerlendirme sonrasında hastalara yüksek frekanslı ultrasonografi yapıldı ve ultrasonografik bulgular Hidradenitis Suppurativa Sonografik Skorlama Sistemi (SOS-HS) ile sınıflandırıldı. Ultrasonografik değerlendirme, klinik evreleme sonuçlarını bilmeyen tek bir radyolog tarafından gerçekleştirildi. Elde edilen verilerle Hurley, IHS4 ve SOS-HS evreleme sistemleri arasındaki ilişki incelendi; ayrıca demografik özellikler tanımlandı ve klinik özelliklerin evreleme sonuçlarıyla ilişkisi değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde IBM SPSS Statistics Version 26 programı kullanıldı ve $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 48 HS hastası dahil edildi. Hastaların 36'sı erkek, 12'si kadındı ve medyan yaşı 30'du. En sık tutulum aksiller bölgede izlendi. Hastaların büyük çoğunluğu fazla kilolu veya obez gruptaydı ve sigara kullanımı sık görülmekteydi. VKİ (Vücut Kitle İndeksi) ve sigara kullanımı ileri evre hastalarda daha yüksek görüldü. Çalışmamızda üç evreleme yönteminde de orta ve ileri şiddetteki hastaların ön planda olduğu görüldü. Tutulan anatomik bölge sayısı ile IHS4 ve SOS-HS evrelemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p < 0,008$). Evreleme sistemleri karşılaştırıldığında Genel Hurley ile SOS-HS arasında ($r=0,577$; $p < 0,001$), IHS4 ile SOS-HS arasında ($r=0,853$; $p < 0,001$) ve Genel Hurley ile IHS4 arasında

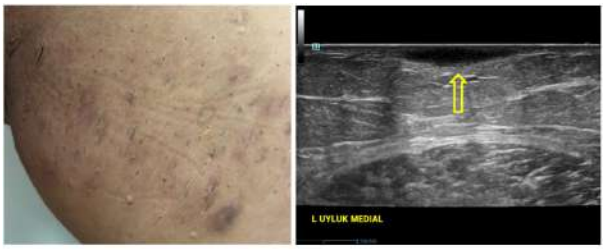
(r=0.708, p < 0.001) istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. En yüksek uyum IHS4 ile SOS-HS arasında izlendi.

KLİNİK VE ULTRASONOGRAFİK EVRELEME FARKLILIĞI GÖSTEREN ÖRNEK OLGULAR



Klinik değerlendirmede bölgesel Hurley evre II ve IHS4 orta şiddette hastalık olarak değerlendirilen hastada, sonografik incelemede sağ aksiller bölgede klinik muayenede saptanamayan hipoekoik fistül traktı izlenmiştir. Hasta SOS-HS evre III olarak değerlendirilmiştir.

KLİNİK VE ULTRASONOGRAFİK EVRELEME FARKLILIĞI GÖSTEREN ÖRNEK OLGULAR



Klinik değerlendirmede bölgesel Hurley evre II ve IHS4 orta şiddette hastalık olarak değerlendirilen hastada, sonografik incelemede sol uyluk medial bölgede klinik muayenede saptanamayan dermis yerleşimli fistül saptanmıştır. Hasta SOS-HS evre III olarak değerlendirilmiştir.

Hurley Evrelemesi ile SOS-HS Evrelemesinin Karşılaştırılması

Karşılaştırma Durumu	Hasta Sayısı(n)	Yüzde/%)
Aynı evrede olan hastalar	26	54,2
Farklı evrede olan hastalar	22	45,8

Toplam	48	100

Genel Hurley evrelemesi ile SOS-HS evrelemesi karşılaştırıldığında, iki evreleme sistemi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (r=0,577; p<0,001). Aynı evrede olan hasta sayısı 26 (%54,2) iken farklı evrede olan hasta sayısı 22 (%45,8) idi.

IHS4 Evrelemesi ile SOS-HS Evrelemesinin Karşılaştırılması

Karşılaştırma Durumu	Hasta Sayısı(n)	Yüzde(%)
Aynı evrede olan hastalar	41	85,4
Farklı evrede olan hastalar	7	14,6
Toplam	48	100

IHS4 skorlama sistemi ile SOS-HS evrelemesi arasında yapılan korelasyon analizinde, bu iki evreleme yönteminin anlamlı olarak korele olduğu izlenmiştir (r=0,853; p<0,001). Aynı evrede olan hasta sayısı 41 (%85,4) iken farklı evrede olan hasta sayısı 7 (%14,6) olarak saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda Genel Hurley, IHS4 ve SOS-HS evreleme sistemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup en yüksek uyum IHS4 ile SOS-HS evreleme sistemleri arasında izlenmiştir. Bununla birlikte evreleme sistemleri arasında görülen uyumsuzluklar, klinik ve ultrasonografik değerlendirmenin hastalığı aynı parametreler üzerinden birebir değerlendirmediğini göstermektedir. Ultrasonografik görüntüleme ile subklinik lezyonlar görüntülenebilir. Dolayısıyla HS hastalarında, ultrasonografik değerlendirmenin klinik muayeneye eklenmesi hastalık şiddetinin belirlenmesi ve tedavi planlaması açısından yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis Suppurativa, Evreleme, Ultrasonografi

Yayın No: SS-014

Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Suppurativa'da Biyolojik Tedavi: İlaçta Kalım, Yanıt Oranları ve Cerrahinin Rolü

Filiz Alper Kafkas[1], Ayşenur Botsalı[1]

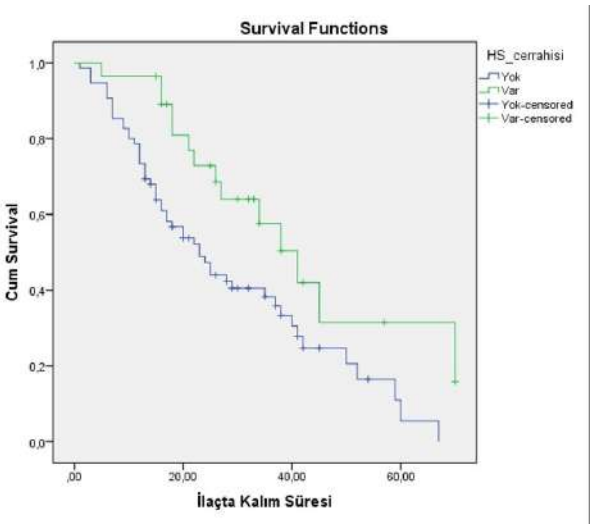
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS), kronik inflamatuar bir deri hastalığı olup biyolojik tedavilere verilen yanıt oranları psoriazis gibi diğer inflamatuar dermatozlara kıyasla belirgin şekilde düşük kalmaktadır. Avrupa S2k kılavuzları, konvansiyonel sistemik tedaviye yetersiz yanıt veren orta-şiddetli HS hastalarında adalimumabı (ADA) birinci basamak biyolojik ajan olarak önermekte ve biyolojik tedavi ile cerrahinin kombinasyonunu bütüncül bir yaklaşım olarak vurgulamaktadır. Bu çalışmanın amacı, biyolojik tedavi alan HS hastalarında ilaçta kalım süresini, klinik yanıt oranlarını ve tedavi sırasında uygulanan cerrahi müdahalenin bu sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Ekim 2019 – Ocak 2025 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği'nde yürütülen retrospektif kohort çalışmasına, en az bir yıl biyolojik tedavi almış 105 HS hastası dahil edilmiştir. Hastalık şiddeti Hurley evrelemesi ve IHS4 ile değerlendirilmiş, tedavi yanıtı HiSCR ile ölçülmüştür. İlaçta kalım süresi Kaplan-Meier yöntemi ile analiz edilmiş; bağımsız risk faktörleri çok değişkenli Cox orantılı hazard regresyon analizi ile belirlenmiştir.

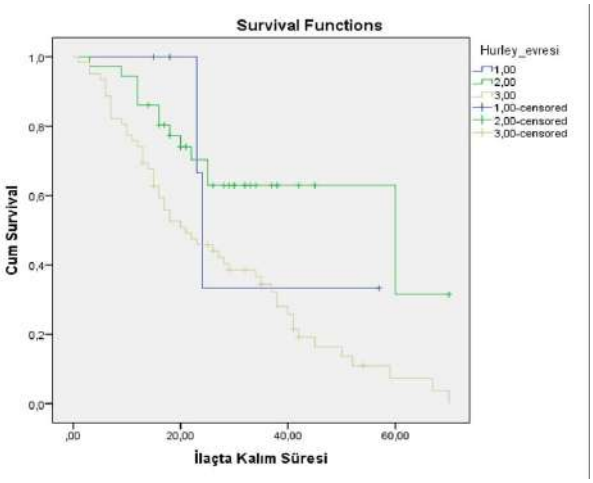
Bulgular: Hastaların %68,6'sı erkek olup yaş ortalaması 38,78±11,55 yıldır. Hurley Evre III hastalık %61, aktif sigara içiciliği %71,5 oranında saptandı. Birinci biyolojik rejimde hastaların %98'i ADA almıştır. Ortanca ADA ilaçta kalım süresi 27 ay olup 1 yıllık ilaçta kalım oranı %79,6, 3 yıllık %43,6, 5 yıllık %12,5 olarak hesaplanmıştır. HiSCR başarısı %34,3, olumlu klinik yanıt %41,9 olarak saptanmıştır. Sekonder yanıtsızlık, rejim sonlandırmalarının %67,6'sından sorumlu en sık neden olmuştur. Birinci rejim süresince 29 hastaya (%27,6) cerrahi müdahale uygulanmıştır. Cerrahi uygulanan grupta HiSCR başarısı (%55,2'ye karşı %26,3; p=0,005) ve olumlu klinik yanıt oranı (%62,1'e karşı %34,2; p=0,030) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kaplan-Meier analizinde cerrahi müdahale, ilaçta kalım süresini anlamlı biçimde uzatan bir faktör olarak saptanmıştır (p=0,011); cerrahi uygulanan grupta 1, 3 ve 5 yıllık ilaçta kalım oranları %96,4, %57,6 ve %31,5 iken cerrahi uygulanmayan grupta bu oranlar %73,3, %38,3 ve %5,5 olarak bulunmuştur. Çok değişkenli Cox regresyon analizinde Hurley Evre III (HR=2,391; %95 GA 1,339–4,269; p=0,003) ve cerrahi müdahale uygulanmaması (HR=1,971; %95 GA 1,069–3,633; p=0,030) birinci rejim sonlandırılması için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi.

Cerrahinin Adalimumab İlaçta Kalım Süresine Etkisi: Kaplan-Meier Analizi



Adalimumab tedavisi sırasında cerrahi müdahale uygulanması, ilaçta kalım üzerinde anlamlı bir faktör olarak saptanmıştır (p=0,011). Cerrahi uygulanan hastalarda 1, 3 ve 5 yıllık ilaçta kalım oranları sırasıyla %96,4, %57,6 ve %31,5 iken; cerrahi uygulanmayanlarda bu oranlar %73,3, %38,3 ve %5,5 olarak bulunmuştur.

Hurley Evresine Göre Adalimumab İlaçta Kalım Analizi: Kaplan-Meier Eğrileri



Hurley evresi, ADA ilaçta kalımı üzerinde anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmıştır (p=0,004). Hurley Evre 2 hastalarında ilaçta kalım oranları Evre 3'e kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olup 1, 3 ve 5 yıllık oranlar sırasıyla %86,1, %63,0 ve %31,5 iken; Hurley Evre 3 hastalarında bu oranlar %74,2, %34,5 ve %7,3 olarak bulunmuştur. Hurley Evre 1 grubunda hasta sayısının yetersizliği nedeniyle (n=5) yalnızca 3 yıllık ilaçta kalım oranı hesaplanabilmiş ve %33,3 olarak saptanmıştır.

Birinci Biyolojik Rejimin Sonlandırılması için Risk Faktörleri: Cox Regresyon Analizi

Değişken	Referans	Tek Değişkenli HR (%95 GA)	p	Çok Değişkenli HR (%95 GA)	p
Hurley Evresi (Evre I-II)	Evre III	2,528 (1,420–4,500)	**0,002**	2,391 (1,339–4,269)	**0,003**
Cerrahi (Var)	Yok	2,146 (1,165–3,951)	**0,014**	1,971 (1,069–3,633)	**0,030**
Cinsiyet (Kadın)	Erkek	1,013 (0,607–1,691)	0,960	—	—
Aktif sigara (İçmiyor)	İçiyor	1,146 (0,662–1,985)	0,626	—	—
Obezite (Yok)	Var	1,021 (0,620–1,681)	0,935	—	—
Metabolik sendrom (Var)	Yok	1,046 (0,617–1,771)	0,868	—	—
Tanı gecikmesi (yıl)	—	0,976 (0,939–1,013)	0,204	—	—
Çift uçlu komedon (Var)	Yok	1,010 (0,581–1,757)	0,971	—	—

Birinci rejimin sonlandırılmasına etki eden faktörler tek ve çok değişkenli Cox regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizde Hurley evresi ve tedavi sırasında cerrahi uygulanmaması anlamlı risk faktörleri olarak saptanmış olup çok değişkenli analizde her iki değişken bağımsız anlamlılığını korumuştur (Hurley Evre III: HR=2,391, p=0,003; cerrahi uygulanmaması: HR=1,971, p=0,030).

Birinci Biyolojik Rejim Süresince Cerrahi Uygulanan ve Uygulanmayan Hastaların Klinik Etkinlik Açısından Karşılaştırılması

Klinik Etkinlik Ölçütü	Cerrahi Var (n=29)	Cerrahi Yok (n=76)	p değeri
HiSCR başarısı, n (%)	16 (%55,2)	20 (%26,3)	**0,005**
Olumlu klinik yanıt, n (%)	18 (%62,1)	26 (%34,2)	**0,030**
Genel hastalık kontrolü (iyileşme), n (%)	17 (%58,6)	34 (%44,7)	0,211

Birinci rejim süresince cerrahi uygulanan ve uygulanmayan hastalar karşılaştırıldığında olumlu klinik yanıt ve HiSCR başarısı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,030 ve p=0,005). Cerrahi uygulanan hastalarda olumlu klinik yanıt oranı (%62,1) ve HiSCR başarısı (%55,2), cerrahi uygulanmayan hastalara (%34,2 ve %26,3) kıyasla belirgin şekilde daha yüksek bulunmuştur. Genel hastalık kontrolündeki iyileşme oranı cerrahi yapılan grupta numerik olarak daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Bu gerçek yaşam kohort çalışması, HS hastalarının yarısından fazlasının birden fazla biyolojik rejim gerektirdiğini ve sekonder yanıtsızlığın tedavi sürekliliğindeki temel engel olduğunu ortaya koymaktadır. ADA'nın inflamasyon üzerindeki etkinliğine karşın epitelizasyon geçirmiş drene olan tüneller gibi kronik yapısal lezyonlar karşısında yetersiz

kalabildiği; cerrahinin bu lezyonları ortadan kaldırarak biyolojik yanıtı güçlendirdiği düşünülmektedir. Hurley Evre III hastalık şiddeti ve cerrahi müdahale uygulanmaması, ADA ilaçta kalımını kısaltan bağımsız ve değiştirilebilir risk faktörleri olarak saptanmıştır. Bu bulgular, cerrahinin bütüncül HS yönetiminin vazgeçilmez bir bileşeni olarak biyolojik tedavi sürecine erken entegre edilmesini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: biyolojik tedavi, cerrahi, hidradenitis suppurativa

Yayın No: SS-015
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Kronik Spontan Ürtiker Hastalarında Serum Lipoksin A4 ve Resolvin E1 Düzeylerinin Hastalık Aktivitesi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Beyza Nur Yetim[1], Fatma Arzu Kılıç[1], Özgür Baykan[2], Mehmet Orbay Soğucak[2]

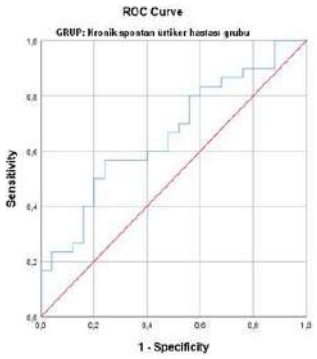
[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya

Giriş ve Amaç: Kronik Spontan Ürtiker (KSÜ), kaşıntılı ürtikeryal plaklar ve anjiyoödem atakları ile seyreden, yaşam kalitesini belirgin şekilde bozan kronik inflamatuvar bir dermatozdur. KSÜ günümüzde hem otoalerjik hem de otoimmün bir hastalık olarak kabul edilmekle birlikte, altta yatan mekanizmaların tam olarak aydınlatılamamış olması, hastalık şiddetini öngörebilecek ve kişiselleştirilmiş tedavi seçeneklerine yön verebilecek yeni biyobelirteçlerin geliştirilmesini sınırlamaktadır. Son çalışmalar, inflamasyonun pasif olarak değil, "Özelleşmiş Pro-rezolüsyon Mediyatörleri (SPM)" adı verilen moleküller aracılığıyla aktif olarak sonlandırıldığını göstermiştir. Bu ailenin üyelerinden Lipoksin A4 (LxA4) ve Resolvin E1 (RvE1)'in astım, atopik dermatit ve romatoid artrit gibi kronik inflamatuvar hastalıkların patogenezinde rol oynadığı gösterilmiş olmakla birlikte, KSÜ patogenezi ve inflamasyon rezolüsyonundaki rolleri henüz araştırılmamıştır. Bu çalışmada, KSÜ hastalarında serum LxA4 ve RvE1 düzeyleri ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin araştırılması ve bu mediatörlerin biyobelirteç ve tedavi hedefi olma potansiyellerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Prospektif kesitsel tasarımlı bu çalışmaya 55 KSÜ hastası ve 35 sağlıklı kontrol dahil edildi. Son 3 ay içinde omalizumab, son 1 ay içinde sistemik kortikosteroid veya immünsüpresif ajan kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalık aktivitesi Ürtiker Aktivite Skoru-7 (ÜAS-7) ile değerlendirildi. Serum LxA4 ve RvE1 düzeyleri Enzim Bağlı İmmünosorbent Test (ELISA) yöntemiyle ölçüldü; tam kan sayımı parametrelerinden Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi (SII), Sistemik İnflamasyon Yanıt İndeksi (SIRI) ve Trombosit/Lenfosit Oranı (PLR) hesaplandı. Katılımcıların C-Reaktif Protein (CRP) düzeyleri ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ) değerleri kaydedilerek hastalık şiddeti ile ilişkisi değerlendirildi. Veriler istatistiksel olarak analiz edildi; $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

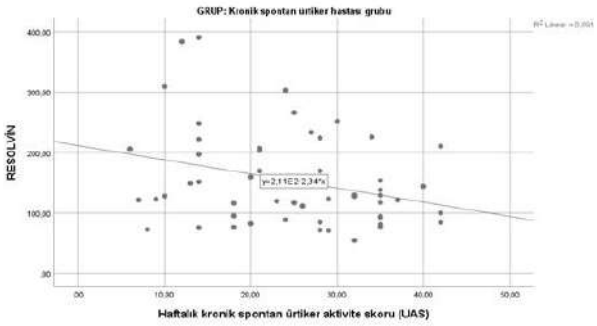
Bulgular: VKİ yüksek olan hastalarda şiddetli hastalık daha sık gözlendi ($p < 0,05$). Hasta ve kontrol grupları arasında serum LxA4 ve RvE1 düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Hastalık şiddeti ile serum RvE1 düzeyleri arasında anlamlı negatif korelasyon bulundu ($p < 0,05$). Şiddetli hastalığı hafif-orta hastalıktan ayırt etmek için yapılan ROC analizinde RvE1 için Eğri Altında Kalan Alan (EAA) değeri 0,661 (%95 Güven Aralığı [GA]: 0,518–0,805; p=0,041) olarak bulundu. EAA değerinin 0,5'in istatistiksel olarak anlamlı düzeyde üzerinde olması, serum RvE1 düzeyinin ayırt edici performansının rastlantısal olmadığını göstermektedir. Ayrıca, %95 güven aralığının üst sınırının 0,805 olması, RvE1'in potansiyel olarak kabul edilebilir düzeyde ayırt edicilik gösterebileceğini düşündürmektedir. SII, SIRI ve PLR değerleri hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p < 0,05$). Serum RvE1 ve LxA4 düzeyleri ile SII, SIRI, PLR ve CRP arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Şekil.1



Serum Resolvin E1 Düzeyinin Kronik Spontan Ürtiker Hastalarını Ayırt Etme Performansına İlişkin ROC Eğrisi

Şekil.2



Hastalık Şiddeti İle Serum Resolvin E1 Seviyesi Arasındaki İlişkiyi Gösteren Grafik

Tartışma ve Sonuç: Serum RvE1 düzeyleri ile hastalık şiddeti arasında negatif korelasyon saptanması inflamasyonun rezolüsyon fazında rol oynayan bu mediyatörün KSÜ patogenezinde yer alabileceğini ve düşük serum RvE1 düzeylerinin artmış klinik şiddet ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. KSÜ hastalarında SII, SIRI, PLR, CRP ve VKİ değerlerinin yüksekliği, belirgin bir sistemik inflamatuvar yükün varlığını doğrulamaktadır. Sistemik inflamasyon belirteçleri ile serum RvE1 düzeyleri arasında korelasyon saptanmaması, RvE1'in KSÜ patogenezinde genel bir inflamasyon belirteci olmaktan çok, hastalığa özgü inflamatuvar mekanizmalarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışma, erişkin KSÜ hastalarında serum RvE1 ve LxA4 düzeylerini değerlendiren ilk çalışma olup, RvE1'in hastalık seyrini öngörmede biyobelirteç ve kişiselleştirilmiş tedavi stratejilerinde potansiyel bir tedavi hedefi olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: ürtiker, hastalık aktivitesi, biyobelirteç

Yayın No: SS-016
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Büllöz Pemfigoidde Hastalık Yaygınlığı, Remisyon ve Relaps ile İlişkili Klinik Faktörler: Tek Merkezli Retrospektif Kohort Çalışması

DUDU MELİKE KEÇECİ[1], GÜLŞEN AKOĞLU[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Büllöz pemfigoid (BP), çoğunlukla ileri yaştaki bireyleri etkileyen, yüksek komorbidite yükü ve relaps eğilimiyle seyreden otoimmün büllöz bir hastalıktır. Bu çalışmada gerçek yaşam BP kohortunun demografik ve klinik özelliklerinin tanımlaması; hastalık yaygınlığı, remisyon ve relaps ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Aralık 2016-Aralık 2024 arasında üçüncü basamak bir dermatoloji merkezinde tanısı klinik, histopatolojik ve direkt immünfloresan bulgularla doğrulanmış olan 71 BP hastası retrospektif olarak incelendi. Hastalık yaygınlığı, ilk başvurudaki aktif lezyonların kapladığı vücut yüzey alanına göre hafif (< %10), orta (%10-30) ve şiddetli (> %30) olarak sınıflandırıldı. Yaygınlıkla ilişkili analizlere, ilk değerlendirmede sistemik tedavi almayan 61 hasta dahil edildi. Remisyon ve relaps uluslararası uzlaşı ölçütlerine göre tanımlandı. Şiddetli hastalıkla ilişkili faktörler tek değişkenli testler ve lojistik regresyonla; remisyona kadar geçen süre ve relapssız sağkalım analizleri Kaplan-Meier ve Cox regresyonuyla değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 44'ü (%62,0) kadın olup medyan tanı yaşı 73 yıl (Ç1-Ç3: 66-81) ve medyan izlem süresi 10 aydı (Ç1-Ç3: 5-24). Nörolojik hastalık 27 (%38,0), deri ve mukoza tutulumu 21 (%29,6) hastada mevcuttu. Otuz dokuz hastada (%54,9) dipeptidil peptidaz-4 inhibitörü kullanım öyküsü vardı. Yaygınlık analizine alınan 61 hastanın 28'inde (%45,9) şiddetli hastalık vardı. Tek değişkenli analizlerde şiddetli hastalık büllöz prezentasyon, baş-boyun tutulumu, daha kısa tanısal gecikme ve daha yüksek nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ile ilişkiliydi (tümü $p < 0,05$). Keşifsel çok değişkenli modelde yalnızca NLR ile ilişki devam etti (düzeltilmiş OR=1,359/birim artış; %95 GA: 1,004-1,839; p=0,048). Altmış beş hasta (%91,5) medyan 4 ayda (Ç1-Ç3: 3-6) remisyona ulaştı; bunların 31'inde minimal tedavi altında tam, 34'ünde minimal tedavi altında kısmi remisyon sağlandı. Remisyona ulaşan 65 hastanın 28'inde (%43,1) relaps gelişti; relapsların 14'ü (%50,0) ilk 6 ay içindeydi. Remisyona ulaşma süresi ve relapsız remisyonda kalma süresine etki eden herhangi bir değişken saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Bu gerçek yaşam kohortunda remisyon oranı yüksek olmakla birlikte relaps sık ve çoğunlukla erken dönemde olup hastaların özellikle ilk 6 ayda yakın izleminin önemini göstermektedir. Vücut yüzey alanı temelli hastalık yaygınlığı ile NLR arasındaki ilişki keşifsel niteliktedir ve prognostik belirteç olarak yorumlanmamalıdır. İlk remisyona kadar geçen süre veya relapssız sağkalım için güçlü bir başlangıç belirleyicisi saptanmadı. Bulguların prospektif BPDAI değerlendirmesi ve daha geniş örneklemlerle doğrulanması gerekir.

Anahtar Kelimeler: büllöz pemfigoid, nötrofil/lenfosit oranı, relaps

Yayın No: SS-017
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Mycosis Fungoides Hastalarında Fototerapi Tedavisinin Uygulanışı, Tedavi Süreci Ve Klinik Sonuçlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Gizem Dayı[1], Burhan Engin[2]

[1]Atlas Üniversitesi
[2]İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Mycosis fungoides (MF), kutanöz T-hücreli lenfomaların en sık görülen formu olup özellikle erken evrede deri yönlendirilmiş tedaviler temel tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Fototerapi, MF tedavisinde uzun yıllardır kullanılan yöntemlerden biri olup NB-UVB ve PUVA en sık uygulanan modalitelerdir. Literatürde fototerapinin etkinliği ve remisyon oranlarına ilişkin çok sayıda çalışma bulunmasına karşın, gerçek yaşam pratiğinde doz yönetimi, seans sayısı, kümülatif doz, tedavi modifikasyonları ve yan etkiler gibi tedavi sürecinin ayrıntılarını birlikte değerlendiren çalışmalar sınırlıdır.Bu çalışmada, merkezimizde MF nedeniyle fototerapi uygulanan hastaların gerçek yaşam verileri retrospektif olarak değerlendirilerek fototerapi yöntemleri, doz ve seans özellikleri, tedavi modifikasyonları, yan etkiler ve tedavi sonlanımları incelenmiştir.

Yöntem: Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Fototerapi Ünitesi'nde gerçekleştirilen tek merkezli, retrospektif ve gözlemsel bir araştırmadır. MF tanısı ile fototerapi uygulanan ve yeterli klinik ve fototerapi kayıtlarına ulaşılabilen hastalar değerlendirmeye alınmıştır.Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile fototerapi yöntemi, başlangıç dozu, seans sıklığı ve sayısı, maksimum ve kümülatif dozları, doz değişiklikleri, tedaviye ara verilmesi, yan etkiler, tedavi modifikasyonları, klinik yanıt, tedavinin sonlandırılma nedeni, tedavi sonrası yaklaşım ve nüks gelişimi kaydedilmiştir.Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma veya medyan (minimum-maksimum), kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Fototerapi yöntemleri uygun istatistiksel yöntemlerle karşılaştırılmış ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 68 MF hastası dahil edildi; hastaların 43'ü (%63,2) erkek, 25'i (%36,8) kadındı. Fototerapi modaliteleri arasında NB-UVB en sık kullanılan yöntemdi (n=48, %70,6), bunu PUVA (n=18, %26,5) ve UVA1 (n=2, %2,9) izledi.Toplam seans sayısının medyanı 40 (15–75), kümülatif dozun medyanı ise 34,28 J/cm² (7,79–325) idi. NB-UVB ve PUVA gruplarında medyan seans sayısı sırasıyla 40 ve 40,5 iken, medyan kümülatif dozlar sırasıyla 28,65 ve 60,99 J/cm² olarak bulundu. UVA1 uygulanan iki hastada toplam seans sayıları 15 ve 20, kümülatif dozlar ise 300 ve 325 J/cm² idi.NB-UVB'de başlangıç dozları çoğunlukla 0,2–0,3 J/cm², PUVA'da ise 0,5–0,6 J/cm² aralığındaydı. Tedavi sırasında doz modifikasyonları ve geçici tedavi kesintileri kaydedildi. Kesinti nedenleri arasında enfeksiyon, psoralen temin edilememesi, oküler semptomlar ve fototoksik eritem yer aldı. Yan etkiler ağırlıklı olarak eritem ve PUVA ile ilişkili gastrointestinal yakınmalar şeklindeydi. Fototerapi çoğunlukla klinik temizlenme/düzelme, yeniden biyopsi gereksinimi veya idame tedavisinin tamamlanması nedeniyle sonlandırıldı.

Tartışma ve Sonuç: Sonuç olarak, bu retrospektif gerçek yaşam çalışmasında MF hastalarında fototerapinin merkezimizde ağırlıklı olarak NB-UVB yöntemi ile uygulandığı, PUVA'nın ise ikinci sıklıkta kullanılan yöntem olduğu görülmüştür. Hastalarda fototerapi genellikle çok sayıda seans gerektirmiş ve toplam tedavi süreci içerisinde doz değişiklikleri ile tedaviye ara verilmesi gibi uygulamalar yapılmıştır.Çalışmamız, MF hastalarında fototerapi uygulamasının yalnızca tedavi etkinliği açısından değil, doz yönetimi, tedavi süresi, seans sayısı, kümülatif doz, yan etkiler, tedavi modifikasyonları ve tedavinin sonlandırılma nedenleri açısından da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.Mevcut bulgular, gerçek yaşam koşullarında fototerapi uygulamalarının hastaya ve tedavi sürecine göre bireyselleştirilebildiğini düşündürmektedir. Daha geniş hasta gruplarında, standartlaştırılmış klinik yanıt ve nüks ölçütleri kullanılarak yapılacak çalışmalar, farklı fototerapi yöntemlerinin etkinlik ve sürdürülebilirliği konusunda daha güçlü sonuçlar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: fototerapi, mikozis fungoides, deri lenfoması

Yayın No: SS-018
Bildiri Grubu: Genel / Tırnak hastalıkları

PEDİATRİK TIRNAK MATRİKS NEVÜSLERİNDE DERMATOSKOPİK İZLEM

Feride Ongun[2], Bengü Nisa Akay[1]

[1]Ankara üniversitesi deri ve zührevi hastalıklar anabilim dalı
[2]Kozluk devlet hastanesi

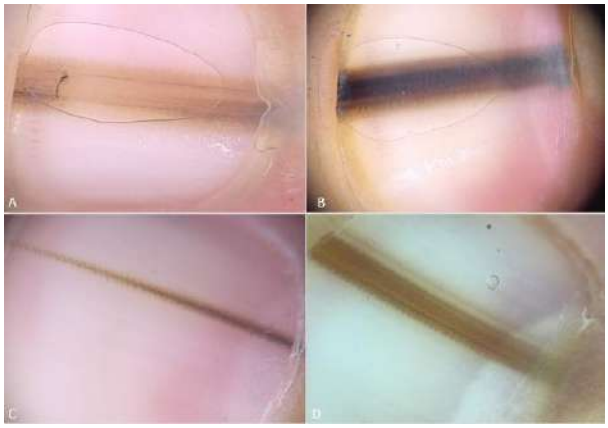
Giriş ve Amaç: Tırnak matriks nevüsü (TMN), pediatrik yaş grubunda longitudinal melanonişinin (LM) en sık nedeni olmakla birlikte, klinik ve dermatoskopik olarak tırnak matriks melanomunu (TMM) taklit edebilen bulgular gösterebilmesi nedeniyle tanısal güçlükler oluşturabilmektedir. Özellikle pediatrik hastalarda gereksiz biyopsilerin kalıcı tırnak distrofisine yol açabilmesi ve histopatolojik olarak da atipik görünümler izlenebilmesi, izlem odaklı yaklaşımların önemini artırmaktadır. Bu çalışmanın amacı, pediatrik TMN'lerin klinik ve dermatoskopik özelliklerini ve uzun dönem doğal seyrini değerlendirmek, izlem sırasında ortaya çıkan benign dinamik paternleri tanımlayarak ayırıcı tanıya katkı sağlamak ve gereksiz biyopsilerin azaltılmasına yönelik bilimsel veri sunmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2006–2024 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran, başlangıç yaşı 0–12 yıl arasında olan 72 pediatrik hastanın klinik ve/veya dermatoskopik olarak TMN tanısı alan lezyonları dâhil edildi. Hastaların demografik özellikleri, lezyonların lokalizasyonu, dermatoskopik bulguları, biyopsi yapılan olguların histopatoloji sonuçları ve uzun dönem takip verileri retrospektif olarak incelenerek kaydedildi. Olgular, tanı yaşına göre konjenital, geç konjenital ve edinsel TMN olarak sınıflandırıldı. Öncelikle TMN alt gruplarının başlangıçtaki dermatoskopik özellikleri değerlendirildi; ardından takip sürecinde izlenen pigmentasyon değişiklikleri, bant genişliği değişimleri, patern fluktuasyonu ve regresyon bulguları analiz edildi.Ayrıca regresyonla ilişkili olası risk faktörleri lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 5,03±3,48 yıl olup lezyonların %88,9'u el tırnaklarında, %48,6'sı birinci parmakta yerleşmişti. Fitzpatrick tip III–IV deri tipi %84,7 oranında hakimdi. Pigment bantı genişliği olguların %58,3'ünde tırnak plağının üçte birinden azdı; longitudinal çizgiler %83,3 oranında düzensiz, pigment çoğunlukla iki renkliydi (%68,0). Multikromatik pigmentasyon (≥3 renk) %30,6 oranında, paralellik kaybı %59,7, triangular bant %27,8, globüller %26,4, ince tozumsu noktalar %56,9, Hutchinson bul)gusu %12,5, psödo-Hutchinson %37,5, distal fibriller patern %6,9 ve spiral melanonişi %12,5(resim-1) oranında saptandı. Ortalama takip süresi 41,4±33,1 ay idi. İzlemde pigment renginde açılma %51,4, koyulaşma %15,3, önce koyulaşıp sonra açılma %8,3 oranında izlendi; bant genişliğinde artış %43,1, azalma %22,2, önce artış ardından azalma %8,3 oranındaydı. Globül artışı %8,3, ince tozumsu noktalarda artış %9,7, patern fluktuasyonu %4,2(resim 2) oranında gözlendi. Tüm olguların %23,6'sında tam regresyon, ek olarak 3 hastada parsiyel regresyon izlendi. Konjenital

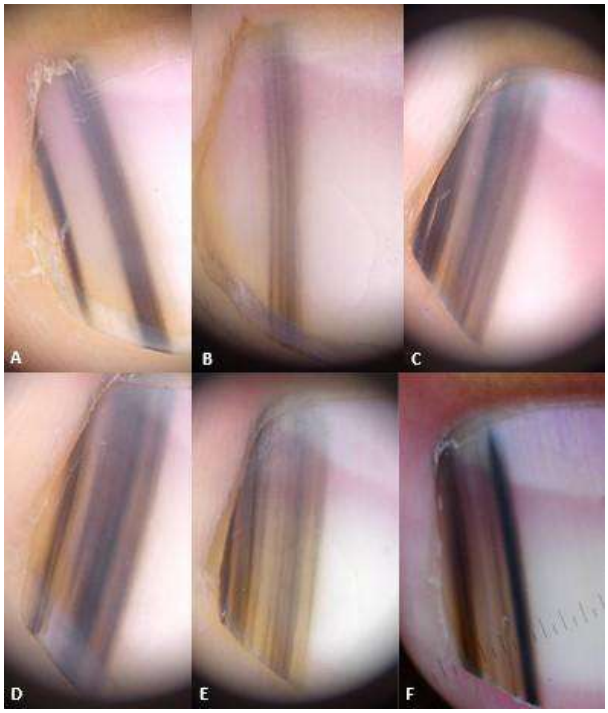
ve edinsel TMN arasında temel dermatoskopik paternler ve regresyon oranları açısından anlamlı fark yoktu. Lojistik regresyon analizinde yalnızca spiral melanonişi, regresyonla anlamlı ilişki gösterdi (p=0,001).

Resim-1



Şekil 1. Spiral melanonişinin temsil edici örnekleri. (A) Açık kahverengi (LB) ve koyu kahverengi (DB) düzensiz çizgilerden oluşan, pozitif psödo-Hutchinson bulgusu içeren spiral melanonişi. (B) Açık kahverengi (LB), koyu kahverengi (DB) ve siyah düzensiz çizgilerden oluşan spiral paternli melanonişi. (C) Açık kahverengi (LB) ve koyu kahverengi (DB) düzensiz çizgilerden oluşan triangüler spiral melanonişi. (D) Açık kahverengi (LB) ve koyu kahverengi (DB) düzensiz çizgilerden oluşan, pozitif psödo-Hutchinson bulgusu içeren spiral melanonişi.

Resim-2



Ek Şekil 2. Pediatrik tırnak matriks nevüsünde patern dalgalanmasını gösteren seri dermatoskopik görüntülerin temsil edici örneği. (A) Başlangıçta, kahverengi ile koyu kahverengi arasında değişen pigmentasyona sahip, geniş aralıklı iki düzensiz bant ve pozitif psödo-Hutchinson bulgusu. (B) 10. ayda, lateral bantta parsiyel regresyon ve yaygın pigment soluklaşması. (C) 36. ayda, lateral bantta yeniden ortaya çıkma, genişleme ve pigment koyulaşması. Patern dalgalanması kavramı bilinmeden değerlendirildiğinde, bu görünüm klinik olarak endişe verici izlenim oluşturabilir. (D) 42. ayda, lateral bantta soluklaşma ve medial bantta koyulaşma. (E) 48. ayda, genel pigment soluklaşması. (F) 72. ayda, medialde yeni yoğun pigmente bant gelişimi. Bu görünüm, pigment değişikliklerinin belirgin bir yön izlemeksizin devam ettiğini göstermektedir. İzlem süresince biyopsi uygulanmamış olup, gözlenen tüm değişiklikler benign dinamik tırnak matriks nevüsü davranışı ile uyumludur.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, pediatrik TMN'lerin doğal seyrinin statik değil, belirgin biyolojik değişkenlik gösteren dinamik bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgularımız, prepubertal dönemde ortaya çıkan pigmente bantların büyük çoğunluğunun benign TMN ile uyumlu olduğunu ve düzenli klinik–dermatoskopik izlem ile güvenle takip edilebileceğini desteklemektedir. Erişkinlerde melanom lehine kabul edilen düzensiz çizgilenme, multikromatik pigmentasyon, globüller, paralellik kaybı ve Hutchinson bulgusu gibi dermatoskopik özelliklerin çocukluk çağında nevüslerde de sık görülebilmesi, pediatrik hastalarda bu kriterlerin tek başına biyopsi endikasyonu olarak kullanılmaması gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızda spiral melanonişi ve patern fluktuasyonu gibi dinamik dermatoskopik özelliklerin tanımlanmış olması, TMN'nin biyolojik davranışını anlamaya yönelik yeni ve özgün bir bakış açısı sunmaktadır. Regresyonun da bu dinamik sürecin bir parçası olabileceği, melanosit kaybından ziyade fonksiyonel pigment üretimindeki değişkenliklerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Uzun dönem izlemde hiçbir hastada melanom gelişmemiş olması, izlem odaklı, bireyselleştirilmiş ve aileyle birlikte karar verilen yönetim stratejilerinin pediatrik hasta grubunda güvenli ve rasyonel bir yaklaşım olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Tırnak matriks nevüsü, Longitudinal melanonişi, Spiral melanonisi

Yayın No: SS-019
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Endoskopik Torakal Sempatektomi Öncesi ve Birinci Ay Sonrası Çok-Bölge Gravimetrik ve TEWL Ölçümleri ile Refleks Terleme Gelişiminin Öngörülebilirliği

Anıl Çağrı Tuna[1], Musab Yeniköy[2], İsmail Hakkı Ünal[1], Nedim Uysal[1], Ayşenur Botsalı[1], Kuthan Kavaklı[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Primer fokal hiperhidroz, toplumun yaklaşık %5'ini etkileyebilen ve yaşam kalitesini belirgin şekilde bozabilen bir hastalıktır. Özellikle palmar ve aksiller hiperhidrozda endoskopik torakal sempatektomi (ETS), literatürde yüksek ve kalıcı yanıt oranları bildirilen etkili tedavi seçeneklerinden biridir. Bununla birlikte ameliyat sonrası en çok çekinilen komplikasyonlardan biri refleks terlemedir. Refleks terleme oranları literatürde geniş aralıkta bildirilmektedir; bunun nedenlerinden biri, bu durumun farklı çalışmalarda hasta beyanı, objektif ölçüm veya klinik şiddete göre farklı tanımlanması olabilir. Bu çalışmada ETS öncesi ve postoperatif birinci ayda yapılan çok-bölge gravimetrik ölçümlerle, gövde terlemesinin objektif olarak ne sıklıkta arttığını, bu artışın hangi bölgelerde belirginleştiğini ve preoperatif terleme yükü ile ilişkili olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık. TEWL ölçümleri yardımcı parametre olarak incelendi.

Yöntem: Tek merkezli prospektif gözlemsel çalışmaya, primer fokal hiperhidroz nedeniyle ETS uygulanan ve cerrahi öncesi ile postoperatif birinci ay ölçümleri tamamlanan 30 hasta dahil edildi. Palmar, aksilla, sternum, umbilikus ve sırt bölgelerinde 5 dakikalık gravimetrik ölçüm yapıldı. Ölçümlerde Whatman No:1 filtre kağıtları kullanıldı. Her bölge için bazal ağırlık kaydedildikten sonra 5 dakikalık uygulama sonunda yeniden tartım yapılarak terleme miktarı hesaplandı. Ölçümler vücut yüzey alanına göre normalize edilerek mg/m²/dk olarak ifade edildi. Literatürde kabul gören yöntemlerden biri olan transepidermal su kaybı (TEWL) ölçümü de aynı bölgelerde cerrahi öncesi ve postoperatif birinci ayda gerçekleştirildi. Palmar ve aksilla toplamı "hedef bölge yükü", sternum, umbilikus ve sırt toplamı ise "trunk/gövde yükü" olarak tanımlandı. Refleks terleme; objektif trunk artışı, subjektif gövde terlemesi beyanı ve postoperatif klinik şiddet açısından ayrı ayrı değerlendirildi. Şiddetli refleks terleme postoperatif HDSS 3–4 olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 19 kadın ve 11 erkek hasta dahil edildi. Preoperatif dönemde 4 hasta HDSS 3, 26 hasta HDSS 4 idi. Postoperatif birinci ayda 16 hasta HDSS 1, 11 hasta HDSS 2, 1 hasta HDSS 3 ve 2 hasta HDSS 4 olarak değerlendirildi. Palmar terleme tüm hastalarda, aksiller terleme ise 28/30 hastada azaldı. Buna karşılık objektif trunk yükü 23/30 hastada arttı. Bu artış en belirgin olarak umbilikus ve sırt bölgelerinde izlendi; sternumda anlamlı değişiklik saptanmadı. Hedef bölge yükü medyan %79,7 azalırken, trunk yükü medyan %90,0 arttı. Toplam

objektif terleme yükü ise medyan %64,3 azaldı. Bu bulgu, ETS sonrası terlemenin çoğu hastada toplam olarak azaldığını, ancak kalan terleme yükünün gövde lehine yeniden dağıldığını gösterdi. Subjektif gövde terlemesi 17/30 hastada bildirildi; şiddetli refleks terleme ise 3/30 hastada saptandı. Preoperatif ölçümler subjektif gövde terlemesini güvenilir şekilde öngörmedi. Ancak şiddetli refleks terleme gelişen hastalarda preoperatif palmar yük daha yüksekti. Bazı yüksek başlangıç palmar yükü olan hastalarda, belirgin azalmaya rağmen postoperatif rezidüel palmar yükün klinik olarak dikkat çekici düzeyde kaldığı izlendi. TEWL ölçümleri gravimetrik ölçümler kadar tutarlı bir refleks terleme sinyali göstermedi.

Bölgesel Mosteller Değişimleri ve Terleme Yükü Redistribüsyonu

Bölge	Preop Mosteller median	Postop Mosteller median	Δ median	% değişim median	Artış n	Azalma n	Wilcoxon p	Yorum
palmar	14.12 [8.36–36.24]	3.18 [2.38–4.57]	-11.17 [-28.73–-5.05]	-71.2 [-83.4–-62.9]	0	30	<0.001	Hedef bölge: belirgin azalma
aksilla	6.38 [4.57–18.52]	1.71 [0.76–2.61]	-5.49 [-17.62–-2.61]	-83.7 [-92.7–-68.7]	2	28	<0.001	Hedef bölge: belirgin azalma
sternum	0.62 [0.32–1.35]	0.68 [0.31–1.46]	0.03 [-0.43–0.41]	11.4 [-41.4–66.2]	16	14	0.837	Refleks/gövde yükünde artış
umblicus	0.86 [0.30–3.91]	1.69 [0.54–6.90]	0.68 [0.01–4.61]	107.1 [4.3–399.0]	23	7	0.009	Refleks/gövde yükünde artış
sırt	0.72 [0.25–2.60]	1.71 [0.57–3.46]	0.59 [-0.11–1.87]	117.2 [-3.7–391.4]	21	9	0.005	Refleks/gövde yükünde artış
trunk	2.24 [1.06–7.74]	4.69 [1.86–12.72]	1.60 [0.28–6.49]	90.0 [6.0–240.1]	23	7	0.009	Refleks/gövde yükünde artış
Hedef	27.29	4.99 [3.47–	-20.52 [-	-79.7 [-	0	30	<0.001	Hedef bölge:

yük	[16.69–53.77]	7.55]	40.42–-13.44]	86.8–-69.2]				belirgin azalma
Total yük	30.45 [18.55–60.37]	10.71 [5.22–19.38]	-14.60 [-46.70–-6.03]	-64.3 [-76.7–-34.7]	1	29	<0.001	Toplam yük azalıyor; dağılım gövde lehine kayıyor

Değerler Mosteller normalize medyan değişim olarak verilmiştir. Hedef yük palmar+aksilla; trunk yükü sternum+umbilikus+sırt toplamı olarak tanımlandı.

Hasta Özellikleri ve Temel Bulgular

Hasta sayısı	30
Cinsiyet	19 kadın, 11 erkek
Preoperatif HDSS	HDSS 3: 4, HDSS 4: 26
Postoperatif HDSS	HDSS 1: 16, HDSS 2: 11, HDSS 3: 1, HDSS 4: 2
Palmar terleme	30/30 hastada azaldı
Aksiller terleme	28/30 hastada azaldı
Objektif trunk/gövde artışı	23/30 hastada izlendi
Subjektif gövde terlemesi	17/30 hastada bildirildi
Şiddetli refleks terleme	HDSS 3–4: 3/30 hasta

ETS öncesi ve postoperatif birinci ayda klinik şiddet, hedef bölge yanıtı ve gövde terleme artışı.

Tartışma ve Sonuç: ETS sonrası gövde terleme artışı tüm hastalarda gelişmemekle birlikte, hastaların çoğunda objektif olarak saptanmış ve özellikle umbilikus-sırt hattında belirginleşmiştir. Bulgularımız, refleks terlemenin tek başına "var/yok" şeklinde değil; objektif yük, klinik şiddet ve hasta tolerabilitesiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca postoperatif devam eden terleme yakınması, bazı hastalarda cerrahi başarısızlıktan ziyade yüksek başlangıç yükünün tam normalleşmemesiyle ilişkili olabilir. Bu nedenle ETS sonrası değerlendirmede hedef bölge azalması, rezidüel palmar yük ve gövdeye redistribüsyon birlikte ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Refleks Terleme, Endoskopik torakal sempatektomi, Hiperhidroz

Yayın No: SS-020

Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

KRONIK SPONTAN ÜRTIKERDE OMALIZUMAB TEDAVI DIRENCI VE YÜKSEK DOZ İHTIYACıNıN METABOLIK BELIRTEÇI OLARAK HIPERINSÜLINEMI: 254 HASTALIK GERÇEK YAŞAM ANALIZI

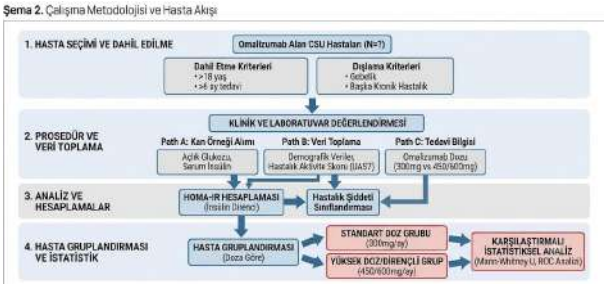
Yekbun Yaşa[1], İBRAHİM HALİL YAVUZ[1], ZAFER TÜRKOĞLU[1]

[1]ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ DERMATOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş ve Amaç: Kronik spontan ürtiker (CSU), sistemik inflamatuar süreçler ve metabolik komorbiditeler ile yakın ilişki gösteren kompleks bir fenotiptir. Günümüz klinik pratiğinde, omalizumab (anti-IgE) tedavisine direnç gösterecek veya yüksek doz gereksinimi duyacak hasta gruplarının tedavi öncesinde öngörülmesi kritik bir ihtiyaçtır. Bu çalışmanın amacı, gerçek yaşam verileri ışığında CSU hastalarında metabolik parametrelerin (VKİ, açlık insülini, HbA1c, trigliserid) hastalık aktivitesi ile ilişkisini saptamak; omalizumab tedavi direnci ve doz basamaklamasındaki bağımsız öngördürücü değerini ortaya koymaktır.Bu metabolik parametrelerin hastalık aktivitesi ve omalizumab tedavi yanıtı ile ilişkisi değerlendirilmiş; özellikle hiperinsülineminin tedavi direnci ve yüksek doz gereksinimi üzerindeki öngördürücü rolü araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya kliniğimizde CSU tanısıyla takip edilen ve omalizumab tedavisi uygulanan 254 hasta retrospektif olarak dahil edildi. Hastaların bazal Vücut Kitle İndeksi (VKİ), açlık serum insülini, HbA1c ve trigliserid düzeyleri kaydedildi. Hastalık aktivitesi standardizasyonu uluslararası geçerliliği olan Haftalık Ürtiker Aktivite Skoru (UAS7: 0-42 puan) ile sağlandı.Omalizumab tedavi yanıtı; uygulanan doz (300 mg/ay vs. ≥450 mg/ay) ve tedavi sürecinde ek antihistaminik gereksinimi temel alınarak sınıflandırıldı. İstatistiksel analizlerde Pearson korelasyonu, bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü ANOVA, çok değişkenli lojistik ve lineer regresyon modelleri kullanıldı. İnsülin düzeyinin tedavi direncini öngörmedeki tanısal performansı ve optimal klinik kesim noktası (cut-off) ROC analizi ile değerlendirildi.

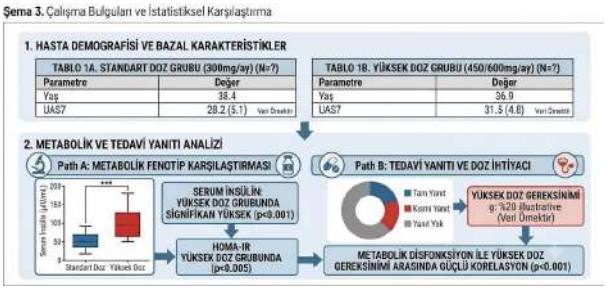
Çalışma Metodolojisi Ve Hasta Akışı



Bulgular: Açlık insülin düzeyi ile hastalık aktivitesi (UAS7) arasında düşük düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı (r=0.199, p=0.001). HbA1c ve trigliserid düzeyleri ile hastalık aktivitesi arasında anlamlı ilişki izlenmedi (p > 0.05).Yüksek doz

omalizumab gereksinimi olan hastalarda VKİ ve açlık insülin düzeyleri, standart doz alan hastalara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p < 0.001$). Ek antihistaminik ihtiyacı devam eden hastalarda da insülin düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p < 0.01$).Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, açlık insülin düzeyi omalizumab tedavi direnci ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (OR=1.08, p=0.041). ROC analizinde insülin düzeyinin tedavi direncini öngörmedeki ayırt ediciliği sınırlı düzeydeydi (AUC=0.61). Optimal kesim noktası 10.8 µIU/mL olarak hesaplandı.

Çalışma Bulguları Ve İstatiksel Karşılaştırma



Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, kronik spontan ürtikerde hiperinsülineminin hem hastalık aktivitesi hem de omalizumab tedavi yanıtı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Açlık insülin düzeyi, tedavi direnci ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuş olmakla birlikte, sınırlı ayırt edicilik düzeyi nedeniyle tek başına klinik karar verdirici bir belirteç olarak değerlendirilmemelidir.Bununla birlikte, elde edilen bulgular CSU'da metabolik fenotiplemenin önemini desteklemekte ve hiperinsülineminin tedavi yanıtını etkileyebilecek tamamlayıcı bir biyobelirteç olarak klinik değerlendirmeye dahil edilmesinin faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik spontan ürtiker, İnsülin direnci, Metabolik fenotip ve biyolojik tedavi direnci

Yayın No: SS-021
Bildiri Grubu: Genel / Yapay Zeka

Skatrisyel Alopesilerin Yapay Zekâ Destekli Trikoskopik Tanısı: Swin Tiny, ConvNeXt Tiny ve ResNet50 Karşılaştırması

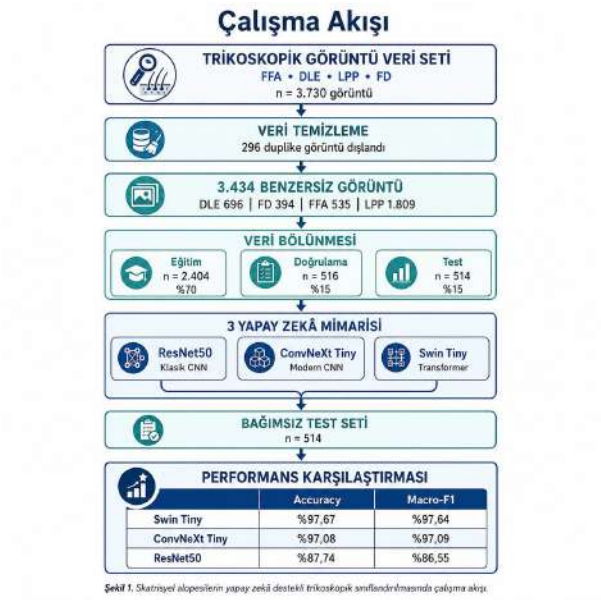
Ahmet Sait Şahin[1], Abdurrahim Yılmaz[2], Taha Hakan Akbulut[1], Ozan Erdem[1], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]Division of Systems Medicine, Department of Metabolism, Digestion and Reproduction, Imperial College London, London, UK

Giriş ve Amaç: Primer sikatrisyel alopesiler, kıl folliküllerinin kalıcı kaybıyla seyreden ve erken tanı konulmadığında geri dönüşümsüz saç kaybına yol açabilen hastalıklardır. Frontal fibrozan alopesi (FFA), diskoid lupus eritematozus (DLE), liken planopilaris (LPP) ve folikülitis dekalvansın (FD) klinik ve trikoskopik bulguları birbiriyle örtüşebildiğinden ayırıcı tanı güçleşebilir. Trikoskopi ayırıcı tanıda önemli bir yardımcı yöntemdir ancak yorumlanması deneyim gerektirir. Yapay zekâ, trikoskopik tanısal örüntülerin otomatik değerlendirilmesini sağlayabilir. Bu çalışmada, FFA, DLE, LPP ve FD'nin trikoskopik görüntülerden dört ayrı tanı olarak sınıflandırılması ve tıbbi görüntü analizinde kullanılan üç farklı derin öğrenme yaklaşımının klasik konvolüsyonel sinir ağı ResNet50, modern konvolüsyonel mimari ConvNeXt Tiny ve Transformer tabanlı Swin Tiny tanısal performanslarının karşılaştırılarak bu görev için en uygun mimarinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya FFA, DLE, LPP ve FD tanılı olgulara ait trikoskopik görüntüler dahil edildi. Başlangıçtaki 3.730 görüntü benzer veya tekrarlayan görüntüler açısından kontrol edildi ve 296 kopya dışlanarak 3.434 benzersiz görüntüden oluşan veri seti elde edildi (DLE: 696, FD: 394, FFA: 535, LPP: 1.809). Görüntüler eğitim (%70; n=2.404), doğrulama (%15; n=516) ve bağımsız test (%15; n=514) kümelerine ayrıldı; aynı duplikasyon grubundaki görüntülerin farklı kümelerde yer almaması sağlandı. Daha önce geniş görüntü veri kümeleri üzerinde ön-eğitilmiş ResNet50, ConvNeXt Tiny ve Swin Tiny modelleri aynı veri bölünmesi ve eğitim koşulları kullanılarak eğitildi. Modellerin performansı genel doğruluk ve sınıflar arasındaki dengeli başarıyı gösteren makro-F1 skoru ile değerlendirildi. Doğruluk oranları için %95 güven aralıkları hesaplandı ve modellerin aynı test görüntülerindeki başarıları eşleştirilmiş McNemar testi ile karşılaştırıldı.

Skatrisyel Alopesilerin Yapay Zeka Destekli Trikoskopik Sınıflandırılmasında Çalışma Akışı



Şekil 1. *Skatrisyel alopesilerin yapay zekâ destekli trikoskopik sınıflandırılmasında çalışma akışı.*

Bulgular: Swin Tiny, test setinde 502/514 görüntüyü doğru sınıflandırdı; doğruluk %97,67 (%95 GA: %95,96–98,66), makro-F1 %97,64 idi. Sınıf bazlı F1 skorları DLE için %96,12, FD için %98,31, FFA için %98,16 ve LPP için %97,97 bulundu. ConvNeXt Tiny doğruluğu %97,08 (%95 GA: %95,24–98,22), makro-F1 skoru %97,09 (499/514 doğru); ResNet50 doğruluğu %87,74 (%95 GA: %84,62–90,30), makro-F1 skoru %86,55 (451/514 doğru) idi. Swin Tiny ile ConvNeXt Tiny arasında anlamlı fark saptanmazken (p=0,581), her iki model ResNet50'den anlamlı olarak üstündü (her ikisi için $p < 0,001$). Swin Tiny'da 12 hata gözlendi; en sık karışıklık DLE→LPP (n=5) ve LPP→FFA (n=3) yönündeydi.

Tablo 1. Üç modelin test setindeki genel tanısal performansı

Model	**Doğruluk (%)**	**%95 GA**	**Makro-F1 (%)**	**Doğru / Toplam**
Swin Tiny	97,67	95,96–98,66	97,64	502 / 514
ConvNeXt Tiny	97,08	95,24–98,22	97,09	499 / 514
ResNet50	87,74	84,62–90,30	86,55	451 / 514

Tartışma ve Sonuç: Hataların DLE-LPP ve LPP-FFA ekseninde kümelenmesi; foliküler açıklık kaybı, beyaz skar alanları ve perifoliküler inflamatuvar bulgular gibi bilinen trikoskopik örtüşmelerle uyumludur. Mimari farklılıklar performans ayrışmasına katkıda bulunmuş olabilir. ResNet50 ağırlıklı olarak klasik konvolüsyonel ve yerel özellik çıkarımına dayanırken, ConvNeXt Tiny modernize edilmiş konvolüsyonel tasarımıyla daha geniş uzamsal bağlamı işler; Swin Tiny ise hiyerarşik kaydırılmış-pencere yapısıyla lokal ve daha geniş ölçekli özellikleri

birlikte modelleyebilir. Bu durum, hem perifoliküler ayrıntıların hem de skar ve inflamasyonun dağılım örüntüsünün önemli olduğu sikatrisyel alopesi ayrımında modern mimarilerin daha yüksek performansını açıklayabilir. Bununla birlikte, aynı eğitim protokolünün tüm mimariler için ayrı ayrı optimize edilmemiş olması ve hasta bazlı dış doğrulamanın bulunmaması nedeniyle üstünlük yalnızca mimari özelliklere bağlanmamalıdır.SonuçSwin Tiny ve ConvNeXt Tiny, dört sikatrisyel alopesinin trikoskopik ayrımında yüksek ve dengeli performans göstermiş ve ResNet50'den belirgin olarak üstün bulunmuştur. Bulgular, yapay zekânın dermatoloğun klinik değerlendirmesini tamamlayabilecek trikoskopi tabanlı karar desteği potansiyelini desteklemektedir; hasta bazlı ve dış kohortlarda prospektif doğrulama gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Trikoskopi, Sikatrisyel alopesi, Derin öğrenme

Yayın No: SS-022
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Hairdeks Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi

Sıla Serin[1], İlknur Kıvanç Altunay[1], Birgül Özkesici Kurt[1], Handan Ankaralı[2]

[1]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Saç, insan kimliğinin önemli bir bileşeni olup benlik algısı, beden imajı ve sosyal etkileşim üzerinde önemli rol oynamaktadır. Saç kaybı ile seyreden hastalıkların bireyin psikolojik ve sosyal iyilik halini olumsuz yönde etkileyebilmesi, hastalığa özgü hasta bildirimli yaşam kalitesi ölçüm araçlarına duyulan gereksinimi ortaya koymaktadır. Bu çalışmada, saç ve saçlı deri hastalıklarına özgü yaşam kalitesi ölçeği olan Hairdeks'in Türkçeye çevrilmesi, kültürel uyarlamasının yapılması ve Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca Hairdeks puanlarının sosyodemografik ve klinik değişkenler ile Skindeks-16 ve Dermatolojide Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ) skorlarıyla ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya alopesi areata (AA) veya androgenetik alopesi (AGA) tanılı toplam 250 hasta dahil edilmiştir. Hairdeks'in Türkçe versiyonu, ölçeğin geliştiricisinden izin alındıktan sonra ileri-geri çeviri yöntemiyle oluşturulmuş ve kültürel uyarlaması yapılmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilmiş ve hastalara Hairdeks, Skindeks-16 ve DYKİ uygulanmıştır. Hastalık şiddeti, AA hastalarında SALT skoru; AGA hastalarında ise erkeklerde Hamilton–Norwood, kadınlarda Ludwig sınıflaması ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı, madde analizi madde–toplam korelasyonları, yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi, yakınsak geçerliliği Spearman korelasyon analizi ve test–tekrar test güvenilirliği her iki hastalık grubundan klinik olarak stabil 112 hastadan oluşan alt grupta 7–14 gün arayla uygulanan ölçeğin sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca Hairdeks ölçek puanları sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılmış ve diğer yaşam kalitesi ölçekleriyle ilişkisi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 250 hastanın 151'i AA, 99'u AGA tanılıydı. Hastaların ortanca yaşı 29 yıl olup %36,4'ü kadın, %63,6'sı erkekti. Hairdeks'in Türkçe versiyonunun iç tutarlılığı yüksekti (Cronbach alfa=0,941); alt boyutlara ait Cronbach alfa katsayıları 0,700–0,917 arasında bulundu. Maddelerin büyük çoğunluğunda kabul edilebilir düzeyde madde-toplam korelasyonu saptandı. Düşük madde-toplam korelasyonu gösteren bazı maddeler bulunmasına karşın, herhangi bir maddenin çıkarılması ölçeğin iç tutarlılığında anlamlı bir artış sağlamadığından, ölçekten madde çıkarılmadı. Doğrulayıcı faktör analizi, özgün ölçekte tanımlanan beş alt boyutlu yapının Türkçe versiyonunda da korunduğunu ve modelin kabul edilebilir uyum indekslerine sahip olduğunu ortaya koydu (χ^2/df=1,97; CFI=0,933; TLI=0,930; RMSEA=0,062; SRMR=0,099). Yakınsak geçerlilik analizinde Hairdeks toplam puanı ile Skindeks-16 toplam

puanı arasında güçlü, DYKİ toplam puanı ile orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla r=0,730 ve r=0,683; p < 0,001). Test–tekrar test analizinde ölçeğin toplam puanı için ICC 0,880; alt boyutlar için ise 0,744–0,888 arasında bulundu ve ölçeğin test–tekrar test güvenilirliğinin orta-iyi düzeyde olduğu gösterildi. Hairdeks alt boyutları arasında en yüksek puanlar özgüven ve duygu alt boyutlarında, en düşük puan ise fonksiyon alt boyutunda saptandı. AGA hastalarında Hairdeks semptom ve damgalanma alt boyut puanları, AA hastalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0,001 ve p=0,003). Kadınlarda Hairdeks toplam puanı ile semptom, fonksiyon, duygu ve özgüven alt boyut puanları erkeklere göre daha yüksek saptandı; bu farklılık özellikle AGA grubunda daha belirgin izlendi (p < 0,05). Her iki hastalık grubunda da hastalık şiddeti arttıkça Hairdeks'in özellikle fonksiyon ve özgüven alt boyut puanları ile toplam puanında anlamlı artış saptandı (p < 0,05).

Tartışma ve Sonuç: Hairdeks'in Türkçe versiyonu, saç ve saçlı deri hastalıklarında yaşam kalitesini çok boyutlu olarak değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Hairdeks'in klinik değişkenlere göre farklılıkları yansıtabilmesi, saç hastalıklarında hasta bildirimli yaşam kalitesi değerlendirmesinde kullanılabilecek değerli bir araç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hairdeks, saç hastalıkları, yaşam kalitesi

Yayın No: SS-023
Bildiri Grubu: Genel / Dermatocerrahi

Hidradenitis Süpürativa Aksiller Bölge Tutulumu Nedeniyle Deri Eksizyonu Uygulanan Hastalarda Farklı Teknikler ve Farklı Yara Bakımı Rejimlerinin Sağaltım, Nüks ve Hasta Konforuna Etkisinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Umut Hayri ÜNAL[1], Ayşenur BOTSALI[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

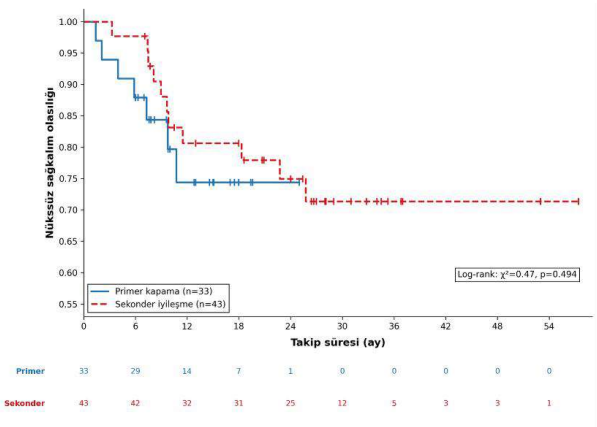
Giriş ve Amaç: Hidradenitis süpürativa (HS), kıvrım bölgelerinde tekrarlayan apseler, nodüller ve deri tünelleri ile seyreden kronik inflamatuar bir deri hastalığıdır. Hurley evre II–III aksiller tutulumda eksizyonel cerrahi temel tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, eksizyon sonrası oluşan defektin yönetiminde farklı kapama yöntemleri uygulanmakta ve bu yöntemlerin sonuçları arasındaki farklılıklar araştırılmaya devam etmektedir.Bu çalışmada, HS nedeniyle aksiller bölgeye tam eksizyon uygulanan hastalarda primer kapama, kısmi primer kapama ve sekonder iyileşme yöntemlerinin yara iyileşme süreci, hastalık nüksü ve hasta konforu üzerindeki etkilerinin retrospektif olarak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışmasına, 01.01.2021 – 01.06.2025 tarihleri arasında kliniğimizde aksiller HS nedeniyle tam eksizyon uygulanan ve en az 6 ay takip edilen 62 hasta (91 prosedür) dahil edilmiştir. Hastalar, eksizyon sonrası onarım yöntemine göre üç gruba ayrılmıştır. Demografik veriler, defekt alanı, tam kapanma süresi, hastanede yatış süresi, normal günlük aktiviteye dönüş süresi, VAS ağrı skorları, DYKİ, komplikasyonlar ve nüks verileri hasta dosyaları ve elektronik sağlık kayıtlarından elde edilmiştir. Aksillaya özgü cerrahi sonuçlar prosedür düzeyinde (n=91), hastanede yatış süresi ve normal aktiviteye dönüş süresi yatış düzeyinde (n=69), DYKİ ise hasta düzeyinde (n=62) analiz edilmiştir. Nükse kadar geçen süre Kaplan–Meier nükssüz sağkalım analizi ve log-rank testi ile, nüks ile ilişkili bağımsız risk faktörleri ise çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 36,8±10,4 yıl olup %77,4'ü erkekti. Prosedürlerin %54,9'u Hurley evre II, %45,1'i Hurley evre III idi (Tablo1). Prosedürlerin %36,3'ü primer kapama, %47,3'ü sekonder iyileşme ve %16,5'i kısmi primer kapama grubunda yer aldı. Toplam nüks oranı %20,9 olup kapama grupları arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,333) (Tablo 2). Kaplan–Meier analizinde primer kapama ve sekonder iyileşme arasında nükssüz sağkalım açısından fark gözlenmedi (log-rank p=0,494) (Şekil 1). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde kadın cinsiyet nüks için bağımsız risk faktörü olarak saptandı (aOR=3,66, %95 GA: 1,18–11,40, p=0,025). Tam yara kapanma süresi primer kapama grubunda (medyan 21 gün), sekonder iyileşme (58 gün) ve kısmi primer kapama (50 gün) gruplarına kıyasla anlamlı olarak daha kısaydı (p < 0,001). Başlangıç defekt alanı için düzeltme yapıldığında, kısmi primer kapama sekonder iyileşmeye kıyasla yaklaşık %36 daha kısa kapanma süresi ile ilişkili bulundu

(β=−0,446, p=0,001). Hastanede yatış süresi ve normal günlük aktiviteye dönüş süresi primer kapama grubunda diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha kısaydı (p < 0,001). Komplikasyon oranları gruplar arasında benzerdi (p=0,300). VAS ameliyat günü ve birinci haftada gruplar arasında benzer olup (p=0,076 ve p=0,074), anlamlı gerilemiştir (medyan 5,0 ve 2,0; p < 0,001). Ortalama DYKİ skoru preoperatif 15,4±3,9'dan postoperatif 6. ayda 8,3±6,7'ye düşerek anlamlı iyileşme gösterdi (p < 0,001). Aynı yatışta bilateral aksiller cerrahi uygulanan hastalarda DYKİ iyileşmesi, tek taraflı cerrahi geçirenlere kıyasla daha belirgindi (ΔDYKİ: −10,3 ve −5,2; p=0,001).

Şekil 1. Primer kapama ve sekonder iyileşme gruplarında Kaplan-Meier nükssüz sağkalım eğrileri.



Dikey çizgi işaretleri nüks gelişmeden takipten çıkan olguları göstermektedir. Her iki grupta da medyan nükssüz sağkalım süresine ulaşılmamıştır. Primer kapama grubunda nüksler ilk 12 ay içinde gözlenmiştir (1,4–10,8 ay), sekonder iyileşme grubunda ise nüksler daha geniş bir zaman aralığına dağılmıştır (3,3–25,8 ay). Gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (log-rank χ^2=0,47, p=0,494).

Tablo 2. Kapama tiplerine göre nüks oranları

Zaman dilimi	**Tüm kohort**	**Primer kapama**	**Sekonder iyileşme**	**Kısmi primer kapama**	**p†**
n	91	33	43	15	
6. ay, n (%)	5 (5,5)	4 (12,1)	1 (2,3)	0 (0)	0,147
1. yıl, n (%)	15/70 (21,4)	7/21 (33,3)	8/40 (20,0)	0/9 (0)	0,097
Toplam, n (%)	19 (20,9)	7 (21,2)	11 (25,6)	1 (6,7)	0,333

† Tüm zaman dilimlerinde beklenen hücre değerleri <5 olduğundan Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. 1. yıl analizi, ≥12 ay takibi olan veya bu süre içinde nüks gelişen prosedürleri kapsamaktadır.

Tablo 1. Kapama gruplarına göre prosedür özellikleri (n=91 prosedür)

Değişken	**Tüm kohort (n=91)**	**Primer Kapama (n=33)**	**Sekonder İyileşme (n=43)**	**Kısmi Primer Kapama (n=15)**	**p**
Cinsiyet, n (%)					0,398
Kadın	21 (23,1)	5 (15,2)	12 (27,9)	4 (26,7)	
Erkek	70 (76,9)	28 (84,8)	31 (72,1)	11 (73,3)	
Hurley evresi, n (%)					0,049*
Evre II	50 (54,9)	21 (63,6)	25 (58,1)	4 (26,7)	
Evre III	41 (45,1)	12 (36,4)	18 (41,9)	11 (73,3)	
Takip süresi (ay), medyan [ÇAA]	18,0 [11,0–26,9]	13,0 [8,2–17,5]	27,0 [21,9–32,8]	14,6 [8,4–18,6]	<0,001*
Başlangıç defekt alanı (cm^2), medyan [ÇAA]	60,0 [40,5–78,1]	54,1 [41,9–65,0]	61,6 [35,0–75,4]	100,0 [74,5–129,3]	0,002*

ÇAA: çeyrekler arası aralık. Kategorik değişkenler ki-kare testi, sürekli değişkenler Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Anlamlı bulunan değişkenler için Bonferroni düzeltmeli post-hoc ikili karşılaştırmalar metinde sunulmuştur. *p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Aksiller HS'de kapama yöntemleri arasında nüks ve komplikasyon oranları açısından anlamlı fark saptanmazken, primer kapama daha kısa iyileşme süreci ve daha erken günlük yaşama dönüş ile ilişkili bulunmuştur. Kısmi primer kapama ise sekonder iyileşmeye kıyasla daha kısa kapanma süresi sağlaması nedeniyle geniş defektlerde alternatif bir seçenek olabilir.Buna ek olarak, kadın cinsiyet nüks için bağımsız bir risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Bu bulgular, kapama yöntemi tercihinin hasta ve defekt özelliklerine göre bireyselleştirilmesinin uygun olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: hidradenitis süpürativa, aksilla, yara kapama teknikleri

Yayın No: SS-024
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Çocukluk Çağı Alopesi Areatasında Difensipron ve Cignolin Tedavilerinin Etkinlik ve Güvenilirliklerinin Karşılaştırılması

Harbiye Dilek Canat[1], Mert Hikmet Güngör[1]

[1]S.B.Ü. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Alopecia areata, çocukluk çağında sık görülen, immün aracılı ve skar bırakmayan kronik inflamatuvar bir saç kaybı hastalığıdır. Yaygın veya standart tedavilere dirençli olgularda difensipron (DPCP) ve cignolin gibi topikal tedaviler kullanılmaktadır. Ancak pediatrik hastalarda bu iki tedaviyi doğrudan karşılaştıran çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada pediatrik multifokal alopesi areata hastalarında DPCP ve cignolin tedavilerinin etkinlik ve güvenilirliklerinin retrospektif olarak karşılaştırılması amaçlandı.

Tedavi etkinliği ve güvenilirlik sonuçlarının karşılaştırılması

Parametre	Difensipron (n=26)	Cignolin (n=23)	p
1. ay SALT skoru	26,9 ± 13,1	21,2 ± 14,6	0,074
3. ay SALT skoru	20,1 ± 10,8	16,1 ± 16,5	0,040
6. ay SALT skoru	9,0 ± 9,7	10,7 ± 17,9	0,208
Başlangıç–6. ay SALT değişimi (%)	75,0 ± 21,1	70,5 ± 41,4	0,223
SALT50 yanıtı, n (%)	23 (%88,5)	18 (%78,3)	0,716
SALT75 yanıtı, n (%)	13 (%50,0)	14 (%60,9)	0,393
SALT90 yanıtı, n (%)	8 (%30,8)	12 (%52,2)	0,086
Tam saç çıkışı, n (%)	5 (%19,2)	12 (%52,2)	0,020
Dermatit/ekzematöz reaksiyon, n (%)	11 (%42,3)	5 (%21,7)	0,143

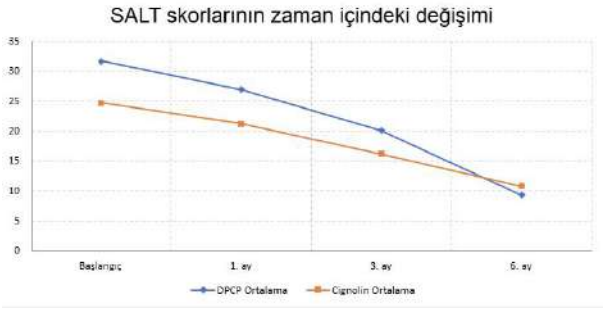
Büllöz reaksiyon, n (%)	16 (%61,5)	9 (%39,1)	0,156
Hiperpigmentasyon, n (%)	6 (%23,1)	3 (%13,0)	0,472

Difensipron ve cignolin gruplarında tedavi yanıtı, SALT skorlarındaki değişim ve güvenlilik sonuçlarının karşılaştırılması.

Yöntem: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniğinde takip edilen pediatrik multifokal alopesi areata tanılı hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalar difensipron (DPCP) (n=26) ve cignolin (n=23) tedavi gruplarına ayrıldı. Başlangıç, 1., 3. ve 6. ay SALT skorları, SALT50, SALT75 ve SALT90 yanıtları, tam saç çıkışı ile lokal advers olaylar değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılımı Shapiro–Wilk testi ile değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda verilerin dağılımına göre Student t testi veya Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenlerde ise Fisher kesin testi kullanıldı. Grup içi zaman içerisindeki değişim Friedman testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Toplam 49 pediatrik hasta çalışmaya dahil edildi (DPCP[n=26], cignolin[n=23]). Gruplar yaş (p=0,521), cinsiyet (p=0,776), hastalık süresi (p=0,444) ve başlangıç SALT skoru (p=0,079) açısından benzerdi. Her iki grupta da SALT skorları zaman içinde anlamlı olarak azaldı (her iki grup için Friedman, $p < 0,001$). Üçüncü ay SALT skoru cignolin grubunda daha düşüktü (medyan 11,0 vs 18,5; p=0,040); birinci ve altıncı ay SALT skorları ile başlangıçtan 6. aya SALT değişimi açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,074; p=0,208; p=0,223). SALT50, SALT75 ve SALT90 yanıt oranları iki grup arasında benzerdi (sırasıyla p=0,716; p=0,393; p=0,086). Tam saç çıkışı cignolin grubunda anlamlı olarak daha sık görüldü (%52,2'ye karşı %19,2; p=0,020). Dermatit/ekzematöz reaksiyon, büllöz reaksiyon ve hiperpigmentasyon sıklıkları açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (sırasıyla p=0,143; p=0,156; p=0,472).

SALT Skorlarının Zaman İçindeki Değişimi



Şekil 1. Difensipron ve cignolin tedavi gruplarında başlangıç, 1., 3. ve 6. ay ortalama SALT skorlarının zaman içindeki değişimi.

Hastaların demografik ve başlangıç klinik özellikleri

Parametre	Difensipron (n=26)	Cignolin (n=23)	p
Yaş(yıl)	9,8 ± 4,4	9,4 ± 4,2	0,521
Cinsiyet (K/E)	12/14	12/11	0,776
Hastalık süresi (ay)	6,6 ± 4,4	6,8 ± 3,8	0,444
Başlangıç SALT skoru	31,8 ± 16,1	24,7 ± 15,7	0,079

Difensipron ve cignolin gruplarının demografik ve başlangıç klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Tartışma ve Sonuç: Her iki tedavi de pediatrik multifokal alopesi areatada anlamlı klinik iyileşme sağlamıştır. Cignolin tedavisi üçüncü ayda daha düşük SALT skorları ve daha yüksek tam saç çıkışı oranı ile dikkat çekmiştir. Bununla birlikte genel tedavi yanıtı ve lokal advers olay sıklıkları açısından iki tedavi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu bulgular, cignolinin pediatrik multifokal alopesi areata tedavisinde DPCP'ye etkili ve güvenli bir alternatif olabileceğini düşündürmektedir. Bulguların daha geniş örneklemli prospektif çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Her iki tedavi de pediatrik multifokal alopesi areata için etkili tedavi seçenekleri olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: alopesi areata, difensipron, cignolin

Yayın No: SS-025
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoskopi

Spitzoid Lezyonlarda Dermoskopik Örüntünün Bağımsız Tanısal Değeri: 20 Yıllık Kohort Analizi

Çınar Yıldız[1], Nilay Duman[1], Ece Gökyayla[1], Aslıhan Özel[1], Banu Yaman[2], Taner Akalın[2], Işıl Karaarslan[1]

[1]Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Tıbbi Patoloji, İzmir Türkiye

Giriş ve Amaç: Spitzoid lezyonlar; Spitz/Reed nevüsleri (SN/RN), atipik spitzoid tümörler (AST'ler) ve spitzoid melanomu kapsayan geniş bir melanositik proliferasyon spektrumudur. SN, klasik olarak simetrik yapı-renk dağılımı ve patlayan yıldız örüntüsü olmak üzere karakteristik dermoskopik özellikler sergilerken AST'ler, erişkinlerde, nodüler lezyonlarda atipik dermoskopik görünümler sergileyebilmektedir. Bu tanısal zorluğu aşmak için Uluslararası Dermoskopi Derneği (UDD), spitzoid lezyonların değerlendirilmesinde "önerme örüntüsü" kavramını ortaya koymuştur. Bu kriterlerin SN tanısının belirlenmesine katkı sağladığı gösterilmiş olmakla beraber, SN ile AST'lerin ayırıcı tanısındaki performansı belirsizdir. Bu çalışma, spitzoid lezyonların klinik ve dermoskopik özelliklerinin SN–AST ayrımındaki değerini incelemiştir.

Yöntem: Bu retrospektif çalışma, 2005–2025 arasında histopatolojik olarak doğrulanmış SN/RN ve AST'leri içermektedir; spitzoid melanomlar dışlanmıştır. Klinik karşılaştırmalar tüm kohortta (n=89) yapılmış; dermoskopik analizler ise görüntüsü mevcut olan 55 lezyonda (46 SN/RN, 9 AST) gerçekleştirilmiş ve bu görüntüleri üç dermatolog bağımsız olarak değerlendirmiştir. Sürekli değişkenler dağılıma göre ortalama ± standart sapma veya medyan olarak sunulmuş ve parametrik/non-parametrik testlerle karşılaştırılmıştır; kategorik değişkenler ki-kare veya Fisher exact ile değerlendirilmiştir. SN/RN'yi öngören değişkenler, olay sayısının azlığı ve yarı-ayrışma nedeniyle Firth penalizasyonlu lojistik regresyon ile analiz edilmiş; olay/değişken oranı gözetilerek birincil model tek değişkenli kurulmuştur. Multikollinearite VIF ile değerlendirilmiş; önerme örüntüsünün tanısal performansı duyarlılık, seçicilik, PPD ve NPD (Wilson %95 GA) ile hesaplanmıştır. İki yönlü $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Toplam 89 lezyonun 56'sı SN/RN, 33'ü AST'den oluşmaktaydı. AST'li hastalar SN/RN grubuna göre belirgin olarak daha ileri yaştaydı (29,4 ± 14,2;15,4 ± 12,0 yıl; $p < 0,001$) ve lezyon boyutları daha büyüktü (7,12 ± 3,01; 4,79 ± 2,16 mm; $p < 0,001$). Cinsiyet, lezyon süresi, anatomik lokalizasyon ve pigmentasyon açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Simetri, SN/RN grubunda anlamlı olarak daha sık izlendi ($p=0,007$). Dermoskopik örüntü dağılımında SN/RN grubunda en sık patlayan yıldız (%50), AST grubunda ise çok bileşenli patern (%55,6) baskındı. Dermoskopik alt grupta (n=55) önerme örüntüsü SN/RN'de anlamlı olarak daha sıktı (Fisher $p=0,002$). Firth penalize tek değişkenli regresyonda önerme örüntüsü SN/RN'yi bağımsız öngören değişken olarak saptandı (OR=12,70; %95 GA

2,52–125,53; p=0,001). Yaş (p=0,26) ve lezyon boyutu (p=0,08) bağımsız anlamlılık göstermedi. Multikollinearite saptanmadı (VIF 1,03–1,78). Önerme örüntüsünün SN/RN için tanısal performansında, duyarlılık %69,6, seçicilik %88,9, PPD %97,0 ve NPD %36,4 olarak saptandı.

Tartışma ve Sonuç: 20 yıllık kohortumuzda AST grubunun daha ileri yaşta ve daha büyük lezyonlarla saptanması güncel literatürle uyumluydu; ancak bu klinik değişkenler dermoskopik örüntü ile modellendiğinde bağımsız anlamlılıklarını korumadı. Çalışmamızın en değerli bulgusu, UDD tarafından tanımlanmış "önerme örüntüsü" varlığının SN/RN lehine bağımsız öngörücülüğüdür. Tanısal performans incelendiğinde, önerme örüntüsü SN/RN için yüksek pozitif öngörü değeri taşımakta (PPV %97), ancak yokluğu AST'yi dışlamada yetersiz kalmaktadır (NPV %36); bu nedenle örüntü, klinik bağlamdan bağımsız tek başına karar verdirici bir kriter olarak değerlendirilmemelidir. Simetri/asimetri tek değişkenli analizde anlamlı bulunmuş, ancak çok değişkenli değerlendirmede bağımsız anlamını yitirmiştir; bu bulgu asimetrinin dermoskopik örüntülerle ilişkili bir ara belirteç olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, çok değişkenli analizde yalnızca önerme örüntüsü varlığı SN'yi bağımsız olarak öngörmüştür. Bu bulgu dermoskopinin tanısal sınıflandırmaya katkısını desteklemekte; ancak AST olasılığı nedeniyle klinik, dermoskopik ve histopatolojik korelasyonun birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Dermoskopik analizin 55 lezyonla (9 AST) sınırlı olması nedeniyle güven aralıkları geniştir ve sonuçlar keşifsel niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Spitz Nevüs, Atipik Spitzoid Tümör, Önerme Örüntüsü

Yayın No: SS-026
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Kutanöz Melanomda Sentinel Lenf Nodu Pozitifliği ile İlişkili Faktörler: Üçüncü Basamak Bir Merkezden 10 Yıllık Deneyim

Nilay Duman[1], Aslıhan Özel[1], Damla Değirmenci[1], Banu Yaman[3], Ahmet Biçer[2], Yiğit Özer Tiftikçioğlu[2], Işıl Karaarslan[1], Ayşe Caner[4], Taner Akalın[3], Şaziye Burçak Karaca[5]

[1]Ege Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ege Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[3]Ege Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı
[4]Ege Üniversitesi Temel Onkoloji Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
[5]Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sentinel lenf nodu (SLN) durumu, klinik olarak lokalize melanomda en güçlü prognostik göstergedir. SLN pozitifliği ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi, risk sınıflandırması açısından kritik önem taşımaktadır. Son yıllarda, tam kan sayımı (CBC) parametreleri özellikle nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR), monosit sayısı, eozinofil-lenfosit oranı (ELR), nötrofil-eozinofil oranı (NER) gibi parametreler birçok solid tümörde tümör yükü, inflamasyon ve prognozla ilişkilendirilmiştir. Ancak melanom özelinde, bu parametrelerin SLN metastazı ile ilişkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada Kutanöz melanom tanısı almış hastalarda SLN pozitifliği ile tam kan sayımı parametreleri (NLR, PLR, ELR, NER, nötrofil, eozinofil, lenfosit, monosit, trombosit, immatür granulosit sayısı vb.) arasındaki ilişkinin araştırılması ve SLN pozitifliğini öngörmede basit ve rutin laboratuvar parametrelerinin rolünün ortaya konması amaçlanmaktadır.

Yöntem: 2014–2025 yılları arasında primer kutanöz melanom tanısıyla SLN biyopsisi yapılan ve tanı anında uzak metastaz saptanmayan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Şüpheli SLN sonucu bulunan, kseroderma pigmentozum tanılı, hematolojik hastalığı olan veya sistemik tedavi gerektiren eş zamanlı malignitesi bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Demografik veriler, klinik özellikler, histopatolojik ve moleküler bulgular, SLN durumu, metastatik nod sayısı ve preoperatif laboratuvar parametreleri kaydedildi. Laboratuvar değişkenleri tam kan sayımı parametreleri, inflamatuvar indeksler (NLR, PLR, LLR, NER, LMR) ve C-reaktif protein düzeylerini içermekteydi. Histopatolojik değerlendirmede melanom alt tipi, Breslow kalınlığı, ülserasyon, mm² başına mitoz sayısı, lenfovasküler ve perinöral invazyon, lenfohistiyositik infiltrasyon yoğunluğu ve tümör regresyonu incelendi.

Bulgular: Dışlama kriterleri sonrası toplam 450 hasta çalışmaya dahil edildi (ortalama yaş 56,5 ± 15,3 yıl; %56 erkek). Hastaların 132'sinde (%29,3) SLN metastazı saptandı. SLN pozitifliği; tümör lokalizasyonu (p=0,001) ve histopatolojik alt tip (p=0,023) ile anlamlı ilişkili bulundu; gövde ve akral yerleşimli melanomlarda ve akral ile nodüler alt tiplerde daha yüksek SLN pozitiflik oranları izlendi. Yaş (p=0,70) ve cinsiyetin (p=0,205) SLN metastazı ile ilişkili olmadığı görüldü.Artmış Breslow kalınlığı ($p < 0,001$), ülserasyon varlığı ($p < 0,001$), yüksek

mitotik aktivite ($p < 0,001$), lenfovasküler invazyon ($p < 0,001$), lenfohistiyositik infiltrasyon derecesi ($p=0,004$), regresyon yokluğu ($p=0,031$) ve BRAF mutasyonu varlığı ($p=0,02$) SLN metastazı ile anlamlı ilişkili parametreler olarak saptandı. SLN metastazı bulunan hastalarda mitoz sayısı ve Breslow kalınlığı anlamlı derecede daha yüksekti (her ikisi için $p < 0,001$). Lenfohistiyositik infiltrasyon yoğunluğu ile SLN metastazı arasında ters yönlü ilişki izlendi; infiltrasyon yoğunluğu arttıkça SLN pozitifliği azalmaktaydı ($p=0,001$). Laboratuvar parametreleri arasında yalnızca trombosit sayısı anlamlı farklılık gösterdi; SLN metastazı olan hastalarda trombosit sayıları normal sınırlar içinde kalmakla birlikte daha düşük bulundu ($p=0,03$).

Tartışma ve Sonuç: Bulgularımız, melanomda erken lenf nodu metastazının sistemik inflamatuar süreçlerden ziyade tümör mikroçevresindeki (TME) lokal tümör-bağışıklık etkileşimleriyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu sonuçlar, inflamatuar belirteçlerin prognostik değerinin sınırlı olabileceğini desteklerken, risk sınıflandırması ve metastatik potansiyelin öngörülmesinde TME özelliklerinin daha belirleyici bir rol oynayabileceğine işaret etmektedir. Bu kapsamlı veri setinin ileri düzey istatistiksel, prognostik ve prediktif analizlerde kullanılması planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sentinel Lenf Nodu Pozitifliği, Melanom, Tümör Mikroçevresi

Yayın No: SS-027
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Semptomatik Dermografizmde Klinik Özellikler ve Biyobelirteçlerin Hastalık Aktivitesi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Berkay Denizhanoğulları[1], Zeynep Keskinkaya[1], Havva Yasemin Çinpolat[2]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Semptomatik dermografizm, mekanik uyaranlarla ortaya çıkan ve patogenezi tam olarak aydınlatılamamış bir kronik uyarılabilir ürtiker formudur. Hastalığın temelini oluşturan mast hücre aktivasyonunun, IgE aracılı ve IgE dışı yolaklarla tetiklenebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, semptomatik dermografizm tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri, hastalık aktivitesi ve hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi; patogenezde rol oynayabileceği düşünülen biyobelirteçlerin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması ve bu biyobelirteçler ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu prospektif, kesitsel, karşılaştırmalı çalışmaya, Kasım 2024–Aralık 2025 tarihleri arasında semptomatik dermografizm tanısı doğrulanan 40 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından

benzer 40 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Vaka grubunda hastalık aktivitesi Fric Test® 4.0 kullanılarak değerlendirildi ve ön kol fleksör yüz ile sırt bölgeleri için Total Fric Skor (TFS) ile derecelendirildi. Hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) ile değerlendirildi. Her iki gruptan alınan kan örneklerinde Mas-related G-protein coupled receptor-X2 (MRGPRX2), substans P, interlökin-5 (IL-5), total IgE, anti-tiroid peroksidaz (TPO) IgG, C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), eozinofil ve bazofil düzeyleri ölçüldü. Araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklendi (Proje ID: 5055, Proje kodu: TTU2025-5055).

Bulgular: Vaka ve kontrol grupları arasında yaş (ortanca: 26 vs 27,5 yıl) ve cinsiyet dağılımı (%67,5 vs %60 kadın) açısından anlamlı fark saptanmadı. Vaka grubunda atopi oranı (%37,5), kontrol grubuna (%12,5) göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,05$). Ortanca hastalık süresi 21 ay olup hastaların %50'sinde kronik spontan ürtiker eşlik ediyordu. Ön kol TFS'si 2,8±0,9, sırt TFS'si 3,4±0,8 olup iki bölge arasında anlamlı pozitif korelasyon bulundu ($r=0,635$; $p < 0,05$). Ortalama DYKİ skoru 6,8±6,0 olup DYKİ ile TFS değerleri arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Ortanca total IgE düzeyi vaka grubunda (137,5 IU/mL), kontrol grubuna (76,2 IU/mL) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). Anti-TPO IgG, CRP, ESH, eozinofil, bazofil, substans P ve IL-5 düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Ortanca serum MRGPRX2 düzeyi vaka grubunda (114,0 ng/mL), kontrol grubuna (153,8 ng/mL) göre anlamlı olarak daha düşük ölçüldü ($p < 0,05$). Çok değişkenli analizde yalnızca atopi varlığı ve düşük serum MRGPRX2 düzeyi semptomatik dermografizm ile bağımsız ilişkili bulundu. Tüm katılımcılar birlikte değerlendirildiğinde substans P ile MRGPRX2 arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı ($r=-0,576$; $p < 0,05$). Vaka grubunda substans P düzeyi ile her iki anatomik bölgeye ait TFS değerleri arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlendi ($p < 0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Semptomatik dermografizmde artmış atopi sıklığının ve buna eşlik eden yüksek total IgE düzeyinin saptanması, IgE ilişkili mekanizmaların hastalık patogenezine katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir. Substans P'nin hastalık aktivitesi ile pozitif korelasyon göstermesi, nöropeptid aracılı mekanizmaların semptomatik dermografizm patogenezindeki rolünü desteklemektedir. Buna karşın düşük serum MRGPRX2 düzeyinin semptomatik dermografizm ile bağımsız ilişkili bulunması ve MRGPRX2 ile bu reseptörün başlıca ligandlarından biri olan substans P arasında negatif korelasyon saptanması; kronik uyarıya bağlı reseptör düzeyinde down-regülasyon gelişmesi veya MRGPRX2 aracılı yanıtın ağırlıklı olarak deri düzeyinde gerçekleşmesi nedeniyle serum düzeylerinin lokal immün yanıtı tam olarak yansıtmaması ile açıklanabilir. Fric test ile değerlendirilen hastalık aktivitesi ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmaması ise klinik yükün yalnızca hastalık aktivitesi ile açıklanamayacağını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik uyarılabilir ürtiker, MRGPRX2, Semptomatik dermografizm

Yayın No: SS-028
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Süpürativa Hastalarında NRF2 ve Sestrin-2'nin Serum ve Doku Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Hanife Uçgun Demirtaş[1], Recep Dursun[1], Selami Aykut Temiz[1], Filiz Alkan Baylan[2], Naile Kökbudak[3], Mehmet Uyar[4]

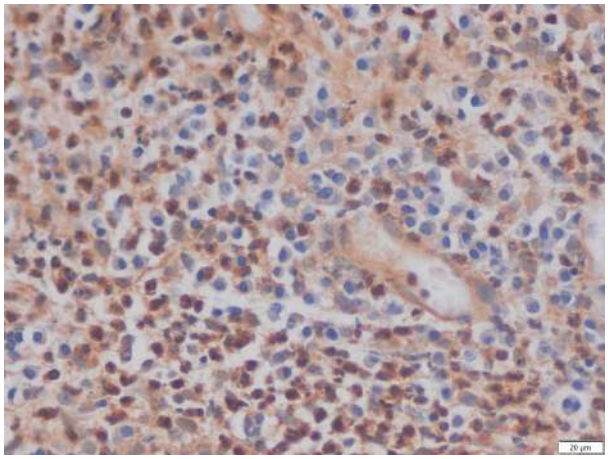
[1]Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilimdalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hastanesi, Konya
[2]Tıbbi Biyokimya Anabilimdalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hastanesi, Konya
[3]Tıbbi Patoloji Anabilimdalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hastanesi, Konya
[4]Halk Sağlığı Anabilimdalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hastanesi, Konya

Giriş ve Amaç: Hidradenitis Süpürativa (HS), apokrin bez yoğun bölgelerde ağrılı nodüller, apseler ve sinüs traktları ile seyreden kronik inflamatuar bir deri hastalığıdır. Foliküler oklüzyon ve bunu takip eden inflamazom aktivasyonu ile başlayan süreçte, antioksidan savunma sisteminin kilit düzenleyicilerinden olan nükleer faktör eritroid 2 ile ilişkili faktör 2 (NRF-2) ve Sestrin-2'nin rolü tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmanın amacı, HS hastalarında serum ve doku düzeyinde NRF-2 ve Sestrin-2 ekspresyonlarını değerlendirmek, bu parametrelerin sistemik oksidatif stres göstergeleri (Total Antioxidant Status-TAS, Total Oxidant Status-TOS, Oksidatif Stres İndeksi-OSİ) ve hastalık şiddeti ile ilişkisini incelemek ve böylece HS patogenezinin aydınlatılmasına katkı sağlayarak yeni tedavi stratejilerinin geliştirilmesine zemin oluşturmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 30 HS hastası ve 30 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 60 katılımcı dahil edildi. Demografik ve klinik özellikler kaydedilerek hastalık şiddeti Hurley evrelemesi ve Uluslararası Hidradenitis Süpürativa Şiddet Skorlama Sistemi (IHS4) ile değerlendirildi. Serumda TAS, TOS, OSİ, NRF-2 ve Sestrin-2 düzeyleri Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) yöntemiyle ölçüldü. Lezyonel ve sağlam deri dokularında NRF-2 ve Sestrin-2 ekspresyonu immünohistokimyasal (İHK) yöntemle epidermal ve dermal H-skor hesaplanarak değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda uygun istatistiksel testler, HS riskini öngören bağımsız değişkenlerin belirlenmesinde tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi, tanısal performansın değerlendirilmesinde ise Receiver Operating Characteristic (ROC) eğrisi kullanıldı.

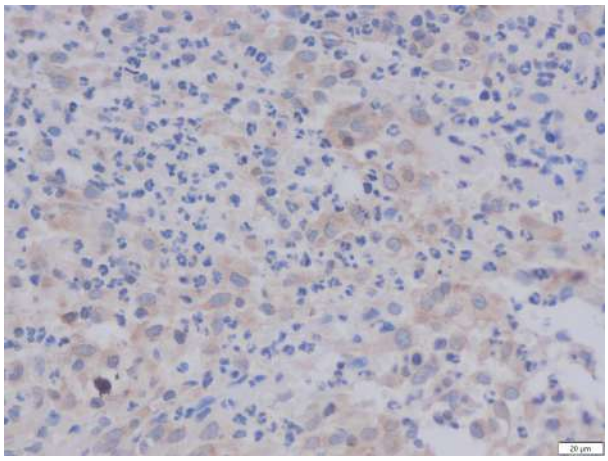
Bulgular: Vaka grubunda serum TOS ve OSİ değerleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek, TAS değeri ise anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,001$). Serum Sestrin-2 düzeyi hasta grubunda kontrole göre belirgin şekilde yüksekti ($p < 0,001$) ve çok değişkenli analizde HS için bağımsız bir risk faktörü olarak saptandı (OR: 6,07; %95 GA: 2,08-17,71; p=0,001). ROC analizinde Sestrin-2 için 3 ng/mL kesim değeri, HS tanısında %96,7 duyarlılık ve %83,3 özgüllük ile iyi bir ayırt edicilik gösterdi (Eğri Altı Alan [AUC]: 0,916). Lezyonel epidermiste NRF-2 ve Sestrin-2 ekspresyonunun sağlam dokuya kıyasla azaldığı, buna karşın dermal düzeyde arttığı saptandı.

NRF-2



Lezyonel dokuda dermal inflamatuar infiltrat içerisinde belirgin sitoplazmik NRF2 ekspresyonu izlenmektedir (İHK, x400).

Sestrin-2



Lezyonel dokuda dermal inflamatuar infiltrat hücrelerinin sitoplazmasında belirgin Sestrin2 immünoreaktivitesi izlenmektedir (İHK, x400).

Lezyonel ve sağlam dokuda NRF2 ve Sestrin2 immünohistokimyasal H-skorlarının karşılaştırılması

	Lezyon Doku		Sağlam Doku		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
NRF2 Epi H	234,7 ± 61,7	200,0	277,4 ± 39,9	300,0	***0,002*** W
NRF2 Derm H	151,5 ± 75,1	160,0	3,1 ± 14,6	0,0	***0,000*** W

Sestrin2 Epi H	119,2 ± 41,2	100,0	215,5 ± 79,3	200,0	***0,000*** [W]
Sestrin2 Derm H	91,0 ± 54,8	100,0	0,8 ± 2,6	0,0	***0,000*** [W]

[W] Wilcoxon test

Sağlam dokuda NRF2 Epi H değeri (277.4±39.9), lezyon dokusuna göre (234.7±61.7) anlamlı derecede yüksektir.(p=0.002) Sağlam dokuda NRF2 Derm H değeri (3.1±14.6), lezyon dokusuna göre (151.5±75.1) anlamlı derecede düşüktür. (p<0.001) Sağlam dokuda Sestrin2 Epi H değeri (215.5±79.3), lezyon dokusuna göre (119.2±41.2) anlamlı derecede yüksektir. (p<0.001) Sağlam dokuda Sestrin2 Derm H değeri (0.8±2.6), lezyon dokusuna göre (91.0±54.8) anlamlı derecede düşüktür. (p<0.001)

Hasta ve kontrol gruplarının serum Sestrin2, NRF2, TAS, TOS ve OSİ değerlerinin karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (n:30)		Vaka Grubu (n:30)		p
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Sestrin 2		2,2 ± 1,5	1,7	4,9 ± 1,1	4,9	***0,000*** [m]
Sestrin 2	≤3	25 83,3%		1 3,3%		***0,000*** [X²]
	>3	5 16,7%		29 96,7%		
NRF2		3,15 ± 1,87	3,11	2,55 ± 1,43	2,83	0,246 [m]
TAS		0,78 ± 0,22	0,77	0,59 ± 0,19	0,59	***0,001*** [t]
TOS		4,2 ± 3,9	1,9	70,6 ± 63,9	65,3	***0,000*** [m]
OSİ		0,6 ± 0,6	0,3	15,4 ± 20,6	12,8	***0,000*** [m]

[t] Bağımsız örneklem t test / [m] Mann-whitney u test

Sestrin 2 değeri vaka grubunda (4.9±1.1), kontrol grubuna göre (2.2±1.5) anlamlı derecede yüksektir. (p=0.000) NRF2 değeri kontrol grubunda (3.2±1.9), vaka grubuna göre (2.6±1.4) farklılık göstermemektedir. (p=0.246) TAS değeri vaka grubunda (0.6±0.2), kontrol grubuna göre (0.8±0.2) anlamlı derecede düşüktür. (p=0.001) TOS değeri vaka grubunda (70.6±63.9), kontrol grubuna göre (4.2±3.9) anlamlı derecede yüksektir. (p<0.001) OSI değeri vaka grubunda (15.4±20.6), kontrol grubuna göre (0.6±0.6) anlamlı derecede yüksektir. (p<0.001)

Tartışma ve Sonuç: HS hastalarında antioksidan kapasitenin azaldığı, oksidan yükün ise arttığı (TAS düşük, TOS ve OSİ yüksek) ve bu tabloya eşlik eden serum Sestrin-2 düzeyinin belirgin şekilde yükseldiği gösterilmiştir. Serum Sestrin-2 yüksekliğinin, artmış oksidatif strese karşı gelişen kompansatuar bir yanıtı yansıttığı düşünülmektedir; ancak bu sistemik yanıta karşın, lokal epidermal düzeyde antioksidan savunmanın (NRF-2/Sestrin-2 ekspresyonu) yetersiz kaldığı saptanmıştır. Bu bulgular, Sestrin-2-NRF-2 ekseninin HS patogenezinde önemli bir rol oynayabileceğini ve yeni bir farmakolojik hedef olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: "Sestrin-2, NRF-2, oksidatif stres"

Yayın No: SS-029
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Fransız Sahil Çamı Kabuğu Özütü (Piknogenol) ile Yüklü Lipozomal Jel Formülasyonunun İmikimod ile İndüklenen Fare Psöriazis Modelinde Tedavi Edici Etkisinin İncelenmesi

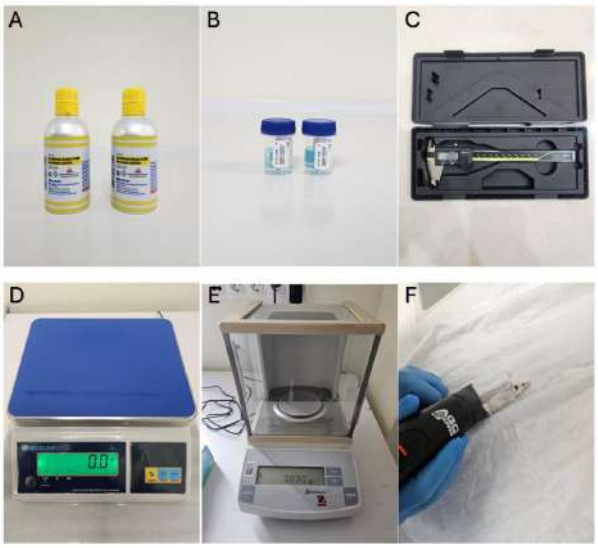
Anıl Temiz[1], İsmail Aslan[2], Elif Gökçe Devecioğlu Gürşen[3], Ayşe Nilhan Atsü[4], Zafer Türkoğlu[5]

[1]Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Eczacılık Fakültesi
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji
[4]İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Psöriazis; kronik, immün aracılı, inflamatuar bir deri hastalığı olup mevcut tedavilerde etkinlik, güvenlilik, uzun dönem kullanım, hasta uyumu ve maliyet açısından çeşitli kısıtlılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle psöriazis patogenezinde rol alan inflamatuar yolakları hedefleyebilecek, daha güvenli ve etkili yeni topikal tedavi yaklaşımlarına ihtiyaç vardır. Fransız sahil çamı kabuğu özütü olan piknogenol, güçlü antioksidan ve antiinflamatuar özellikleri bildirilen doğal bir bileşiktir. Lipozomal ilaç taşıyıcı sistemler ise topikal ajanların deri penetrasyonunu, stabilitesini ve biyoyararlanımını artırma potansiyeli taşımaktadır. Bu çalışmada, %5 piknogenol yüklü lipozomal jel formülasyonunun geliştirilmesi ve imikimod ile indüklenen fare psöriazis modelinde tedavi edici etkinliğinin klinik, histopatolojik ve immünohistokimyasal parametrelerle değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmada 35 dişi BALB/c fare rastgele beş eşit gruba ayrıldı: negatif kontrol, imikimod kontrol, imikimod + piknogenol yüklü lipozomal jel, imikimod + klobetazol propiyonat ve imikimod + aktif madde içermeyen lipozomal jel bazı. Piknogenolün %5 konsantrasyonda yüklendiği lipozomal jel formülasyonu laboratuvar koşullarında hazırlandı ve fizikokimyasal karakterizasyonu yapıldı. Negatif kontrol grubu dışında tüm gruplarda sırt ve kulak derisine 8 gün süreyle topikal %5 imikimod uygulanarak psöriazis benzeri inflamasyon oluşturuldu. Eş zamanlı olarak ilgili topikal tedaviler uygulandı. Klinik değerlendirmede eritem, skuam ve indurasyon parametrelerine dayalı PAŞİ skorlaması kullanıldı; deney süresince kulak kalınlıkları ölçüldü. Deney sonunda sırt derisi ve dalak dokuları histopatolojik olarak incelendi. Epidermal kalınlık, Baker skoru, dalak ağırlığı ve uzunluğu, beyaz pulpa oranı ile TNF-α ve IL-17 ekspresyon düzeyleri değerlendirildi.

Deneyde Kullanılan Bazı Malzemeler



Deneyde kullanılan bazı malzemeler. A) Sevofluran-baxter inhalasyon çözeltisi, B) %10 formalinli örnek kabı, C) Dijital hassas kumpas (Mitutoyo), D) Terazi (Necklife), E) Hassas Terazi (Ohaus), F) Farelerin tıraş makinesi ile tüylerinin alınması.

Deney grupları ve uygulama özellikleri

Gruplar	**Uygulanacak madde**	**Hayvan sayısı(n)**	**Uygulama yapılan alanlar**	**Doz uygulama günleri**	**Doz adedi**
GRUP 1 (NC)	Petrolatum jel	7	Sırt Derisi, Sağ Kulak İç Bölge Derisi	0.,1.,2.,3.,4.,5.,6. ve 7.günler	Günde 1 kez
GRUP 2 (IMQ)	%5 İmikimod krem	7	Sırt Derisi, Sağ Kulak İç Bölge Derisi	0.,1.,2.,3.,4.,5.,6. ve 7.günler	Günde 1 kez
GRUP 3 (IMQ+PYC)	%5 İmikimod krem ve %5 piknogenol yüklü lipozomal jel	7	Sırt Derisi, Sağ Kulak İç Bölge Derisi	0.,1.,2.,3.,4.,5.,6. ve 7.günler	Günde 1 kez
GRUP 4	%5 İmikimod krem	7	Sırt Derisi, Sağ Kulak İç Bölge	0.,1.,2.,3.,4.,5.,6.	Günde 1 kez

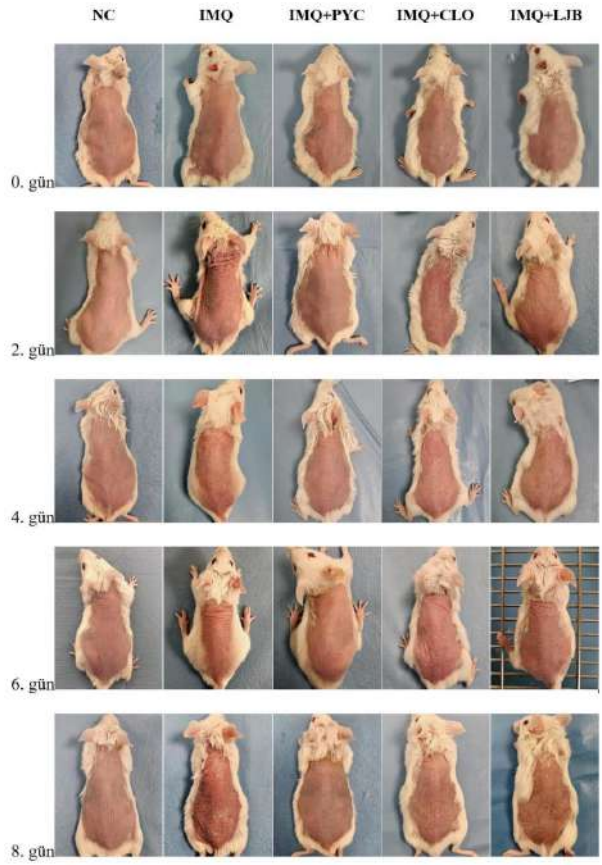
(IMQ+CLO)	ve %0,05 klobetazol propiyonat merhem		Derisi	ve 7.günler	
GRUP 5 (IMQ+LJB)	%5 İmikimod krem ve Lipozomal jel bazı	7	Sırt Derisi, Sağ Kulak İç Bölge Derisi	0.,1.,2.,3.,4.,5.,6. ve 7.günler	Günde 1 kez

Formülasyonların Fiziksel Karakterizasyonunun Tespitinde Kullanılan Yöntemler ve Cihazlar

Analizler	**Yöntem**	**Kullanılan Ortam-Cihaz**
Viskozite Tayini	Viskozimetrik Yöntem	Brookfield DV3T HA
pH	Potansiyometrik Yöntem	Mettler Toledo Seven Excellence
Parçacık Boyutu	Dinamik Işık Saçılımı Tekniği (DLS)	Malvern Zetasizer Nano
Zeta Potansiyel	Elektroforetik Işık Saçılımı Tekniği	Malvern Zetasizer Nano

Bulgular: Hazırlanan %5 piknogenol yüklü lipozomal jel formülasyonu topikal uygulamaya uygun partikül boyutu, zeta potansiyel, pH ve viskozite değerleri gösterdi; homojen dağılım ve fiziksel stabilite izlendi. İmikimod kontrol grubunda belirgin psöriazis benzeri eritem, skuam, indurasyon, epidermal hiperplazi ve inflamatuar değişiklikler gelişti. Piknogenol yüklü lipozomal jel uygulanan grupta PAŞİ skoru, kulak kalınlığı, epidermal kalınlık ve Baker skorlarında anlamlı azalma saptandı. TNF-α ve IL-17 ekspresyon düzeylerinde belirgin düşüş izlenmesi, klinik ve histopatolojik iyileşmenin immünolojik düzeyde de desteklendiğini gösterdi. Ayrıca bu grupta dalak ağırlığı ve uzunluğu anlamlı olarak azalırken, beyaz pulpa oranı negatif kontrol grubuna yakın değerlere ulaştı. Bazı parametrelerde piknogenol yüklü lipozomal jel, klobetazol propiyonat ile benzer; bazı parametrelerde ise daha üstün iyileşme eğilimi gösterdi. Aktif madde içermeyen lipozomal jel bazı da sınırlı ancak anlamlı düzeyde iyileştirici etki gösterdi.

Farelerin sırt derilerinin deney süresince günlere bağlı değişiminin makroskobik görüntüleri.



Farelerin sırt derilerinin deney süresince günlere bağlı değişiminin makroskobik görüntüleri. (NC: Negatif Kontrol, IMQ: İmikimod, IMQ+PYC: İmikimod+Piknogenol yüklü lipozomal jel, IMQ+CLO: İmikimod+Klobetazol propiyonat IMQ+LJB: İmikimod+Lipozomal jel bazı)

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, piknogenolün lipozomal topikal formülasyon halinde imikimod ile indüklenen fare psöriazis modelinde değerlendirildiği özgün bir deneysel araştırmadır. Bulgular, %5 piknogenol yüklü lipozomal jelin psöriazis benzeri inflamasyonu yalnızca lokal deri bulguları üzerinden değil, sistemik immün yanıt göstergeleri üzerinden de baskılayabildiğini ortaya koymaktadır. PAŞİ skoru, kulak kalınlığı, Baker skoru, epidermal kalınlık, TNF-α ve IL-17 ekspresyonundaki azalma; formülasyonun antiinflamatuar ve immünmodülatör etkisini desteklemektedir. Lipozomal taşıyıcı bazın sınırlı etkisi olmakla birlikte, temel terapötik etkinliğin piknogenol içeriğiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak, %5 piknogenol yüklü lipozomal jel psöriazis tedavisinde umut vadeden yeni bir topikal ajan adayı olabilir. Bununla birlikte klinik kullanıma geçiş için farklı doz, süre ve insan çalışmalarını içeren ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Lipozom, Piknogenol, Psöriazis

Yayın No: SS-030
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoskopi

Spitzoid Melanositik Lezyonların Demografik, Klinik, Histopatolojik ve İmmünohistokimyasal Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Çalışma

Buğra Burç Dağtaş[1], Zeynep Hazal Baltacı[1], Emine Ecem Hakkoymaz[1], Cem Leblebici[2], Ayse Esra Koku Aksu[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul Türkiye

Giriş ve Amaç: Spitzoid melanositik lezyonlar [Spitz nevüs, atipik Spitz tümörü, belirsiz malignite potansiyeline sahip spitzoid tümörler (STUMP), spitzoid melanom] klinik, dermoskopik ve histopatolojik benzerlikleri nedeniyle tanı ve yönetimde zorluklara yol açmaktadır. Bu çalışmada spitzoid lezyonların demografik, klinik, dermoskopik, histopatolojik ve immünohistokimyasal özellikleri ile bu parametrelerin tanı gruplarıyla ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 006–2025 yılları arasında merkezimizde histopatolojik olarak spitzoid lezyon tanısı konulan 101 olgu dahil edilerek hastaların demografik, klinik, dermoskopik ve histopatolojik verileri hastane veri sisteminden ve fotoğraf arvişinden retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: Olguların %72,3'ü Spitz nevüs, %22,8'i atipik Spitz tümörü, %3'ü STUMP ve %2'si spitzoid melanom olarak sınıflandırıldı. Ortalama lezyon süresi 27,7±41,9 ay; lezyon boyutu 6,3±4,0 mm ve ortalama takip süresi 8,0±5,2 yıl, ortalama yaş 21,8±13,9 yıl olup, olguların %47,5'i 18 yaş altındaydı. Spitzoid melanom olgularının yaş ortalaması anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). Pigmente Spitz nevüslerin ortalama tanı yaşı, klasik tipe göre anlamlı düzeyde daha büyüktü ($p < 0,05$). Atipik Spitz lezyonlarının ortalama boyutu Spitz nevüslere göre anlamlı olarak daha büyük bulundu (7,65±3,8 mm vs. 5,9±4,1 mm; $p=0,007$). Spitzoid melanositik lezyonların en sık alt ekstremite (%35,6), ardından üst ekstremite (%24,8) ve gövdede (%22,8) yerleşim gösterdiği belirlenmiştir. Atipik spitz tümörlerinin alt ekstremitede görülme sıklığı (%60,9) ; spitz nevüslere (%30,1) kıyasla anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p=0,013$). (Tablo 1) Dermoskopik olarak (n=57), en sık patlayan yıldız paterni (%24,6) ve klasik vasküler patern (%33,3) gözlenmiştir. Klasik vasküler patern Spitz nevüslerde (%33,3); atipik patern ise atipik Spitz'lerde (%40,0) daha sık izlenmiştir. Spitz nevüslerde en sık gözlenen yapılar; %51,3 negatif pigment ağı, %35,9 yapısız alan, %35,9 mavi-beyaz tül ve %35,9 atipik pigment ağı olarak saptanmıştır. Atipik Spitz nevüslerde ise en sık %46,7 yapısız alan, %40 atipik pigment ağı, %26,7 negatif pigment ağı ve %33,3 mavi-beyaz tül olarak saptanmıştır. Regresyon bulgusu, atipik Spitz lezyonlarında Spitz nevüslere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek oranda görülmüştür ($p < 0,05$). Vasküler dermoskopik komponent tüm gruplarda düşük sıklıkta gözlenmiş olup, Spitz nevüslerin %64,1'inde, atipik Spitz nevüslerin %40'ında vasküler komponent saptanmamıştır ($p > 0,05$). En sık vasküler paternler ise Spitz nevüslerde virgül

(%15,4), noktasal (%12,8) ve glomerüler (%12,8) tipteyken; atipik Spitz nevüslerde virgül (%40), glomerüler (%26,7) ve noktasal (%26,7) paternlerdi (Tablo 2). Spitz nevüs alt tiplerinden Reed tipte patlayan yıldız paterni, klasik tipte ise klasik vasküler patern anlamlı derecede daha fazlaydı ($p < 0,05$).İmmünohistokimyasal olarak; p16 ekspirasyon kaybı atipik spitz nevüste %38,1 ile spitz nevüsten (%8,8) anlamlı olarak daha fazlaydı. Ki-67 proliferasyon indeksi STUMP ve spitzoid melanom gruplarında daha yüksek saptandı ($p < 0,05$). Breslow derinliği; atipik Spitz'te 2,45 mm, STUMP'ta 1,1 mm, spitzoid melanomda 0,9 mm olarak izlendi. Atipik spitz nevüs olgularının %50'si hafif, %30'u orta, %20'si ağır atipiydi; spitzoid melanom olgularının tümü ağır atipi gösterdi.

Spitzoid Melanositik Lezyonlarda Tanı Gruplarına Göre Demografik, Klinik Özelliklerin Dağılımı

	Spitz Nevüs (n=73)	**Atipik Spitz Tümör (n=23)**	**STUMP (n=3)**	**Spitzoid Melanom (n=2)**	**TOPLAM (n=101)**
Cinsiyet; n(%)					
Kadın	46 (63)	11 (47.8)	1 (33.3)	2 (100)	60 (59.4)
Erkek	27 (37)	12 (52.2)	2 (66.7)	0 (0)	41 (40.6)
Yaş; (ort±SD; min- maks)	19.8±12.1 (3-60)	23.87±15.56 (6-64)	30.67±16.8 (16-49)	56.0±9.9 (49-63)	21.77 ± 13.93 (3-64)
Yaş; n (%)					
<18 yaş	36 (49.3)	11 (47.8)	1 (33.3)	0 (0)	48 (47.5)
≥18 yaş	37 (50.7)	12 (52.2)	2 (66.7)	2 (100)	53 (52.5)
Takip Süresi (Yıl); (ort±SD; min- maks)	8.7±5.5 (0.2-19)	6.1±4.06 (0.25-14)	7.67±3.21 (4-10)	5.5±6.36 (1-10)	8.0 ±5.24 (0.25-19)
Lezyon Süresi (Ay); (ort±SD; min- maks)	31.0±47.7 (0.5-300)	20.65±19.01 (1-72)	14.33±12.66 (3-28)	9.0±4.24 (6-12)	27.68±41.89 (0.5-300)
Lezyon Boyutu	5.9±4.1 (2-	7.65±3.84 (4-	5.67±1.53	6.0±1.41 (5-	6.3 ± 3.96

(mm); (ort±SD; min- maks)	30)	20)	(4-7)	7)	(2-30)
Lokalizasyon; n(%)					
Alt ekstremite	22 (30.1)	14 (60.9)	0 (0)	0 (0)	36 (35.6)
Gövde	16 (21.9)	4 (17.4)	2 (66.7)	1 (50)	23 (22.8)
Palmar	0 (0)	1 (4.3)	1 (33.3)	0 (0)	2 (2)
Saçlı deri	3 (4.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (3)
Yüz	11 (15.1)	1 (4.3)	0 (0)	0 (0)	12 (11.9)
Üst ekstremite	21 (28.8)	3 (13)	0 (0)	1 (50)	25 (24.8)

Spitzoid Melanositik Lezyonlarda Global Dermoskopik Patern, Dermoskopik Yapı ve Vasküler Özelliklerin Dağılımı

	Spitz Nevüs (n=39)	**Atipik Spitz Tümör (n=15)**	**STUMP (n=2)**	**Spitzoid Melanom (n=1)**	**Toplam (n=57)**
Global Dermoskopik Patern; n(%)					
Vasküler Patern	13 (33.3)	6 (40)	0 (0)	0 (0)	19 (33.3)
Globüler Patern	5 (12.8)	1 (6.7)	1 (50)	0 (0)	19 (33.3)
Patlayan Yıldız Paterni	12 (30.8)	1 (6.7)	1 (50)	0 (0)	19 (33.3)
Retiküler Patern	3 (7.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	19 (33.3)

Atipik Patern	6 (15.4)	6 (40)	0 (0)	1 (100)	13 (22.8)
Homojen Patern	0 (0)	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)	13 (22.8)
Dermoskopik Yapı; n (%)					
Atipik Pigment Ağı	14 (35.9)	6 (40)	1 (50)	1 (100)	22 (38.6)
Negatif Pigment Ağı	20 (51.3)	4 (26.7)	1 (50)	1 (100)	26 (45.6)
Işınsal Yapılar	11 (28.2)	3 (20)	1 (50)	0	15 (26.3)
Mavi-beyaz tül	14 (35.9)	5 (33.3)	1 (50)	0	20 (35.1)
Regresyon yapıları	1 (2.6)	5 (33.3)	0	0	6 (10.5)
Yapısız Alanlar	14 (35.9)	7 (46.7)	0	1 (100)	22 (38.6)
Keskin Sınırlı Kenar	7 (17.9)	5 (33.3)	1 (50)	0	13 (22.8)
Düzenli dots	5 (12.8)	0	0	0	5 (8.8)
Düzensiz dots	6 (15.4)	1 (6.7)	0	1 (100)	8 (14)
Düzenli Globüller	6 (15.4)	2 (13.3)	2 (100)	0	10 (17.5)
Düzensiz Globüller	6 (15.4)	3 (20)	0	1 (100)	10 (17.5)

Düzenli Leke Alanları	5 (12.8)	1 (6.7)	0	0	6 (10.5)
Düzensiz Leke Alanları	4 (10.3)	6 (40)	1 (50)	1 (100)	12 (21.1)
Düzenli Şeritler	11 (28.2)	4 (26.7)	1 (50)	0	16 (28.1)
Düzensiz Şeritler	3 (7.7)	2 (13.3)	0	0	5 (8.8)
Hiperkeratoz	1 (2.6)	0	0	0	1 (1.8)
Vasküler Yapı; n(%)					
Vasküler komponent yok	25 (64.1)	6 (40)	2 (100)	1 (100)	34 (59.6)
Noktasal	5 (12.8)	4 (26.7)	0	0	9 (15.8)
Polimorfik	6 (15.4)	2 (13.3)	0	0	8 (14)
Glomerüler	5 (12.8)	4 (26.7)	0	0	9 (15.8)
Virgül	6 (15.4)	6 (40)	0	0	12 (21.1)
Hairpin	4 (10.3)	2 (13.3)	0	0	6 (10.5)
Tirbuşon	3 (7.7)	0	0	0	3 (5.3)
Lineer	6 (15.4)	0	0	0	6 (10.5)
Regular	2 (5.1)	1 (6.7)	0	0	3 (5.3)
Dallanan	3 (7.7)	1 (6.7)	0	0	4 (7)

Tartışma ve Sonuç: Bulgularımız; atipik Spitz lezyonlarında daha ileri yaş, daha büyük lezyon boyutu, alt ekstremite yerleşimi ve p16 ekspresyon kaybı gibi özelliklerin anlamlı şekilde daha sık olduğunu göstermiştir. Dermoskopik regresyon bulgusu da bu grupta daha yüksek orandadır.

Ancak, diğer dermoskopik ve vasküler bulgular tanı alt gruplarını ayırt etmede sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle dermoskopik bulgular klinik, histopatolojik ve immünohistokimyasal verilerle birlikte değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Atipik spitz tümör, Spitz nevüs, STUMP ve spitzoid melanom

Yayın No: SS-031
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

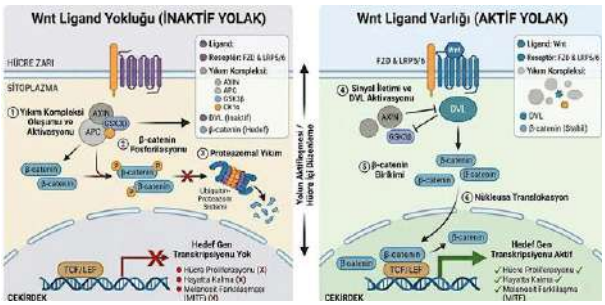
Malign Melanom Hastalarında AXIN2 Gen Polimorfizmlerinin (rs2240308, rs1133683 ve rs7224837) İncelenmesi

Mehmet Şerif DANIŞMAN[1], Yıldız GÜRSEL ÜRÜN[1], Metin BUDAK[1]

[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Malign melanom (MM), melanositlerin malign transformasyonu sonucu gelişen, yüksek metastaz potansiyeline ve mortaliteye sahip agresif bir deri kanseridir. Malign melanom gelişiminde genetik yatkınlık ve moleküler sinyal yolaklarındaki düzensizlikler önemli rol oynamaktadır. Wingless/Integrated (Wnt)/β-katenin sinyal yolağı, melanom tümör biyolojisinde kritik öneme sahip olup hücre proliferasyonu, invazyon ve tümör progresyonunda rol almaktadır. Bu yolağın negatif düzenleyicilerinden biri olan Axis Inhibition Protein 2 (AXIN2), β-katenin yıkım kompleksinde görev yapan bir iskele proteinidir. AXIN2 genindeki tek nükleotid polimorfizmlerinin (single nucleotide polymorphism, SNP) çeşitli maligniteler ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Bu çalışmada, MM hastalarında AXIN2 geninin rs2240308, rs1133683 ve rs7224837 polimorfizmlerinin ve serum AXIN2 protein düzeylerinin hastalık duyarlılığı, klinik özellikler ve prognoz ile ilişkilerinin araştırılması amaçlandı.

Şekil 1. Kanonik Wnt/β-katenin sinyal iletim yolağının aktivasyon basamakları



Wnt: Wingless/Integrated, AXIN: Wnt/β-katenin yıkım kompleksinde görev alan iskele protein, LRP5/6: Low density lipoprotein receptor-related protein 5/6, DVL: Dishevelled, GSK-3β: Glycogen synthase kinase-3 beta, APC: Adenomatous polyposis coli, LEF/TCF: T-cell factor / lymphoid enhancer factor. Not: Şekil, yazar tarafından Google Gemini kullanılarak oluşturulmuştur.

Yöntem: Bu olgu-kontrol çalışmasına Mayıs 2025–Ocak 2026 tarihleri arasında klinik ve histopatolojik olarak doğrulanmış 72 MM hastası ile yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 79 sağlıklı gönüllü dâhil edildi. Katılımcıların demografik, fenotipik ve klinikopatolojik özellikleri kaydedildi. Venöz kan örneklerinden genomik deoksiribonükleik asit izolasyonu gerçekleştirildi. AXIN2 geninin rs2240308, rs1133683 ve rs7224837 polimorfizmleri polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ve restriksiyon fragman uzunluk polimorfizmi (RFLP) yöntemleri ile analiz edildi. Serum AXIN2 protein düzeyleri enzime bağlı immünosorbent testi yöntemiyle ölçüldü. İstatistiksel analizlerde SPSS 26.0 yazılımı kullanıldı.

Bulgular: Serum AXIN2 düzeyi MM hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulundu (medyan sırasıyla 4,06 ng/mL ve 3,67 ng/mL; p=0,009). AXIN2 rs2240308 polimorfizmi değerlendirildiğinde, MM grubunda CC, CT ve TT genotip oranları sırasıyla %41,7, %43,1 ve %15,3; kontrol grubunda ise %57,0, %39,2 ve %3,8 olarak saptandı ve genotip dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu (p=0,027). rs1133683 ve rs7224837 polimorfizmleri açısından ise hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark izlenmedi (sırasıyla p=0,967 ve p=0,899). İn-transit, satellit veya mikrosatellit metastazı bulunan hastalarda serum AXIN2 düzeyi, metastazı olmayan hastalara kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (medyan 6,89 ng/mL ve 3,98 ng/mL; p=0,024). İncelenen polimorfizmler ile Breslow kalınlığı, Clark seviyesi, ülserasyon, bölgesel lenf nodu tutulumu ve genel sağkalım arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Alıcı çalışma karakteristiği analizinde serum AXIN2 düzeyinin MM hastalarını ayırt etmede anlamlı olduğu gösterildi (eğri altındaki alan=0,624; p=0,009).

Tablo 1. Melanom ve kontrol grubunda AXIN2 serum düzeyleri ve gen polimorfizmlerinin karşılaştırılması

Değişken (SNP)	**Melanom Hastaları (n=72) Medyan (Q1–Q3)**	**Sağlıklı Kontrol Grubu (n=79) Medyan (Q1–Q3)**	**p**
AXIN2 (ng/mL)	4,06 (3,35–5,55)	3,67 (2,53–4,91)	**0,009*** **
Kategoriler	**n (%)**	**n (%)**	
AXIN2 rs2240308			

CC	30 (41,7)	45 (57,0)	**0,027****
CT	31 (43,1)	31 (39,2)	
TT	11 (15,3)	3 (3,8)	
AXIN2 rs1133683			
CC	25 (34,7)	27 (34,2)	0,967*
CT	38 (52,8)	41 (51,9)	
TT	9 (12,5)	11 (13,9)	
AXIN2 rs7224837			
CC	34 (47,2)	37 (46,8)	0,899**
CT	33 (45,8)	38 (48,1)	
TT	5 (6,9)	4 (5,1)	

Med: Medyan; Q1–Q3: Çeyrekler arası aralık; n: Olgu sayısı. CC: Sitozin/Sitozin, CT: Sitozin/Timin, TT: Timin/Timin. AA: Adenin/Adenin, AG: Adenin/Guanin, GG: Guanin/Guanin. Sürekli değişkenler uygun şekilde medyan (çeyrekler arası aralık: Q1–Q3), kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. *=Pearson Ki kare testi, **=Fisher'in kesin testi, ***=Mann-Whitney U testi (Med./Q1-Q3). $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 2. Melanom hastalarında AXIN2 serum düzeylerinin klinikopatolojik değişkenlere göre karşılaştırılması

Kategori	**AXIN2 (ng/mL), Med (Q1–Q3)**	**p**
Breslow kalınlığı		
≤ 1.5 mm	4,57 (3,28–5,52)	0,959*
> 1.5 mm	3,98 (3,42–6,28)	

Ülserasyon		
Yok	3,98 (3,28–5,52)	0,699*
Var	4,06 (3,42–6,28)	
Lenf nodu tutulumu		
Yok	4,10 (3,01–5,55)	0,304*
Var	4,06 (3,68–6,28)	
İn-transit / satellit / mikrosatellit		
Yok	3,98 (3,18–5,28)	**0,024***
Var	6,89 (4,57–34,96)	
LDH düzeyi		
Normal	4,52 (3,50–5,57)	0,364*
Yüksek	3,93 (2,97–5,22)	
Klinik evre (AJCC)		
Evre 0–I–II	3,82 (3,00–5,27)	0,072*
Evre III–IV	4,14 (3,68–12,60)	
BRAF		
Var	4,02 (3,58–5,28)	0,987*
Yok	4,28 (2,97–5,99)	
Hastalık seyrinde progresyon		
Var	4,23 (3,73–7,98)	0,115*
Yok	3,92 (3,10–5,40)	

İmmünsupresyon		
Hayır	4,57 (3,18–5,99)	0,705*
Evet	3,98 (3,58–5,15)	

Med: Medyan; Q1–Q3: Çeyrekler arası aralık; Sürekli değişkenler uygun şekilde medyan (çeyrekler arası aralık: Q1–Q3), kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. *=Mann Whitney U testi (Med./Q1-Q3). $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. LDH: Laktat dehidrogenaz, AJCC: American Joint Committee on Cancer. Normal referans aralığı: 135–214 U/L. BRAF mutasyon analizi formalinle fikse edilmiş parafin blok doku örneklerinden yeni nesil dizileme (Next Generation Sequencing, NGS) yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. BRAF mutasyon durumu 56 melanom hastasında değerlendirilebilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada, AXIN2 rs2240308 polimorfizminin MM gelişimine yatkınlık ile ilişkili olabileceği gösterildi. Ayrıca artmış serum AXIN2 düzeylerinin, özellikle lokorejyonel tümör yayılımını yansıtan in-transit ve satellit metastaz varlığı ile ilişkili olduğu saptandı. Bulgularımız, AXIN2'nin MM patogenezinde rol oynayabileceğini ve serum AXIN2 düzeyinin biyobelirteç potansiyeli taşıyabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, prognostik etkilerin daha geniş örneklemli çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Malign Melanom, AXIN2, Gen Polimorfizmi

Yayın No: SS-032
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Süpürativada Kas Fonksiyonu ve Ultrasonografik Rektus Femoris Kalınlığı: İnflamatuvar Yük ve Fiziksel Performans ile İlişkiler

Ahmet Tuğrul Su[1], Umut Hayri Ünal[1], Ece Uzunalioğlu[1], Gözde Şimşek[1], Pelin Ünsal[2], Ayşenur Botsalı[1]

[1]Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Bilkent Şehir Hastanesi, Geriatri Bölümü

Giriş ve Amaç: Hidradenitis süpürativa (HS), kronik inflamasyon, ağrıya bağlı hareket kısıtlılığı, fiziksel inaktivite ve metabolik komorbiditelerle ilişkili kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Bu faktörler kas sağlığını olumsuz etkileyebilecek biyolojik ve fonksiyonel mekanizmalarla ilişkilidir. Bununla birlikte, HS'de kas sağlığını fonksiyonel testler ve ultrasonografik kas parametreleri ile değerlendiren veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, HS hastalarında kas sağlığını dominant el kavrama gücü (handgrip strength, HGS) testi, ultrasonografik rektus femoris (RF) kalınlığı ölçümü ve beş tekrarlı otur-kalk (five-times sit-to-stand, 5×STS) testi ile değerlendirmeyi; bu parametrelerin hastalık şiddeti ve inflamatuvar yük ile ilişkilerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu tek merkezli, kesitsel çalışmaya uzman dermatolog tarafından HS tanısı doğrulanmış 95 erişkin hasta dahil edildi. Kas gücü dominant el kavrama gücü testi ile, lokal alt ekstremite kas morfolojisi ultrasonografik rektus femoris kalınlığı ile, fiziksel performans ise beş tekrarlı otur-kalk testi ile değerlendirildi. Hastalık şiddeti Hurley evrelemesi ve IHS4 (International Hidradenitis Suppurativa Severity Score) skoru ile belirlendi. Düşük el kavrama gücü popülasyona özgü eşik değerler kullanılarak, uzamış 5×STS süresi ise > 15 saniye olarak tanımlandı. CRP, regresyon analizleri öncesinde logaritmik dönüşüme tabi tutuldu. El kavrama gücü, rektus femoris kalınlığı ve 5×STS süresi için ayrı çok değişkenli doğrusal regresyon modelleri oluşturuldu. Rektus femoris modeli, duyarlılık analizlerinde fiziksel aktivite ve boy için ek olarak düzeltildi.

Bulgular: Ortalama yaş 35,5 ± 10,3 yıl olup hastaların 63'ü erkekti; hastaların %66,3'ü fiziksel olarak inaktifti. Düşük el kavrama gücü 23 hastada (%24,2), uzamış 5×STS süresi ise 10 hastada (%10,5) saptandı. Hurley evreleri arasında el kavrama gücü, rektus femoris kalınlığı ve 5×STS süresi açısından anlamlı fark izlenmedi. Çok değişkenli analizde, daha yüksek IHS4 skoru daha düşük rektus femoris kalınlığı ile bağımsız olarak ilişkiliydi (B = −0,059 mm; %95 GA, −0,106 ila −0,012; p = 0,015; düzeltilmiş R^2 = 0,315). Bu ilişki fiziksel aktivite ve boy için ek düzeltme sonrasında da devam etti (B = −0,047 mm; %95 GA, −0,092 ila −0,003; p = 0,038; düzeltilmiş R^2 = 0,408). Düzenli fiziksel aktivite daha yüksek rektus femoris kalınlığı ile bağımsız olarak ilişkiliydi (B = 2,776 mm; %95 GA, 1,258 ila 4,295; p < 0,001). Kadın cinsiyet, düşük el kavrama gücünün tek bağımsız belirleyicisiydi; IHS4 ile el kavrama gücü arasındaki iki değişkenli ilişki çok değişkenli düzeltme sonrasında devam etmedi. Logaritmik dönüşümlü CRP,

daha uzun 5×STS süresinin tek bağımsız belirleyicisiydi (B = 2,413 sn; %95 GA, 0,694 ila 4,131; p = 0,006).

Tartışma ve Sonuç: Bu HS kohortunda aktif klinik inflamatuvar yükü yansıtan IHS4, daha düşük ultrasonografik rektus femoris kalınlığı ile; sistemik inflamasyonu yansıtan CRP ise daha kötü fiziksel performans ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Bulgular, HS'de klinik inflamatuvar aktivite ve sistemik inflamasyonun kas sağlığının farklı alanlarıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Dinamik klinik aktivite skorlaması olan IHS4, kas sağlığı ilişkilerini belirlemede yapısal evreleme olan Hurley sınıflamasına göre daha bilgilendirici görünmektedir. Bu sonuçların kontrollü ve longitudinal çalışmalarla doğrulanması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis süpürativa, Kas sağlığı, Ultrasonografi

Yayın No: SS-033
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Sistemik Antifungal Tedavi Kullanan Orta-Şiddetli Dermatofitozis Tanılı Hastaların Etken Dermatofit Suşları, Tedaviye Yanıt Oranları ve Antifungal Duyarlılık ve Direnç Durumu Açısından İncelenmesi

Türkay Akca[1], Ekin Şavk[1]

[1]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Dermatofitozis, tipik olarak topikal veya sistemik antifungal tedaviye yanıt verir; ancak son yıllarda antifungal ilaçlara karşı dermatofit direnci vakalarında artış görülmektedir. Bu vakaların artışındaki en endişe verici neden, yeni tanımlanan Trichophyton (T.) indotineae'nın ortaya çıkması ve terbinafine karşı doğrulanmış antifungal dirençle ilişkisidir. T. indotineae ile ilgili çeşitli ülkelerde olgular bildirilmiş olmakla beraber, ülkemizden bu konuda sunulan veri çok kısıtlıdır. Bu kapsamda, ülkemizde ilk kez kullanılacak olan Dermatofitozis Şiddet Skoru (DŞS) ile orta-şiddetli dermatofitozis tanılı hastaların; etken dermatofit suşlarının tanımlanması, bu suşların antifungal duyarlılık ve direnç profillerinin saptanması, uygulanan sistemik tedaviye alınan yanıt oranları ile hasta uyumunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 01.05.2025-31.12.2025 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, dermatofitozis tanısı alan, 18 yaş ve üzerinde, okur-yazar, sistemik tedavi başlanan ve DŞS≥10 olan orta-şiddetli dermatofitozisli 44 hasta dahil edildi. Hastalardan alınan kazıntı örnekleri direkt mikroskobik inceleme, kültür ve matris destekli lazer desorpsiyon/iyonizasyon uçuş süresi kütle spektrometrisi (MALDI-TOF MS) ile değerlendirildi. Terbinafin, itrakonazol, izokonazol ve lulikonazole karşı antifungal duyarlılık Klinik ve Laboratuvar Standartları Enstitüsü (CLSI) M38 kılavuzuna göre araştırıldı. Avrupa Antimikrobiyal Duyarlılık Testi Komitesi(EUCAST) tarafından T. indotineae için tanımlanan terbinafin epidemiyolojik eşik değer (ECOFF) değeri (> 0,125 µg/mL) temel alınarak belirlenen T. mentagrophytes/interdigitale izolatları sekans analizi ile moleküler olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, vücut kitle indeksi, hastalık süresi, DŞS, klinik sınıflandırma, tetikleyici faktörler, tedavi uyumu ve tedaviye bağlı yan etkiler kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 44 hastanın %59,1'i erkekti ve yaş ortalaması 38,86±15,21 yıl idi. 30 yaş altı grupta erkek cinsiyet, 30 yaş ve üzeri grupta kadın cinsiyet daha baskındı (p=0,030). Olguların %81,8'i fazla kilolu veya obezdi. En sık klinik tipler tinea corporis (%97,7) ve tinea cruris (%70,5) olup, hastaların %86,4'ünde birden fazla klinik tip birlikteliği, %97,7'sinde ise birden fazla anatomik lokalizasyon tutulumu saptandı. Hastaların %88,6'sında en az bir risk faktörü mevcuttu; en sık saptanan risk faktörleri topikal steroid ve/veya steroid-antifungal kombinasyon krem kullanımı (%50,0) ile aşırı terleme (%43,2) idi. Topikal steroid ve/veya steroid-antifungal kombinasyon krem kullanım öyküsü olan hastalarda medyan hastalık süresi anlamlı olarak daha uzundu (8,0 aya karşı 2,5 ay;p=0,034).

Direkt mikroskobik incelemede %90,9, kültürde %84,1 pozitiflik saptandı. MALDI-TOF MS incelemesinde en sık T. mentagrophytes/interdigitale(%54,5,n=24), ardından T. rubrum(%27,3,n=12) saptandı. Antifungal duyarlılık testlerinde en düşük MİK değerleri lulikonazol, en yüksek MİK değerleri ise terbinafin için bulundu. T. mentagrophytes/interdigitale izolatlarının 23'ü terbinafine dirençli olarak değerlendirildi. İki izolatta bakteriyel kontaminasyon saptandığından, kalan 21 örnek sekans analizi ile moleküler olarak incelendi ve tamamı T. indotineae olarak tanımlandı. T. indotineae saptanan hastalarda medyan yaş daha düşük olup; tinea cruris, inguinal bölge tutulumu ve üst ekstremite tutulumu anlamlı olarak daha sık bulundu(sırasıyla p=0,001, p=0,005, p=0,031). İzlemde değerlendirilen tüm hastalarda DŞS'de azalma gözlendi.

KLİNİK ÖRNEKLER



T.indotinea saptanan, sistemik terbinafin ve topikal lulikonazol tedavileri ile izlenen hastanın ilk muayene resimleri (A-C); 4.hafta kontrolünde lezyonların gerilemiş halinin resimleri (D-F)

KLİNİK ÖRNEKLER



T.indotinea saptanan, sistemik itrakonazol ve topikal lulikonazol tedavileri ile izlenen hastanın ilk muayene resimleri (A-D); 4.hafta kontrolünde lezyonların gerilemiş halinin resimleri (E-H)

MİK DEĞERLERİ

Antifungal	**MİK değeri**	***T. rubrum***	***T. mentagrophytes/interdigitale***	***T. tonsurans***	**Toplam**
İzokonazol	<0,03	2	0	0	2
	0,03	3	0	0	3
	0,06	2	0	0	2
	0,125	4	3	1	8
	0,25	0	8	0	8
	0,5	0	7	0	7
	1	0	6	0	6
Toplam		11	24	1	36
Lulikonazol	<0,0075	8	20	1	29
	0,0075	3	3	0	6
	0,03	0	1	0	1
Toplam		11	24	1	36

Dermatofit türlerinin izokonazol ve lulikonazol için MİK değerleri

MİK DEĞERLERİ

Antifungal	**MİK değeri**	***T. rubrum***	***T. mentagrophytes/interdigitale***	***T. tonsurans***	**Toplam**
İtrakonazol	<0,03	0	1	0	1
	0,03	3	6	0	9
	0,06	4	8	1	13
	0,125	4	5	0	9

	0,25	0	3	0	3
	0,5	0	1	0	1
Toplam		11	24	1	36
Terbinafin	<0,03	7	0	0	7
	0,03	1	1	0	2
	0,06	1	0	0	1
	0,125	2	0	0	2
	1	0	3	0	3
	2	0	2	0	2
	4	0	7	1	8
	8	0	2	0	2
	16	0	7	0	7
	32	0	1	0	1
	>32	0	1	0	1
Toplam		11	24	1	36

Dermatofit türlerinin itrakonazol ve terbinafin için MİK değerleri

Tartışma ve Sonuç: Terbinafin dirençli ve kontaminasyon saptanmayan izolatların tamamının T. indotineae olarak tanımlanması, Ege Bölgesi'nden bildirilen ilk geniş olgu serisi olmakla birlikte bu etkenin bölgemizdeki varlığını çarpıcı biçimde ortaya koymaktadır. Dermatofitozis olgularında hızlı tür tanımlaması, antifungal duyarlılık testleri ve gerekli durumlarda moleküler incelemelerin uygun tedavi seçimi açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antifungal Direnci, Dermatofitozis, Trichophyton indotineae

Yayın No: SS-034
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Keratinositik Tümörlerde Sistemik İnflamatuar Belirteçler ile Tümör İnvazyonu, Histopatolojik Agresiflik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Elif Çakır[1], Ezgi Aktaş[1], Özben Yalçın[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Keratinositik tümörler; epidermal keratinositlerden köken alan, melanom dışı deri kanserlerinin (MDDK) büyük bölümünü oluşturan ve sıklıkla kronik ultraviyole hasarı zemininde gelişen, aktinik keratozdan (AK) invaziv skuamöz hücreli karsinom (SHK) ile bazal hücreli karsinoma (BHK) kadar uzanan geniş bir tümör grubudur. Bu çalışmada, keratinositik tümörlerde sistemik inflamasyon belirteçleri olan nötrofil-lenfosit oranı (NLR), platelet-lenfosit oranı (PLR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ve pan-immün inflamasyon değeri (PIV) düzeylerinin karşılaştırılması ve bu belirteçlerin tümör invazyonu, histopatolojik agresiflik göstergeleri ve klinik özellikler ile ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma retrospektif ve kesitsel olarak planlanmıştır. 2020–2025 yılları arasında histopatolojik olarak AK, SHK, SHK in situ, BHK ve keratoakantom (KA) tanısı alan toplam 375 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, tümör lokalizasyonları, lezyon özellikleri ve histopatolojik bulguları değerlendirilmiş; eksizyon öncesi tam kan sayımı sonuçlarından NLR, PLR, SII ve PIV değerleri hesaplanmıştır. Sistemik inflamasyon belirteçleri ile klinik ve histopatolojik parametreler arasındaki ilişkiler istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. Tanı grubunun inflamasyon indeksleri üzerindeki bağımsız etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yaş ve ek hastalık varlığı için ek istatiksel analiz yapılmıştır.

Bulgular: İncelenen inflamasyon indeksleri arasında yalnızca NLR'nin tümör grupları arasında anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p=0,046$). NLR değerlerinin invaziv SHK grubunda, AK ve KA gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,004$ ve $p=0,019$). Yaş ve ek hastalık varlığının etkileri kontrol edildiğinde de tanı grubunun NLR üzerindeki bağımsız etkisinin devam ettiği görülmüştür ($p=0,001$). İnvaziv SHK grubunda invazyon derinliği arttıkça NLR, PLR, SII ve PIV değerlerinin yükseldiği (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,008$, $p=0,001$ ve $p=0,007$); ayrıca lezyon boyutu ile NLR, SII ve PIV arasında pozitif ilişki bulunduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,003$ ve $p=0,019$). BHK grubunda ise lezyon boyutu ile NLR ve SII arasında ilişki saptanırken (sırasıyla; $p=0,002$ ve $p=0,026$), invazyon derinliği ile sistemik inflamasyon belirteçleri arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir (her biri için $p > 0,05$). Bulgular birlikte değerlendirildiğinde, inflamasyon indeksleri ile tümöre ait klinik ve histopatolojik özellikler arasındaki ilişkilerin tanı gruplarına göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Elde edilen bulgular, sistemik inflamasyonun keratinositik tümörlerin biyolojik özellikleri ile ilişkisinin tüm tümör gruplarında benzer olmadığını ve bu ilişkinin özellikle invaziv SHK'de daha belirgin olabileceğini düşündürmektedir. İncelenen inflamasyon indeksleri arasında yalnızca NLR'nin tanı grupları arasında farklılık göstermesi ve invaziv SHK'de tümör agresifliğini yansıtan özelliklerle ilişkili bulunması, NLR'nin keratinositik tümörlerde sistemik inflamatuar yanıtı yansıtmada diğer indekslere göre daha duyarlı bir belirteç olabileceğini; bununla birlikte, NLR'nin invaziv SHK'de AK ve KA'ya göre yüksek bulunmasına karşın BHK ve SHK in situ ile anlamlı farklılık göstermemesi, bu belirtecin malignite varlığını genel olarak ayırt etmekten ziyade belirli tümörlerin biyolojik davranışı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. PLR, SII ve PIV'nin tanı grupları arasında farklılık göstermemelerine karşın invaziv SHK'de invazyon derinliği ile ilişkili bulunmaları ise, bu indekslerin tanısal gruplar arasındaki farklılıklardan çok invaziv hastalıkta ortaya çıkan progresif biyolojik değişiklikleri yansıtabileceğini düşündürmektedir. Buna karşılık BHK'de invazyon derinliği ile sistemik inflamasyon indeksleri arasında benzer bir ilişkinin gösterilememesi, lokal invazyon ile sistemik inflamatuar yanıt arasındaki ilişkinin farklı keratinositik malignitelerde aynı ölçüde ortaya çıkmayabileceğine işaret etmektedir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, tam kan sayımından kolaylıkla hesaplanabilen inflamasyon indekslerinin, özellikle NLR'nin, keratinositik tümörlerin klinik ve histopatolojik özellikleri ile birlikte değerlendirilmesinin tümör biyolojisine ilişkin bilgi sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: inflamasyon, keratinositik tümör, nötrofil-lenfosit oranı

Yayın No: SS-036
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Primer kutanöz marjinal zon lenfoproliferatif hastalığın klinik spektrumu ve prognozu: retrospektif tek merkezli bir çalışma

Can Baykal[1], Funda Aktürk Gözel[1], Begüm Yeni Erdem[2], Şule Öztürk Sarı[2], Tuğba Atcı[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Primer kutanöz marjinal zon lenfoproliferatif hastalık (PKMZLH), dermiste nodüler veya difüz infiltrasyon paterni gösteren, ağırlıklı olarak sentrosit benzeri küçük-orta boyutlu atipik lenfositlerden oluşan bir kutane B hücreli lenfomadır. Deri dışı tutulumu çok nadir olmakla birlikte, deri lezyonlarının yaygınlığı değişkendir ve tedaviye yanıt alınsa bile nüks sıktır. Hastalığın klinik özellikleri ve seyrini etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, geniş bir seride PKMZLH'nin klinik özelliklerinin ve uzun dönem seyrinin değerlendirilerek nüks ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Üçüncü basamak bir merkezde 2002-2026 yılları arasında PKMZLH tanısı alan ardışık hastaların dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı, histopatolojik ve immünhistokimyasal incelemelerle doğrulandı. Demografik ve klinik özellikler, lezyon sayısı, lokalizasyonu ve morfolojisi, tedavi yaklaşımları, klinik yanıt ve nüks verileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 28'i kadın, 28'i erkek olmak üzere toplam 56 hasta dahil edildi. Tanı anındaki ortalama yaş 51,3 ± 17,1 (4-82) yıldı. Hastaların %23,2'sinde soliter, %48,2'sinde 10'dan az, %28,6'sında ise 10'dan fazla lezyon mevcuttu. En sık görülen lezyon morfolojisi nodül idi (%46,4). Lezyonlar en sık gövde (%58,9) ve baş-boyun bölgesinde (%46,4) yerleşmekteydi. Mukozal tutulum (damak, konjonktiva, alt dudak) 3 hastada (%5,4) saptandı. Laktat dehidrogenaz (LDH) dahil bazal laboratuvar tetkikleri yapılan 45 hastanın tamamında sonuçlar normal sınırlardaydı. Görüntüleme yapılan 45 hastanın hiçbirinde hastalık ile ilgili tutulum saptanmadı. En sık uygulanan tedaviler topikal kortikosteroid (%39,3), intralezyonel kortikosteroid (%25) ve cerrahi eksizyondu (%23,2). Rituksimab (n=5) ve kombinasyon kemoterapisi (n=4) sadece tedaviye dirençli veya yaygın deri lezyonu olan olgularda tercih edildi. Tedavi yanıtı değerlendirilebilen 44 hastanın %72,7'sinde tam remisyon, %27,3'ünde ise kısmi remisyon sağlandı. Ortalama takip süresi 37,1 ± 47,3 ay olup, hastalığa bağlı ölüm izlenmedi. Ortalama 37,1 ± 47,3 ay süreyle takip edilen 41 hastanın %65,9'unda en az bir kutanöz nüks gelişti. Kaplan-Meier analizinde ortalama nükssüz sağkalım (NS) 24 ay olarak bulunurken, 1, 3, 5 ve 10 yıllık NS oranları sırasıyla %62,3, %43,7, %23,8 ve %19,1 olarak hesaplandı. Tam remisyon elde edilen hastalar, kısmi remisyon elde edilenlere göre anlamlı olarak daha yaşlıydı (p=0,014). Çoklu lezyon varlığı ve sistemik tedavi kullanımı nüks ile ilişkiliydi (sırasıyla p=0,042 ve p=0,033). Ekstremite tutulumu, daha kısa NS ile ilişkiliyken (p=0,023); çok değişkenli analizde yalnızca yaş, NS ile bağımsız ilişki gösterdi.

Tartışma ve Sonuç: Bu geniş retrospektif seri, PKMZLH lezyonlarının çalışmamızda bazı literatür verilerinden farklı olarak en sık gövdede yerleştiğini ve hastalığın deri tutulumu dışında mukozal tutuluma da yol açabileceğini ve marjinal zon lenfomanın mukozal tipleriyle örtüşebileceğini göstermektedir. Hastalığa bağlı iç organ tutulumu ve mortalitenin izlenmemesi, PKMZLH'nin indolan seyrini desteklemekte buna karşın kutanöz nükslerin çok sık olduğu dikkat çekmektedir. PKMZLH en sık papül, plak ve nodül şeklinde prezente olmakla birlikte olgularımızda rastlanan subkutan nodüller de hastalığın klinik spektrumu içinde değerlendirilmelidir. Çoklu lezyon varlığının nüks ile, ekstremite tutulumunun daha kısa NS ile, mukozal tutulumun ise tüm olgularda nüks gelişimi ile ilişkili bulunması, bu hasta gruplarında daha sıkı bir takip stratejisi benimsenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Yaşın hem remisyon hem de NS ile bağımsız ilişkili tek değişken olması, prognozu belirlemede hasta yaşının önemine dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Primer kutanöz marjinal zon lenfoproliferatif hastalık, klinik spektrum, nüks

Yayın No: SS-037
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Akne vulgariste topikal %7,5 dapson tedavisinin klinik etkinlik, biyofiziksel deri bulguları ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi: Randomize, üçlü kör, taşıyıcı jel kontrollü bir çalışma

Oya Helin Dündar[1], Tuğçe Kılıç Ballı[1], Elif Banu Yıldıran[1], Duygu Yamen[1], Ayşe Esra Koku Aksu[1], Vildan Manav[1]

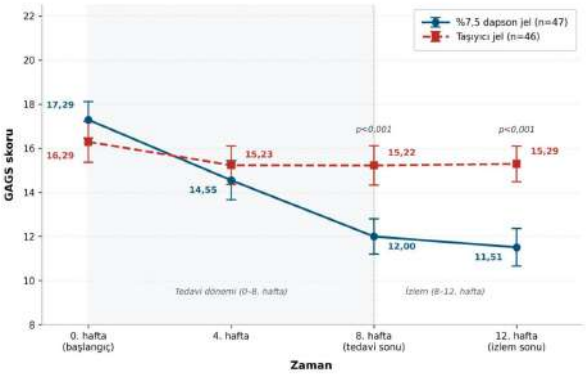
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Topikal %7,5 dapson jelin akne vulgariste klinik etkinliği gösterilmiş olmakla birlikte, objektif biyofiziksel deri ölçümleri ve tedavi sonrası yanıtın sürekliliğine ilişkin kontrollü veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, hafif-orta şiddette akne vulgaris tanılı erişkinlerde %7,5 dapson jelin klinik etkinliği; eritem, melanin ve sebum indeksleri, akneye özgü yaşam kalitesi ve güvenlilik sonuçlarıyla birlikte taşıyıcı jel kontrollü olarak değerlendirildi.

Yöntem: Bu tek merkezli, prospektif, randomize, üçlü kör, taşıyıcı jel kontrollü, paralel gruplu klinik araştırmaya 18 yaş ve üzeri 100 hasta dahil edildi. Katılımcılar %7,5 dapson jel veya taşıyıcı jeli 8 hafta boyunca günde bir kez uyguladı; 12. hafta değerlendirmesi 4 haftalık tedavisiz izlemin sonunda yapıldı. Klinik yanıt papülopüstüler akne (PPA) evresi, komedonal akne (KA) evresi ve Global Akne Derecelendirme Sistemi (GAGS) ile; eritem ve melanin indeksleri Mexameter, sebum indeksi Sebumeter ve yaşam kalitesi Akne Yaşam Kalite Ölçeği ile değerlendirildi. Başlangıç biyofiziksel farklılıklarının etkisini değerlendirmek amacıyla ANCOVA ve sıra-ANCOVA duyarlılık analizleri uygulandı.

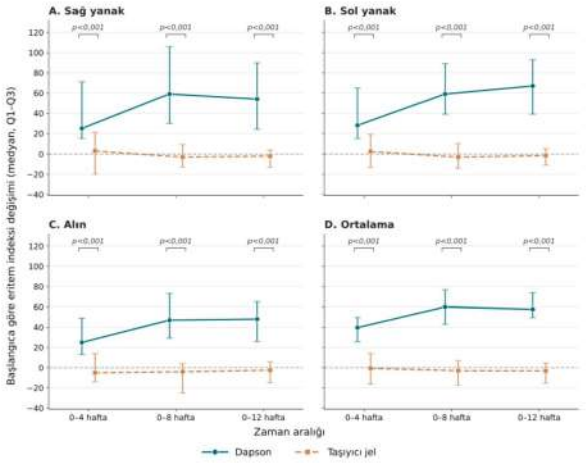
Bulgular: 93 hasta çalışmayı tamamladı (dapson n=47, taşıyıcı jel n=46). Dapson grubunda taşıyıcı jel grubuna kıyasla PPA evresinde 4. haftadan itibaren anlamlı iyileşme saptandı ($p=0,030$); fark 8. ve 12. haftalarda belirginleşti (her ikisi $p < 0,001$). GAGS skoru ve KA evresinde gruplar arası fark 8. haftadan itibaren dapson lehineydi ve 12. haftada sürdü (tümü $p < 0,001$). Eritem indeksindeki azalma dapson grubunda tüm ölçüm bölgelerinde ve tüm takip haftalarında daha belirgindi. Başlangıç değerine göre düzeltilmiş analizlerde eritem indeksi 4., 8. ve 12. haftalarda dapson lehineydi (tümü $p < 0,001$); 12. haftadaki düzeltilmiş grup farkı −61,7 indeks birimiydi. Sebum indeksindeki azalma da tüm ölçüm bölgelerinde dapson grubunda daha fazlaydı; düzeltilmiş analizler 4., 8. ve 12. haftalarda dapson lehineydi (tümü $p < 0,001$) ve 12. haftadaki düzeltilmiş grup farkı −37,6 indeks birimiydi. Melanin indeksindeki başlangıca göre azalma dapson grubunda daha belirgindi; başlangıç dengesizliği dikkate alındığında düzeltilmiş fark 12. haftada ortaya çıktı (−15,3 indeks birimi; $p < 0,001$). 8. haftada akneye özgü yaşam kalitesi dapson grubunda daha iyiydi ($p < 0,001$). Lokal yan etkiler çoğunlukla hafifti; sistemik veya ciddi advers olay görülmedi.

GAGS skorunun dapson ve taşıyıcı jel gruplarında zamana bağlı değişimi



Ortalama değerler Tablo 12'deki verilerden alınmış, hata çubukları ise bu değerler için hesaplanan %95 güven aralıklarını gösterecek şekilde sunulmuştur. Gölgeli alan tedavi dönemini (0–8. hafta), dikey noktalı çizgi ise tedavi sonunu göstermektedir. Gruplar arasındaki fark 8. ve 12. haftalarda istatistiksel olarak anlamlıdır (her ikisi için p<0,001; bağımsız örneklem t-testi). GA = güven aralığı; GAGS = Global Akne Derecelendirme Sistemi.

Dapson ve taşıyıcı jel gruplarında eritem indeksi değişimlerinin karşılaştırılması



Sağ yanak, sol yanak, alın ve tüm bölgelerin ortalamasına ait eritem indeksi değişimleri 0–4, 0–8 ve 0–12 hafta aralıklarında gösterilmiştir. Veriler medyan ve çeyrekler arası aralık (Q1–Q3) olarak sunulmuştur. Tüm zaman aralıklarında dapson grubunda eritem indeksi değişimi taşıyıcı jel grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (tüm karşılaştırmalar için p<0,001; Mann–Whitney U testi).

Ortalama biyofiziksel indekslerde başlangıç değerine göre düzeltilmiş grup karşılaştırması (ANCOVA)

Parametre	Hafta	Düzeltilmiş ortalama Dapson (%95 GA)	Düzeltilmiş ortalama Taşıyıcı jel	Düzeltilmiş Fark	Klasik p	Sıra p	Kısmi η^2

			(%95 GA)				
Melanin İndeksi	4. hafta	160,1 (156,7–163,4)	162,6 (159,3–166,0)	−2,6	0,288	0,622	0,01
Melanin	8. hafta	153,4 (148,1–158,6)	162,4 (157,1–167,7)	−9,0	**0,020§**	0,065	0,06
Melanin	12. hafta	150,0 (145,0–154,9)	165,2 (160,2–170,3)	−15,3	**<0,001§**	**<0,001**	0,16
Eritem İndeksi	4. hafta	323,2 (316,3–330,1)	359,7 (352,8–366,7)	−36,5	**<0,001**	**<0,001**	0,37
Eritem	8. hafta	301,4 (294,2–308,6)	363,3 (356,1–370,6)	−61,9	**<0,001**	**<0,001**	0,61
Eritem	12. hafta	301,4 (295,1–307,8)	363,1 (356,6–369,5)	−61,7	**<0,001**	**<0,001**	0,66
Sebum İndeksi	4. hafta	58,6 (53,2–64,0)	83,2 (77,8–88,7)	−24,7	**<0,001§**	**<0,001**	0,31
Sebum	8. hafta	42,9 (37,4–48,4)	82,5 (77,0–88,1)	−39,6	**<0,001§**	**<0,001**	0,53
Sebum	12. hafta	45,3 (38,4–52,2)	82,9 (76,0–89,9)	−37,6	**<0,001§**	**<0,001**	0,39

Değerler, ilgili parametrenin başlangıç (0. hafta) değeri kovaryat alınarak kurulan ANCOVA modellerinden elde edilmiştir. Düzeltilmiş ortalama: başlangıç değeri sabitlendiğinde tahmin edilen grup ortalaması. Fark: başlangıca göre düzeltilmiş grup farkı (dapson grubu eksi taşıyıcı jel grubu); negatif değer dapson grubunda daha düşük indeksi gösterir. Sıra-ANCOVA: sıra-dönüştürülmüş veriler üzerinden yapılan sağlam analiz. Kısmi η^2: kısmi eta kare (etki büyüklüğü). GA: güven aralığı. § eğim homojenliği varsayımının karşılanmadığı model. Artıkların normallik varsayımı çeşitli zaman noktalarında karşılanmadığından tüm modeller ayrıca sıra-ANCOVA ile değerlendirilmiştir. Duyarlılık analizi niteliğinde olması nedeniyle çoklu karşılaştırma düzeltmesi uygulanmamıştır. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Günde tek uygulanan %7,5 dapson jel, hafif-orta şiddette erişkin aknesinde özellikle inflamatuvar bileşen üzerinde erken dönemde etkili, genel akne şiddeti ve komedonal

bileşen üzerinde ise 8. haftadan itibaren belirgin yarar sağlayan, iyi tolere edilen bir tedavi seçeneğidir. GAGS ve PPA yanıtının tedavi kesildikten sonraki 4 haftada korunması ve KA evresinde ek iyileşme görülmesi, kısa dönem klinik kazanımın sürdüğünü göstermektedir. Çalışmanın özgün yönü, klinik ve hasta bildirimli yanıtın objektif eritem, sebum ve melanin ölçümleriyle birlikte gösterilmesidir. Eritem bulguları dapsonun antiinflamatuvar etkisiyle uyumlu güçlü ve tutarlı bir biyofiziksel yanıt ortaya koymaktadır. Sebum indeksindeki belirgin azalma, dapsonun klasik bir sebostatik ajan olmamasına rağmen pilosebase mikroçevrede tedaviye eşlik eden değişikliklere işaret etmektedir. Melanin indeksindeki geç dönem düzelme ise inflamasyonun azalmasına eşlik eden pigmenter değişiklikler açısından ileri araştırmayı hak eden dikkat çekici bir bulgudur.

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, Mexameter, Topikal dapson

Yayın No: SS-038
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Orta-Şiddetli Psoriasis Hastalarında İnsülin Direncinin Biyolojik Tedavi Yanıtı Üzerindeki Etkisi: 20 Yıllık Gerçek Yaşam Verisi

Dilay Yerlioğlu Ak[1], Algün Polat Ekinci[1]

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

Giriş ve Amaç: Psoriasis yalnızca deriyi tutan bir hastalık olmayıp, sistemik inflamasyonla seyreden ve metabolik süreçleri de etkileyen kronik inflamatuar bir hastalıktır; insülin direnci, obezite, diyabet ve hipertansiyon gibi kardiyometabolik komorbiditelerle sık birliktelik gösterir. Bu komorbiditelerin sistemik inflamasyonu artırarak biyolojik tedavilere yanıtı etkileyebileceği düşünülmektedir. Obezite ve diyabetin biyolojik tedavi etkinliği üzerindeki olumsuz etkileri çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olmakla birlikte, konuya ilişkin veriler sınırlıdır ve insülin direncinin farklı biyolojik ajan sınıfları üzerindeki etkisi yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada orta ve şiddetli psoriasis hastalarında insülin direncinin biyolojik tedavi yanıtı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve bu ilişkinin TNF-α, IL-12/23, IL-17 ve IL-23 inhibitörleri arasında farklılık gösterip göstermediğinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2005–Nisan 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak psoriasis polikliniğinde biyolojik tedavi başlanan 417 orta ve şiddetli plak psoriasis hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar yalnızca ilk biyolojik ajanını kullanan biyolojik-naif olgulardan oluşturularak önceki biyolojik tedavi maruziyetine bağlı karıştırıcı etki en aza indirildi. İnsülin direnci TyG-BMI, HOMA-IR ve HbA1c ile değerlendirildi. Klinik yanıt 3–6. ayda PASI75, PASI90 ve PASI100 kriterlerine göre belirlendi. Ayrıca diyabet, obezite, abdominal obezite ve hipertansiyonun tedavi yanıtına etkileri analiz edildi. Metabolik risk faktörleri ile tedavi başarısı arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile incelendi ve biyolojik ajan sınıflarına göre alt grup analizleri gerçekleştirildi

Bulgular: Toplam 417 hastanın yaş ortalaması 46,7±15,5 yıl olup %60,9'u erkekti. İnsülin direnci PASI90 yanıt olasılığında %21 (OR=0,79), PASI100 yanıt olasılığında ise %32 (OR=0,68) azalma ile ilişkiliydi. Bu olumsuz etkinin özellikle TNF-α inhibitörlerinde belirgin olduğu, tam deri temizlenmesi (PASI100) oranlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (p=0,046). Diyabet, obezite, abdominal obezite ve hipertansiyon da benzer şekilde tedavi yanıtını olumsuz etkilerken, IL-23 inhibitörlerinin metabolik risk faktörlerinden bağımsız olarak yüksek etkinliğini koruduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, insülin direncinin biyolojik tedavi başarısını olumsuz etkilediğini ve bu etkinin biyolojik ajanların etki mekanizmasına göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle TNF-α inhibitörlerinin metabolik yükten daha fazla etkilendiği, buna karşın IL-23 inhibitörlerinin metabolik açıdan yüksek riskli hastalarda etkinliğini koruduğu gösterildi. Sonuç olarak insülin direnci biyolojik tedavi başarısını etkileyen önemli bir metabolik

belirteçtir. Bulgularımız, biyolojik tedavi öncesinde metabolik profilin rutin olarak değerlendirilmesinin ve metabolik yükün biyolojik ajan seçiminde dikkate alınmasının kişiselleştirilmiş psoriasis yönetimine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, İnsulin direnci, Biyolojik tedavi

Yayın No: SS-039
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Alopesi Areata ve Otofaji İlişkisi: Beclin-1 ile PI3K/AKT/mTOR Yolağının Hastalık Şiddetine Etkisi

Büşra Kılınç Gül[1], Zeynep Utlu[1], Esra Laloğlu[2], Eda Balkan[3], Murat Kızılkaya[3]

[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı
[3]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Alopesi areata (AA), saç follikülünün immün ayrıcalığının kaybı sonucu gelişen kronik otoimmün bir hastalık olup, patogenezinde immün mekanizmaların yanı sıra otofaji ve hücre içi sinyal yolaklarının da rol oynadığı düşünülmektedir. Ancak otofajinin temel düzenleyicilerinden Beclin-1 ile PI3K/AKT/mTOR sinyal yolunun AA'daki moleküler değişiklikleri ve bunların hastalık şiddetiyle ilişkisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada AA hastalarında serum Beclin-1 düzeyleri ile PI3K, AKT ve mTOR gen ekspresyonlarının değerlendirilmesi ve bu parametrelerin hastalık şiddetiyle ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu prospektif olgu-kontrol çalışmasına 55 AA hastası ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 55 sağlıklı gönüllü dahil edildi (toplam n=110). Hastalık şiddeti Severity of Alopecia Tool (SALT) skoru ile, yaşam kalitesi Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) ve semptom şiddeti Visual Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. Serum Beclin-1 düzeyleri enzim bağlantılı immünosorbent analiz (ELISA) ile, PI3K, AKT ve mTOR gen ekspresyonları ise kantitatif gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (qRT-PCR) yöntemiyle analiz edildi. Moleküler parametrelerin hastalık süresi, hastalık evresi ve hastalık şiddeti ile ilişkisi değerlendirildi

Bulgular: Hasta ve kontrol grupları yaş (31,33±11,63 ve 31,09±10,59 yıl; p=0,979) ve cinsiyet dağılımı açısından benzerdi. Hasta grubunda ortalama hastalık süresi 46,76±92,02 hafta, ortalama lezyon sayısı 2,39±1,65 ve ortalama SALT skoru 15,87±15,49 olarak saptandı. Serum Beclin-1 düzeyi hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü (7,42±2,30 ve 22,63±9,54; $p < 0,001$). Buna karşılık PI3K, AKT ve mTOR gen ekspresyonları hasta grubunda anlamlı olarak artmış bulundu (tüm karşılaştırmalar için $p < 0,001$). $\Delta\Delta$Ct analizinde PI3K, AKT ve mTOR ekspresyonlarında sırasıyla 15,9, 17,88 ve 4,17 kat artış saptandı. Cinsiyete göre yapılan alt grup analizinde hastalık süresi, lezyon sayısı, SALT skoru, VAS, DYKİ, serum Beclin-1 düzeyi ve PI3K/AKT/mTOR gen ekspresyonları açısından kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı farklılık izlenmedi (tüm karşılaştırmalar için $p > 0,05$). Benzer şekilde lezyon yerleşim bölgesine göre yapılan değerlendirmede oksipital, frontal, parietal ve temporal yerleşimli olgular arasında hastalık süresi, lezyon sayısı, SALT skoru, VAS, DYKİ, serum Beclin-1 düzeyi (p=0,297) ile mTOR (p=0,993), AKT (p=0,495) ve PI3K (p=0,150) ekspresyonları bakımından anlamlı farklılık saptanmadı.Hastalık evresi değerlendirildiğinde

kronik olgularda serum Beclin-1 düzeyleri akut ve subakut hastalara göre anlamlı olarak daha düşük, SALT skorları ise daha yüksek bulundu. Serum Beclin-1 düzeyleri ile SALT skoru arasında anlamlı negatif korelasyon saptanırken, PI3K, AKT ve mTOR gen ekspresyonları ile hastalık şiddeti arasında anlamlı korelasyon gösterilemedi. VAS ve DYKİ skorları ise hastalık evreleri arasında anlamlı farklılık göstermedi.

Tablo 1

Tablo 1 Hasta ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi, Beclin düzeyi ve gen ekspresyon parametreleri açısından karşılaştırılması

	Hasta		Kontrol		p
	Ort±s.s	Medyan (IQR)	Ort±s.s	Medyan (IQR)	
Yaş	31,33±11,63	28 (23-37)	31,09±10,59	30 (22-37)	0,979
DYKİ	4,89±4,86	3,5 (2-6)	0,2±0,45	0 (0-0)	**<0,001**
Beclin düzeyi	7,42±2,30	7,06 (5,96–8,47)	22,63±9,54	21,67 (15,36-27,01)	**<0,001**
dCt_mTOR	5,54±2,88	5,67 (4,32-7,81)	7,6±2,86	7,96 (5,91-9,64)	**<0,001***
dCt_AKT	2,95±2,51	2,74 (1,46-4,38)	7,11±4,19	7,23 (3,73-9,22)	**<0,001**
dCt_PI3K	2,15±1,95	2,5 (1,01-3,58)	6,14±1,9	6,38 (4,68-7,58)	**<0,001***

Mann Whitney-U Testi/ *Bağımsız T Testi

Tablo 2

Tablo 2 Hasta grubunda PI3K, AKT ve mTOR genlerinin relatif ekspresyon düzeyleri (ΔΔCt ve fold change analizi)

	ΔΔCt	Fold Change
mTOR	-2,06	4,17 ↑
AKT	-4,16	17,88 ↑
PI3K	-3,99	15,9 ↑

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, alopesi areatada otofaji ile ilişkili serum Beclin-1 düzeylerinin belirgin şekilde azaldığını ve bu azalmanın hastalık şiddeti ile kronikleşme süreciyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Buna eşlik eden PI3K/AKT/mTOR sinyal yolunda saptanan artmış gen ekspresyonları, otofaji regülasyonundaki bozulmanın AA patogenezinde önemli bir moleküler mekanizma olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle Beclin-1 düzeylerinin SALT skoru ile negatif korelasyon göstermesi, bu belirtecin yalnızca hastalığın varlığını değil, klinik aktivitesini de yansıtabilecek potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini desteklemektedir. Bulgularımız, otofaji–PI3K/AKT/mTOR ekseninin AA immünopatogenezinde rol oynayabileceğini ve biyobelirteç ile hedefe yönelik tedaviler açısından potansiyel taşıdığını göstermektedir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, alopesi areatada serum Beclin-1 düzeylerini değerlendiren ilk klinik çalışma olup, klinik ve moleküler verileri birlikte ele alarak otofaji disfonksiyonunun hastalık şiddetiyle ilişkisini ortaya koymakta ve literatüre özgün katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alopesi areata, Otofaji, Beclin-1

Yayın No: SS-040
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Palmoplantar Psöriazis ve Palmoplantar Ekzemanın Ayırıcı Tanısında Polarize Dermoskopi ve Ultraviyole Floresans Dermoskopi Bulgularının Karşılaştırılması

DİDEM KAÇAN[1], YAVUZ SELİM PİLİS[1], DUYGU YAMEN[1], AYŞE ESRA KOKU AKSU[1], VİLDAN MANAV[1]

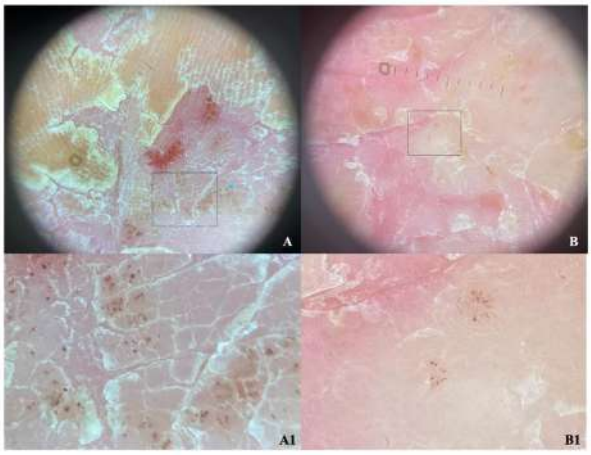
[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Palmoplantar psöriazis (PPP) ve palmoplantar ekzema (PPE), benzer kronik hiperkeratotik lezyonlarla seyretmeleri nedeniyle klinik pratikte ayırıcı tanısı güç olabilen inflamatuvar dermatozlardır. Polarize dermoskopinin bu ayrımdaki tanısal katkısını değerlendiren çalışmalar bulunmakla birlikte, ultraviyole floresans dermoskopinin (UVFD) rolüne ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, PPP ve PPE tanılı olgularda polarize dermoskopi ve UVFD bulgularının karşılaştırılması ve bu yöntemlerin ayırıcı tanıya katkısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tek merkezli, prospektif, gözlemsel kesitsel çalışmaya Kasım 2025-Mart 2026 tarihleri arasında, klinik ve/veya histopatolojik olarak doğrulanmış 41 PPP ve 40 PPE tanılı toplam 81 erişkin hasta ardışık olarak dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik verileri kaydedildi. Lezyonların polarize dermoskopi ve UVFD görüntüleri DermLite DL5 cihazı kullanılarak elde edildi; vasküler özellikler, skuam özellikleri, zemin rengi, ek dermoskopik bulgular ve floresans özellikleri değerlendirildi. Görüntüler tanıya kör iki dermatolog tarafından bağımsız olarak incelendi. Gruplar karşılaştırıldı; ayırıcı tanıya katkı sağlayan bulgular lojistik regresyon ve ROC analizleriyle değerlendirildi. Gözlemciler arası uyum kappa analiziyle incelendi ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

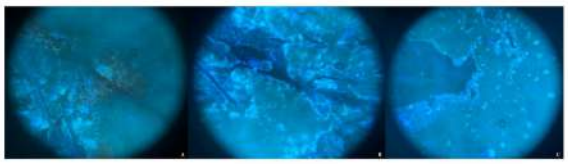
Bulgular: Polarize dermoskopide PPP grubunda PPE'ye göre noktasal damar (%63,41 ve %22,50), uniform damar dağılımı (%70,73 ve %12,50), diffüz skuam (%78,05 ve %42,50), pembe zemin (%75,61 ve %40,00) ve skuam içi punktat kanama (%39,02 ve %15,00) daha sık saptandı. PPE grubunda ise sarı-pembe zemin (%60,00 ve %19,51), sarı-kahverengi globül (%47,50 ve %7,32), sarı-turuncu yapısız alan (%52,50 ve %7,32) ve sarı-turuncu krut (%22,50 ve %4,88) daha sıktı (tümü $p < 0,05$). UVFD'de skuam dağılımı ($p=0,018$), skuam paterni ($p=0,022$), ek floresans tonu ($p=0,002$) ve beyaz-sarı floresan odak varlığı ($p < 0,001$) gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi. Ada/büyük dikdörtgen skuam paterni PPP'de (%70,00 ve %40,00); fokal/yamalı skuam dağılımı (%35,00 ve %9,76) ve beyaz-sarı floresan odaklar (%55,00 ve %19,51) PPE'de daha sıktı. Ek kırmızı floresans yalnızca PPP grubunda saptandı (%17,07). Klinik/öykü, dermoskopi ve kombine modellerin AUC değerleri sırasıyla 0,795, 0,864 ve 0,935'ti; kombine model diğer iki modelden anlamlı olarak üstündü (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,006$). Polarize dermoskopi ve UVFD bulgularında gözlemciler arası uyum önemli ile neredeyse mükemmel düzeydeydi (sırasıyla $\kappa=0,658$-$0,938$ ve $\kappa=0,700$-$0,933$).

Skuam ici punktat kanama



Palmoplantar psöriazis olgularında polarize dermoskopide skuam içi punktat kanama bulgusu. A-B: Farklı olgularda skuam içinde noktasal kanama odakları izlenmektedir. A1-B1: İşaretlenen alanların yakınlaştırılmış görünümünde skuam içi punktat kanama odakları daha belirgin olarak seçilmektedir.

Beyaz sarı odak



Palmoplantar ekzema grubunda ultraviyole floresans dermoskopide saptanan beyaz-sarı odak örnekleri (A–C).

Ultraviyole Floresans Dermoskopide Floresans Tonu ve Ek Floresans Bulgularının Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Değisken	Toplam (n=81)	PPE (n=40)	PPP (n=41)	p	Etki büyüklüğü
Baskın floresans tonu, n (%)				0,094[d]	Cramer's V=0,232

Sarı	19 (23,46)	13 (32,50)	6 (14,63)		
Beyaz-mavi	61 (75,31)	27 (67,50)	34 (82,93)		
Kırmızı	1 (1,23)	0 (0,00)	1 (2,44)		
Ek floresans tonu, n (%)					
Yok	21 (25,93)	7 (17,50)	14 (34,15)		
Sarı	36 (44,44)	22 (55,00)	14 (34,15)	**0,002**[d]	Cramer's V=0,394
Beyaz-mavi	17 (20,99)	11 (27,50)	6 (14,63)		
Kırmızı	7 (8,64)	0 (0,00)	7 (17,07)		
Beyaz-sarı odak, n (%)					
Yok	51 (62,96)	18 (45,00)	33 (80,49)	**<0,001**[c]	Phi=0,367

Var	30 (37,04)	22 (55,00)	8 (19,51)		

Kategorik değişkenler n (%) olarak sunulmuştur. Yüzdeler geçerli veri üzerinden hesaplanmıştır. [c] Pearson ki-kare testi; [d] Fisher exact testi. Phi ve Cramer's V ilgili testler icin etki büyüklüğü olarak raporlanmıştır. Etki büyüklüğü 2x2 tablolarda Phi, daha büyük tablolarda Cramer's V olarak verilmiştir.

Polarize Dermoskopik Ek Bulguların Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Değişken	**Toplam (n=81)**	**PPE (n=40)**	**PPP (n=41)**	**p**	**Etki büyüklüğü**
Sarı-kahverengi globül, n (%)				**<0,001[c]**	Phi=0,452
Yok	59 (72,84)	21 (52,50)	38 (92,68)		
Var	22 (27,16)	19 (47,50)	3 (7,32)		
Sarı-turuncu yapısız alan,n (%)				**<0,001[c]**	**Phi=0,495**
Yok	57 (70,37)	19 (47,50)	38 (92,68)		

Var	24 (29,63)	21 (52,50)	3 (7,32)		
Sarı-turuncu krut, n (%) Yok Var	70 (86,42) 11 (13,58)	31 (77,50) 9 (22,50)	39 (95,12) 2 (4,88)	**0,021**[c]	Phi=0,257
Skuam içi punktat kanama, n (%) Yok Var	59 (72,84) 22 (27,16)	34 (85,00) 6 (15,00)	25 (60,98) 16 (39,02)	**0,015**[c]	Phi=0,270

Kategorik değişkenler n (%) olarak sunulmuştur. Yüzdeler geçerli veri üzerinden hesaplanmıştır. [c] Pearson ki-kare testi; [d] Fisher exact testi. Phi ve Cramer's V ilgili testler icin etki büyüklüğü olarak raporlanmıştır. Etki büyüklüğü 2x2 tablolarda Phi, daha büyük tablolarda Cramer's V olarak verilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Polarize dermoskopide saptanan vasküler ve yüzeyel morfolojik özellikler ile UVFD'de izlenen skuam organizasyonu ve floresans bulguları, PPP ve PPE ayrımında birbirini tamamlayan ipuçları sağlamaktadır. Bulguların gözlemciler arasında yüksek düzeyde tekrarlanabilir olması, bu yöntemlerin klinik uygulanabilirliğini desteklemektedir. UVFD, polarize dermoskopinin yerine geçen bir yöntemden çok, farklı bir optik düzlemde tamamlayıcı bilgi sunan invaziv olmayan bir görüntüleme yöntemi olarak değerlendirilmelidir. Klinik/öykü ve dermoskopik bulguların birlikte değerlendirilmesi ayırt edici performansı artırmakla birlikte, elde edilen model doğrulanmış bir tanı algoritması olarak yorumlanmamalıdır. Bulguların daha geniş, çok merkezli çalışmalarla doğrulanmasına ve UVFD terminolojisinin standardize edilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: dermoskopi, palmoplantar psöriazis, palmoplantar ekzema

Yayın No: SS-041
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Atopik Dermatit Kontrol Aracı'nın Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenirliği

Birgül Özkesici Kurt[1], Ayşe Akman[2], Esin Sıddıkoğlu Günal[3], Ahmet Kayaaltı[1], Duygu Bulut[2], Pınar Özdemir Çetinkaya[1], Aslı Aksu[1], İlknur Kıvanç Altunay[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Seyrantepe Yerleskeşi), Dermatoloji Kliniği, İstanbul
[2]Akdeniz Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Antalya
[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Atopik dermatit (AD) kronik, tekrarlayan, kaşıntılı inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Hastalık kontrolünün değerlendirilmesi, hem klinik araştırmalarda tedavi etkinliğinin belirlenmesi hem de günlük klinik uygulamada tedavi kararları açısından kritik öneme sahiptir. Uluslararası HOME (Harmonising Outcome Measures for Eczema) girişimi, HOME VIII toplantısında (Çevrimiçi, Ekim 2020), klinik uygulamada hastalık kontrolünü değerlendirmek için kullanılacak araçlar konusunda fikir birliğine varmıştır. Özgün adı ile 'Atopic Dermatitis Control Tool' (ADCT), kullanılması önerilen ölçeklerden biri olup AD'li hastalarda hastalık kontrolünü hasta perspektifinden değerlendirmek amacıyla Pariser ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geliştirilmiş 6 soruluk, kısa ve pratik bir hasta bildirimli ölçüm aracıdır (Cronbach'ın alfa katsayısı=0.94). Bu çalışmanın amacı, ADCT'nin Türkçe versiyonunun geçerliliğini ve güvenilirliğini araştırmaktır.

Yöntem: Bu metodolojik araştırma 1 Aralık 2023 ve 1 Nisan 2025 tarihleri arasında Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Seyrantepe Yerleşkesi) ve Akdeniz Üniversitesi Hastaneleri Dermatoloji Kliniği'nde yürütüldü. Ölçeğin Türkçe versiyonunun kullanımı için ölçeği geliştirenlerden izin alındı. Bu çalışmada, MAPI Research Trust tarafından orijinal ADCT'nin Türkçeye çevrilmesiyle oluşturulan 'Atopik Dermatit Kontrol Aracı' (ADKA) kullanıldı. Çalışma için yerel etik kuruldan onay alındı (Tarih: 19.12.2023; Karar No: 2520). Çalışmaya belirtilen 2 merkezin Dermatoloji polikliniğine başvuran veya özellemiş polikliniklerinde takip edilen Hanifin ve Rajka kriterlerine göre AD tanısı konulan hastalardan 18 yaş ve üzeri gönüllü olarak katılmak isteyenler dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve AD hastalığının klinik özellikleri kaydedildi. Hastalara ADKA, 'Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi' (DYKİ), 'Skindeks-16' uygulandı. Hastalık şiddeti 'Egzama Alan ve Şiddet İndeksi' (EASİ) ile, kaşıntı şiddeti pik ve ortalama kaşıntı 'Numerik Derecelendirme Ölçeği' (NDÖ) ile değerlendirildi. Hastaların bir kısmı ilk anket tarihinden 1 ay sonra ADKA'yı tekrar doldurdu. Veriler SPSS v21 kullanılarak analiz edildi. Güvenilirlik için Cronbach alfa, test-tekrar test güvenilirliği için ise Bland-Altman grafiği kullanıldı. Geçerlilik için açıklayıcı faktör analizi uygulandı. İki farklı ölçek ve test-tekrar test uyumlarını göstermek için Spearman korelasyon analizi uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 97 AD hastası (kadın: %58,8; erkek: %41,2; ortalama yaş: 36,60±14,05 yıl) dahil edildi. Altı maddelik ADKA ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,945 olarak bulundu; düzeltilmiş madde toplam korelasyonları 0,785 ile 0,886 arasında, maddeler arası korelasyonlar ise 0,665 ile 0,858 arasında değişmekteydi. Açıklayıcı faktör analizinde varyansın %79,62'sini açıklayan tek faktörlü yapı saptandı. ADKA skoru ile Skindeks-16, DYKİ, pik ve ortalama kaşıntı NDÖ skoru arasında güçlü ve anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla: $r=0,735$; $p < 0,001$ ve $r=0,809$; $p < 0,001$ ve $r=0,813$; $p < 0,001$ ve $r=0,855$; $p < 0,001$). ADKA skoru ile EASİ arasında orta düzeyde ve anlamlı korelasyon saptandı ($r=0,475$;$p < 0,001$). Test ve tekrar test puanları arasında güçlü ve anlamlı bir korelasyon vardı ($r=0,785$; $p < 0,001$). Sınıf içi korelasyon katsayısı 0,803 idi. Bland-Altman grafiğinde yalnızca dört gözlem %95 güven aralığının dışında kalmıştı.

Tartışma ve Sonuç: Altı maddeyi içeren ADKA yüksek geçerlilik-güvenilirlik bulgularına sahiptir. Bu nedenle Türk AD hastalarında hastalık kontrolünü değerlendirmekte kullanışlı bir ölçüttür

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, geçerlilik, güvenilirlik

Yayın No: SS-042
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Rozaseada bağırsak–deri ekseni: intestinal bariyer belirteçlerinin hastalık şiddetinden bağımsız serum profili

Gözde Şimşek[1], Özlem Yavuz[1], Ahmet Rıfat Balık[1], Mustafa Tunca[1]

[1]Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Rozasea gastrointestinal hastalıklarla ilişkilendirilmekle birlikte, bu ilişkinin ölçülebilir bir intestinal bariyer bozukluğuna karşılık gelip gelmediği belirsizdir. Mevcut çalışmalar çoğunlukla bariyer fonksiyonunun tek bir yönünü değerlendiren sınırlı belirteç analizlerine dayanmaktadır. Bu çalışmada, rozasea hastalarında intestinal bariyer bütünlüğünün çoklu serum belirteçleriyle değerlendirilmesi ve bu belirteçlerin hastalık şiddeti, gastrointestinal yakınma yükü ve yaşam kalitesiyle ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Prospektif olgu-kontrol tasarımındaki çalışmaya, fenotip temelli National Rosacea Society ölçütlerine göre tanı alan 44 rozasea hastası ile yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş 44 sağlıklı gönüllü alındı. Otoimmün ya da inflamatuar deri hastalığı, malignite, aktif enfeksiyon, immünsupresif tedavi ve bilinen gastrointestinal hastalık (inflamatuar bağırsak hastalığı, çölyak hastalığı, irritabl bağırsak sendromu) bulunan bireyler her iki gruptan da dışlandı. Vücut kitle indeksi, besin tüketim sıklığı anketiyle değerlendirilen diyet alımı ve Ampirik Diyet İnflamatuar İndeksi gruplar arasında benzerdi; böylece başlıca karıştırıcı etkenler kontrol altına alındı. Hastalık şiddeti Araştırmacı Global Değerlendirmesi (IGA) ve Rozasea Semptom Skoru, yaşam kalitesi RosaQoL, gastrointestinal yakınma yükü ise yapılandırılmış bir anketle değerlendirildi. Serumda, bariyer işlevinin birbirini tamamlayan boyutlarını yansıtan dört belirteç ölçüldü: D-laktat (bakteriyel translokasyon), klaudin-3 (sıkı bağlantı bütünlüğü), intestinal yağ asidi bağlayıcı protein (I-FABP; enterosit hasarı) ve zonulin ailesi peptidleri (ZFP; geçirgenlik düzenlenmesi). Gruplar Mann-Whitney U testiyle karşılaştırıldı, ilişkiler Spearman korelasyon analiziyle incelendi ve bağımsız belirleyiciler çok değişkenli lojistik regresyonla saptandı.

Bulgular: Rozasea hastalarında D-laktat (medyan 0,85'e karşılık 0,36 mmol/L; $p < 0,001$; Cohen $d=1,43$), klaudin-3 (6,02'ye karşılık 3,94 ng/mL; $p < 0,001$; $d=0,66$) ve ZFP (18,19'a karşılık 10,59 ng/mL; $p=0,013$; $d=0,56$) düzeyleri kontrollere göre belirgin olarak yüksekti. Çok değişkenli analizde rozasea tanısıyla bağımsız olarak ilişkili tek belirteç D-laktat oldu (OR 4,93; %95 GA 1,35–18,08; $p=0,016$). Belirteç düzeyleri deri tutulumu şiddetinden bağımsızdı; IGA ya da Rozasea Semptom Skoru ile korelasyon göstermedi. Hasta grubunda yalnızca ZFP, hem gastrointestinal yakınma yükü ($r=0,35$; $p=0,018$) hem de RosaQoL toplam skoru ($r=0,36$; $p=0,016$) ile ilişkiliydi. I-FABP düzeyindeki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($p=0,078$).

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, rozasea hastalarında ölçülebilir bir intestinal bariyer bozukluğunun, deri hastalığının klinik şiddetinden bağımsız olarak bulunduğunu göstermektedir. D-laktat rozasea tanısıyla bağımsız ilişkili en güçlü belirteç olarak öne çıkarken, ZFP

gastrointestinal yakınma yükü ve yaşam kalitesiyle ilişkili tek belirteçtir. Bulgular, intestinal bariyer bozukluğunun rozaseada deri tutulumuna eşlik eden, tamamlayıcı ve sistemik bir hastalık boyutu olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: rozasea, mikrobiyom, intestinal

Yayın No: SS-043
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Kutanöz Vaskülitte Kronikleşmeyi Akut Faz Reaktanları Değil, İmmünolojik Yük Öngörebilir

Nur Defne Doğan[1], Ayşenur Botsalı[1]

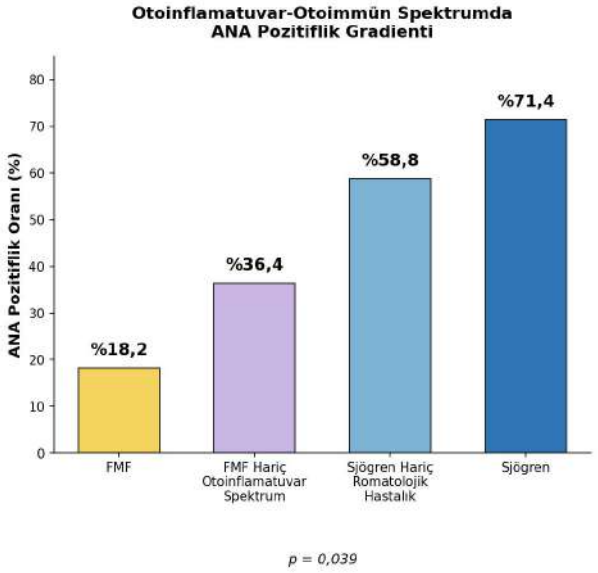
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Kutanöz vaskülitin klinik seyri, kendini sınırlayan akut bir atak ile persistan/kronik bir süreç arasında değişkenlik gösterir. Akut faz reaktanları, inflamatuvar belirteçler, yaş, direkt immünfloresan bulgularının ve komorbiditelerin kronikleşmeyi öngörüp öngörmediği belirsizdir. Bu çalışmada, kutanöz vaskülit ön tanısıyla biyopsi yapılan hastalarda kronikleşmenin belirleyicisinin akut inflamatuvar aktivite mi, yoksa altta yatan otoinflamatuvar/otoimmün komorbidite yükü mü olduğunu değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Kutanöz vaskülit ön tanısıyla biyopsi yapılan 377 hastadan 207'sinde histopatolojik doğrulama sağlandı. Hastalık seyri akut (≤30 gün, n=108) ve persistan+kronik (n=99) olarak sınıflandırıldı. Gruplar; akut faz reaktanları/inflamatuvar belirteçler, DİF bulguları, otoinflamatuvar/otoimmün komorbiditeler ve tedavi yoğunluğu açısından karşılaştırıldı. İki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U, ki-kare/Fisher testleri; ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: CRP, sedimentasyon, NLR, SII, SIRI ve RDW dahil hiçbir akut faz reaktanı/inflamatuvar belirteç kronikleşmeyi öngörmedi (tümü $p > 0,05$); yaş grupları arasında da fark yoktu. DİF IgA birikimi kronikleşmeyle ilişkili değildi; ancak organ tutulumunu (gastrointestinal p=0,012; nefrolojik p=0,017) ve erkek cinsiyet baskınlığını (%65,5 vs %44,3, p=0,004) öngördü, idiyopatik etiyoloji oranı ise IgA(+) grupta anlamlı olarak daha düşüktü (%41,7 vs %59,0, p=0,021). Buna karşın DİF fibrinojen birikimi (%35,4 vs %19,6, p=0,017), kriyoglobulin pozitifliği (%10,4 vs %0, p=0,047), FMF/otoinflamatuvar spektrum birlikteliği (%18,2 vs %6,5, p=0,018) ve Sjögren/romatolojik komorbidite birlikteliği (%24,2 vs %7,4, p=0,002) persistan+kronik grupta anlamlı olarak daha sıktı. FMF prevalansı Türkiye genel popülasyonunun yaklaşık 60 katıydı (%6,3). Sjögren sendromu birlikteliği olan hastalarda persistan/kronik seyir oranı en yüksekti (%66,7, n=15). Otoinflamatuvar-otoimmün komorbidite gruplarında ANA pozitifliği kademeli bir artış gösterdi (FMF→FMF hariç otoinflamatuvar spektrum→Sjögren hariç romatolojik komorbidite→Sjögren: %18,2→%36,4→%58,8→%71,4, p=0,039). Tedavi yoğunluğu ile kronikleşme oranı paralel seyretti (topikal→tek sistemik→kombine: %32,0→%45,3→%97,1, $p < 0,001$); CRP paterni ise doğrusal artış göstermedi.

Otoinflamatuvar-Otoimmün Spektrumda ANA Pozitiflik Gradienti



Dört komorbidite grubunda (FMF, FMF hariç otoinflamatuvar spektrum, Sjögren hariç romatolojik hastalık, Sjögren) ANA pozitifliği kademeli bir artış paterni göstermiştir (p=0,039).

Akut ve Persistan+Kronik Hastalık Seyrinin Klinik, Laboratuvar ve Tedavi Özellikleri (N=207)

Akut ve Persistan+Kronik Hastalık Seyrinin Klinik, Laboratuvar ve Tedavi Özellikleri (N=207)

Değişken	Akut (n=108)	Persistan+ Kronik (n=99)	p
Demografik			
Yaş (medyan [IQR])	58,0 [39,5-70,2]	55,0 [34,5-66,5]	0,232
Cinsiyet (erkek)	60/108 (%55,6)	49/99 (%49,5)	0,464
İnflamatuvar Biyobelirteçler (Medyan [IQR])			
CRP (mg/L)	15,0 [5,0-35,0]	10,0 [2,8-34,5]	0,258
Sedimentasyon	17,0 [7,8-41,2]	18,5 [6,0-43,2]	0,941
NLR	2,7 [2,0-4,4]	2,4 [1,9-3,6]	0,253
PLR	150,1 [115,7-208,5]	128,8 [104,0-171,0]	**0,027**
LMR	3,4 [2,4-4,6]	3,8 [2,8-4,7]	0,211
SII	741,8 [506,7-1330,7]	624,3 [441,6-1154,3]	0,086
SIRI	1,5 [0,9-3,2]	1,3 [0,8-2,3]	0,274
DİF Bulguları			
DİF IgA	42/107 (%39,3)	42/99 (%42,4)	0,748
DİF IgM	54/107 (%50,5)	50/99 (%50,5)	1,000
DİF IgG	8/107 (%7,5)	6/98 (%6,1)	0,915
DİF Fibrinojen	21/107 (%19,6)	35/99 (%35,4)	**0,017**
DİF C3	77/107 (%72,0)	74/99 (%74,7)	0,769
İmmünolojik Belirteçler			
ANA pozitif	14/76 (%18,4)	24/91 (%26,4)	0,300
RF pozitif	7/54 (%13,0)	20/70 (%28,6)	0,062
Kriyoglobulin pozitif	0/38 (%0)	7/67 (%10,4)	**0,047**
C3/C4 düşük	7/71 (%9,9)	14/87 (%16,1)	0,362
GGK pozitif	6/81 (%7,4)	13/83 (%15,7)	0,159
Komorbidite Grupları			
FMF + Otoinflamatuvar Spektrum	7/108 (%6,5)	18/99 (%18,2)	**0,018**
Romatolojik Hastalık (Sjögren dahil)	8/108 (%7,4)	24/99 (%24,2)	**0,002**
Malignite + MGUS	9/108 (%8,3)	10/99 (%10,1)	0,842
Tedavi Grupları			
Sadece Topikal	66/108 (%61,1)	31/98 (%31,6)	**<0,001**
Tek Sistemik	41/108 (%38,0)	34/98 (%34,7)	0,732
Kombine	1/108 (%0,9)	33/98 (%33,7)	**<0,001**

Sarı vurgulu satırlar istatistiksel olarak anlamlı bulguları (p<0,05) göstermektedir. PLR anlamlı fark göstermiş olsa da (p=0,027), düşük AUC (<0,60) nedeniyle klinik ayırt edicilik açısından kanıt düzeyi zayıftır.

Tartışma ve Sonuç: Bulgularımız, kutanöz vaskülitte kronikleşmenin akut inflamatuvar aktivite düzeyinden değil, hastanın altta yatan immünolojik yükünden kaynaklandığını düşündürmektedir. Tedavi yoğunluğu ile kronikleşmenin paralel seyretmesine karşın CRP paterninin doğrusal olmaması, bu ilişkinin akut inflamasyon şiddetinden çok tedavi endikasyonunu yansıttığını düşündürmektedir. DİF fibrinojen birikimi damar duvarında kalıcı iskemik hasarı, kriyoglobulinemi ise immün komplekslerin kompleman sistemini sürekli aktive ederek süreci kronikleştirdiğini düşündürmektedir. FMF prevalansının genel popülasyonun yaklaşık 60 katı bulunması, Akdeniz kökenli ve MEFV taşıyıcılığının yüksek olduğu toplumumuzda, özellikle relapslarla seyreden, karın ağrısı, ateş ve artralji gibi sistemik bulguları olan kutanöz vaskülit hastalarında FMF başta olmak üzere otoinflamatuvar hastalık spektrumunun araştırılmasının değerli olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, kesin FMF tanısı almamış ancak düşük penetranslı MEFV varyantları, PFAPA veya DADA2 gibi farklı otoinflamatuvar tanılar içeren heterojen bir 'otoinflamatuvar spektrum' grubunun varlığı, bu spektrumun tek bir hastalıktan ibaret olmadığını göstermektedir. Kohortumuzda dikkat çekici bir diğer bulgu, ileri yaşta relapslarla seyreden ve sistemik semptomlar ve bulgularla araştırılan hastalarda diğer otoinflamatuvar hastalıkların (VEXAS gibi) da akılda tutulması gerektiğidir; bu tablo özellikle maligniteyle birlikte görülebilen vaskülit olgularında ayırıcı tanıda değerlidir. ANA pozitifliğindeki kademeli artış paterni (FMF→FMF hariç otoinflamatuvar spektrum→Sjögren hariç romatolojik komorbidite→Sjögren), otoinflamatuvar-otoimmün geçişi tek bir kohortta somutlaştırmaktadır. Sjögren grubundaki sayıca dikkat çekici birliktelik, en yüksek kronikleşme oranı ve artmış lenfoma sıklığı, bu hastaların uzun dönemli hematolojik izlem açısından da takip edilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Sonuç olarak, yeni tanı konulan vaskülit hastalarında FMF ve Sjögren sendromu gibi otoinflamatuvar/otoimmün komorbiditelerin taranması, kronikleşme riskini öngörmede akut faz reaktanlarından daha değerli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kutanöz vaskülit, Kronikleşme, Otoinflamatuar hastalıklar

Yayın No: SS-044
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Deri Malignitesi Öyküsü Olan Hastalarda Baş Ve Boyunda Güneş Koruyucu Uygulama Boşluklarının Ultraviyole Görüntüleme İle Değerlendirilmesi

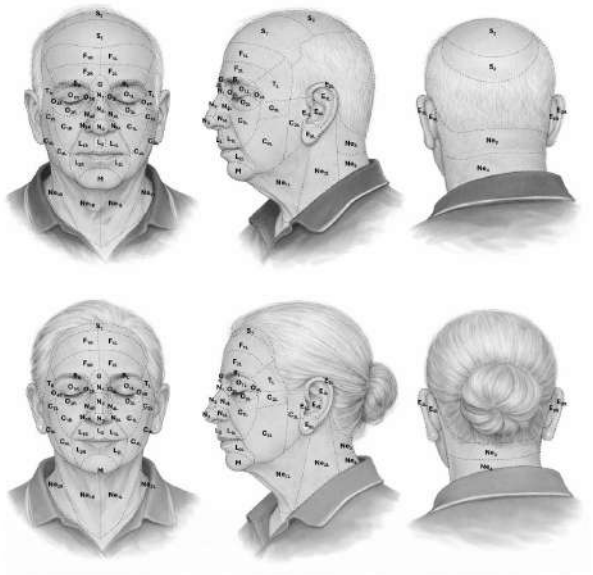
Ozan Erdem[1], Tuğçe Yaralı Gürel[1], Fulya Altınay Köse[1], Kübra Akdemir Yücel[1], Buğra Burç Dağtaş[1], Vefa Aslı Erdemir[1], Melek Aslan Kayıran[1], Mehmet Salih Gürel[1]

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

Giriş ve Amaç: Deri malignitesi öyküsü olan hastalarda yeni primer deri kanseri riski artmış olduğundan etkili fotokorunma önemlidir. Ancak güneş koruyucunun baş ve boynun anatomik olarak karmaşık bölgelerine eşit uygulanması güçtür. Bu çalışmada, standartlaştırılmış ultraviyole (UV) görüntüleme ile güneş koruyucu dağılımının 59 anatomik alt birimde değerlendirilmesi, sık atlanan bölgelerin belirlenmesi ve kapsama bütünlüğüyle ilişkili etkenlerin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezli kesitsel çalışmaya, histopatolojik olarak doğrulanmış deri malignitesi öyküsü bulunan erişkinler alındı. Katılımcılara yaklaşık 2 g geniş spektrumlu güneş koruyucu verilerek, bölgesel yönlendirme yapılmadan baş ve boyunlarına günlük alışkanlıklarına uygun şekilde uygulamaları istendi. Uygulama öncesi ve sonrası görüntüler 365 nm UV ışık altında standart pozisyonlarda kaydedildi. Her alt birim, güneş koruyucu saptanmaması, kısmi kapsama ve tam kapsama olarak 0–2 puanlandı; 0–100 aralığında kapsama bütünlüğü indeksi (KBİ) hesaplandı. Görüntüler iki dermatolog tarafından bağımsız değerlendirildi, uyumsuzluklar üçüncü değerlendirici tarafından karara bağlandı. Katılımcı özellikleri ve kullanım alışkanlıkları analiz edildi; KBİ ile ilişkili etkenler çok değişkenli doğrusal regresyonla araştırıldı.

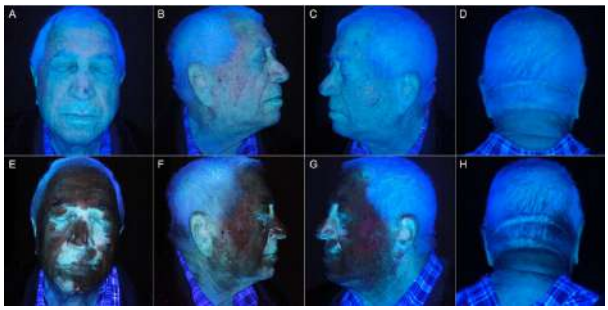
Şekil 2. Güneş koruyucu kaplanmasının değerlendirilmesinde kullanılan baş ve boyun anatomik alt birimleri



Şekil 2. Ultraviyole görüntülerde bölgesel güneş koruyucu kaplanmasını değerlendirmek amacıyla baş ve boynun önceden tanımlanmış 59 anatomik alt birime ayrıldığı şematik gösterim. Üst sırada erkek, alt sırada kadın modeli; frontal, lateral ve posterior açılardan gösterilmiştir. Saç çizgisi ve saçlı deri, üst yüz, perioküler alan, burun, yanaklar, perioral bölge ve çene, kulaklar ile boyun ayrı anatomik bölgelere ayrılmış; sağ ve sol taraflar ilgili kodlarla belirtilmiştir. Erkek ve kadın modellerinde saç çizgisi ve saçlı deri sınırları cinsiyete özgü anatomik farklılıklar dikkate alınarak düzenlenmiş, diğer alt birim tanımları aynı tutulmuştur.

Bulgular: Görüntülenen 98 hastanın 97'si analize alındı; yaş ortalaması 66,6±12,8 yıl, erkek oranı %54,6 idi. En sık malignite bazal hücreli karsinomdu (%58,8); katılımcıların %71,1'inde malignite baş-boyun yerleşimliydi. Katılımcıların yalnızca %13,4'ü yıl boyunca düzenli güneş koruyucu kullanırken, %43,3'ü hiç kullanmıyordu. Güneş koruyucu kullananlarda iki-üç saatte bir düzenli yenileme %3,6, iki parmak kuralını bilme ve uygulama %7,3 oranındaydı. Toplam 5.573 değerlendirilebilir alt birimde tam kapsama %38,5, kısmi kapsama %30,2, güneş koruyucu saptanmaması %31,3 bulundu. Ortanca KBİ 54,4'tü (çeyrekler arası aralık: 43,9–65,8); hastaların yalnızca %25,8'i alt birimlerinin en az yarısında tam kapsama sağladı, hiçbir hastada tüm alt birimler tam kaplanmadı. Tam kapsama en sık bukkal (%85,6), zigomatik (%85,1) ve üst alın (%84,0) bölgelerinde görüldü. Güneş koruyucu saptanmaması konka (%96,9), retroauriküler bölge (%86,3), arka boyun (%68,0–69,1) ve medial kantusta (%57,7) belirgindi. Saçlı derisi açıkta olan katılımcılarda oksipital bölge (%82,6) ve verteks (%76,0) sıklıkla korunmamıştı. Tek değişkenli analizlerde daha genç yaş, kadın cinsiyet, daha düzenli kullanım ve daha fazla bildirilen uygulama bölgesi daha yüksek KBİ ile ilişkiliydi. Çok değişkenli analizde, kişinin bildirdiği her ek uygulama bölgesi KBİ'de 4,28 puan artışla ilişkiliydi (%95 güven aralığı: 2,15–6,40; $p < 0,001$); yıl boyu düzenli kullanım bağımsız olarak anlamlı değildi ($\beta=6,92$; $p=0,052$). Değerlendiriciler arası uyum yüksekti (ağırlıklı kappa=0,861).

Şekil 1. Güneş koruyucu uygulaması öncesi ve sonrası standart ultraviyole görüntüleme



Şekil 1. Aynı katılımcının güneş koruyucu uygulaması öncesinde ve sonrasında elde edilen standart ultraviyole (UV) görüntüleri. A–D panelleri, uygulama öncesi frontal (A), sağ lateral (B), sol lateral (C) ve posterior (D) görüntüleri; E–H panelleri ise güneş koruyucu uygulaması sonrasında aynı açılardan elde edilen görüntüleri göstermektedir. UV ışığı absorbe eden güneş koruyucu uygulanmış alanlar daha koyu, ürünün uygulanmadığı veya yetersiz uygulandığı alanlar ise daha açık/parlak görünmektedir. Bu olguda özellikle medial kantuslar, antiheliksler, konkalar, retroauriküler bölgeler, perioral alan ve burun yan duvarlarında belirgin uygulama boşlukları izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Deri malignitesi öyküsü olan hastalarda güneş koruyucu uygulaması baş ve boyunda belirgin bölgesel farklılık göstermektedir. Özellikle kulak, retroauriküler alan, medial kantus, arka boyun ve açık saçlı deri sistematik olarak atlanmaktadır. Standart klinik ortam ve tek ürün kullanımı genellenebilirliği sınırlasa da, 59 alt birimli değerlendirme yaklaşımı mevcut çalışmaları daha ayrıntılı anatomik verilerle genişletmektedir. Fotokorunma danışmanlığında genel öneriler yerine bu yüksek riskli bölgeleri içeren, adım adım ve bölgeye özgü uygulama eğitimi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: fotokorunma, ultraviyole görüntüleme, güneş koruyucu ajanlar

Yayın No: SS-045
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN MİKOZİS FUNGOİDES HASTALARININ KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Asena Doğan Kayıkçı[1], Mehmet MELİKOĞLU[1]

[1]Atatürk Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Mycosis Fungoides (MF) tanılı hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek ve bölgesel verileri literatüre kazandırmaktır

Yöntem: Bu çalışma, tek merkezli, retrospektif ve kesitsel bir araştırma olup, MF tanısı doğrulanmış hastaların demografik, klinik ve komorbid özelliklerinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Çalışma 137 hasta üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler hasta dosyaları ve elektronik kayıtlar aracılığıyla toplanmıştır. Demografik özellikler, hastalık evresi, komorbiditeler, yaşam tarzı faktörleri ve laboratuvar parametreleri standart bir veri formu ile sistematik olarak kaydedilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 27.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada erkek predominansı ve orta yaş dağılımı izlendi. Komorbidite oranı yüksek (%65,69) bulundu. En sık HT, tiroid hastalıkları ve DM saptandı. Malignite öyküsü %9,49 olup en sık multiple myelom ve akciğer kanseri görüldü. Hastaların büyük çoğunluğu erken evrede başvurdu (%96,35). Ancak takipte ileri evre oranı %8,03'e yükseldi. Yaşın komorbidite ve malignite için bağımsız risk faktörü olduğu görüldü. İleri evre ile yaş ve eğitim düzeyi arasında ilişki saptandı ($p < 0,05$). Biyokimyasal olarak D vitamini eksikliği sık görülürken, TSH ve hipotiroidi ile hastalık evresi arasında anlamlı ilişki bulundu ($p < 0,05$). Buna karşın hastalık evresini bağımsız olarak öngören bir değişken belirlenemedi.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada Mycosis Fungoides (MF) tanılı 137 hastanın demografik, klinik, biyokimyasal ve komorbidite özellikleri değerlendirildi. Hastaların çoğu erkek olup ortalama yaş 50,4 yıl, tanı yaşı ise 44,3 yıl olarak bulundu. Olguların büyük bölümü il merkezinde yaşayan, evli ve çalışmayan bireylerden oluştu. En sık komorbiditeler hipertansiyon, tiroid hastalıkları ve diyabetes mellitus olup hastaların %65,69'unda en az bir komorbidite saptandı. Komorbid dermatolojik hastalıklar içinde Behçet hastalığı (%2,19) en sık görülen dermatolojik hastalık olarak belirlendi ve bu durum MF ile immün aracılı inflamatuvar hastalıklar arasında ortak immünopatogenetik mekanizmalar olabileceğini düşündürdü. Malignite öyküsü %9,49 oranında görülürken en sık multiple myelom ve akciğer kanseri saptandı. Dermatolojik muayenede yama ve plak lezyonları baskın olup bu bulgu MF'nin klasik klinik paternini desteklemekteydi. D vitamini eksikliği yüksek oranda saptanırken B12 ve folat düzeyleri çoğunlukla normal bulundu. Hastaların büyük kısmı tanı anında erken evredeydi ve

takipte sınırlı sayıda olguda evre progresyonu izlendi. Yaşın hem komorbidite hem de malignite gelişimi açısından bağımsız risk faktörü olduğu gösterildi. Hipotiroidi ve yüksek TSH düzeyleri ileri evre ile ilişkili bulunmasına rağmen çok değişkenli analizlerde hastalık evresini bağımsız olarak öngören bir değişken saptanmadı. Bulgular genel olarak literatür ile uyumlu olup erkek predominansı, erken evre tanı ve yama-plak ağırlıklı klinik görünüm önceki çalışmaları destekledi. Buna karşın tiroid bozukluklarının belirgin sıklığı, hipotiroidi ile hastalık evresi arasındaki ilişki ve Behçet birlikteliği çalışmanın dikkat çekici ve özgün bulguları arasında yer aldı. Çalışmanın tek merkezli ve retrospektif olması başlıca sınırlılıkları oluştururken, klinik, demografik, biyokimyasal ve komorbidite verilerinin aynı kohortta bütüncül olarak değerlendirilmesi önemli bir güçlü yön olarak öne çıktı. Sonuç olarak MF hastalarının yalnızca dermatolojik açıdan değil, komorbiditeler, sekonder maligniteler ve sistemik özellikler açısından multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiği, özellikle ileri yaş hastalarda yakın takip ve D vitamini düzeylerinin rutin olarak göz önünde bulundurulmasının klinik açıdan yararlı olabileceği vurgulandı.

Anahtar Kelimeler: mikozis fungoides, komorbidite, risk faktörleri

Yayın No: SS-046
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Atopik Egzama Durum Değerlendirmesinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirliği

Ayşegül Öz[1], İlknur Kıvanç Altunay[1], Selma Metintaş[2], Birgül Özkesici Kurt[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir

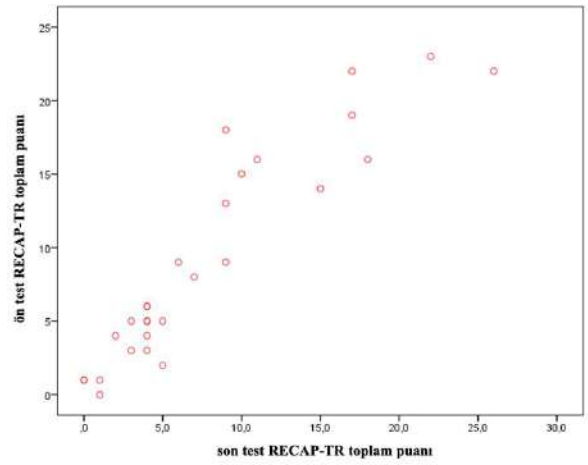
Giriş ve Amaç: Atopik dermatit (AD), kronik seyirli, hastalık şiddeti ve semptom deneyimi açısından heterojen bir deri hastalığıdır. Klinisyen temelli değerlendirmelerin hasta perspektifini yeterince yansıtmaması, hasta-bildirimli sonuç ölçütlerinin önemini artırmıştır. Standart sonuç ölçütlerinin kullanılmasını sağlamak amacıyla HOME (Harmonizing Outcome Measures for Eczema) girişimi, uzun dönem hastalık kontrolünün değerlendirilmesi için hasta bildirimli bir sonuç ölçütü olan 'Recap of Atopic Eczema' (RECAP) kullanımı önermektedir. RECAP, Birleşik Krallık'ta geliştirilmiş olup günümüze dek Felemenkçe, Çince, Fransızca, Almanca ve İspanyolca dahil olmak üzere pek çok dile uyarlanmış ve uluslararası geçerlilik kazanmıştır.Bu çalışmada, RECAP ölçeğinin Türkçe versiyonunun dil uyarlamasının yapılması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu metodolojik çalışma, 1 Mart 2025-1 Nisan 2026 tarihleri arasında prospektif ve tek merkezli olarak yürütüldü. Hanifin ve Rajka kriterlerine göre AD tanısı almış 70 erişkin hasta çalışmaya dahil edildi. RECAP ölçeği ileri-geri çeviri yöntemiyle Türkçeye uyarlanarak Atopik Egzama Durum Değerlendirmesi (RECAP-TR) oluşturuldu. Katılımcılara RECAP-TR, Atopik Dermatit Kontrol Aracı (ADKA) ve ortalama ve pik kaşıntı Numerik Derecelendirme Ölçeği (NDÖ) uygulandı; hastalık şiddeti Egzama Alan ve Şiddet İndeksi (EASI) ve valide Atopik Dermatit Araştırmacı Global Değerlendirmesi (vIGA-AD) ile değerlendirildi. Test-tekrar test güvenirliği için 29 hastaya iki hafta sonra yeniden RECAP-TR uygulandı. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ve madde-toplam korelasyonları ile değerlendirildi. Test-tekrar test güvenirliği Spearman korelasyon analizi ve sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile analiz edildi. Yapı geçerliliği açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile değerlendirildi. Yakınsak geçerlilik, RECAP-TR skorları ile diğer ölçüm araçlarından elde edilen skorlar arasındaki ilişkilerin Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmesiyle incelendi.

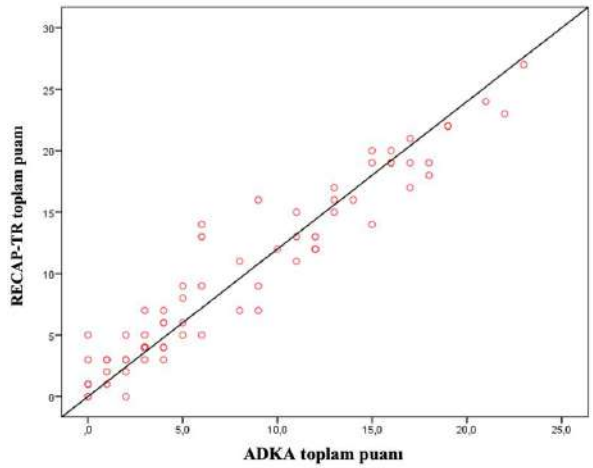
Bulgular: RECAP-TR toplam puanı ortalama 10,19±7,31 (medyan: 8,50) olarak bulundu. İç tutarlılık analizi sonucunda Cronbach alfa katsayısı 0,927 olarak saptandı. Test-tekrar test analizinde Spearman korelasyon katsayısı r=0,928 ($p < 0,001$) ve ICC değeri 0,927 (%95 GA: 0,898-0,951) olarak bulundu (Şekil-1). Açımlayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0,883 ve Bartlett küresellik testi anlamlı bulundu (χ^2=378,486; $p < 0,001$). Doğrulayıcı faktör analizinde model uyumunun iyi olduğu saptandı (Standardized Root Mean Square Residual=0,040; Comparative Fit Index=1,000; Tucker-Lewis Index=1,000). Bu bulgular ölçeğin

yapı geçerliliğini destekledi. Yakınsak geçerlilik analizinde RECAP-TR ile ADKA arasında çok güçlü pozitif korelasyon (r=0,954; p < 0,001), ortalama ve pik kaşıntı NDÖ skorları ile güçlü pozitif korelasyonlar (sırasıyla r=0,896 ve r=0,894; her ikisi için p < 0,001) saptandı (Şekil-2). RECAP-TR ile EASI (r=0,413; p < 0,001) ve vIGA-AD (r=0,513; p < 0,001) arasında orta düzeyde korelasyon saptandı (Tablo-1).

Şekil 1. Atopik Egzama Durum Değerlendirmesinin ön test ve son test sonuçları arasındaki serpilme diyagramı



Şekil 2. Atopik Egzama Durum Değerlendirmesi ile Atopik Dermatit Kontrol Aracı arasındaki serpilme diyagramı



Tablo 1. Atopik Egzama Durum Değerlendirmesinin yakınsak geçerlilik analizi sonuçları

Ölçüt	Spearman r	p
ADKA	0,954	<0,001

ortalama kaşıntı NDÖ	0,896	<0,001
pik kaşıntı NDÖ	0,894	<0,001
vIGA-AD	0,513	<0,001
EASI	0,413	<0,001

Tartışma ve Sonuç: Bulgularımız, RECAP-TR'nin yüksek iç tutarlılık, güçlü test-tekrar test güvenirliği ve güçlü yakınsak geçerlilik sergilediğini göstermektedir. Sonuçlarımızın Felemenkçe, Çince ve İngilizce validasyon çalışmalarıyla uyumlu olması, ölçeğin kültürlerarası psikometrik sağlamlığını desteklemektedir. Klinisyen bildirimli hastalık şiddeti ölçütleri ile orta düzeyde korelasyon göstermesi ise RECAP-TR'nin objektif klinik değerlendirmeleri tamamlayan hasta merkezli bilgi sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte çalışmanın tek merkezli tasarımı ve sınırlı örneklem büyüklüğü başlıca kısıtlılıklardır. Sonuç olarak, RECAP-TR, AD'li erişkin hastalarda hastalık kontrolünü değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir hasta bildirimli sonuç ölçütüdür. RECAP'in Türkçeye uyarlanması, klinik uygulamada hasta merkezli değerlendirmeyi destekleyecek ve araştırmalarda standardize bir sonuç ölçütü olarak kullanımına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: atopik egzama durum değerlendirmesi, geçerlilik ve güvenilirlik, hasta bildirimli sonuç ölçütleri

Yayın No: SS-047
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Bowen Hastalarının Klinikopatolojik Bulgular ve Komorbiditeler Açısından Değerlendirilmesi: Retrospektif Tek Merkezli Çalışma

Büşra Dereli Çamlı[1], Aysun Şikar Aktürk[1], Gizem Gökçe Gürel[2], Çiğdem Vural[2], Emrah Kağan Yaşar[3], Evren Odyakmaz Demirsoy[1], Abdullah Demirbaş[1], Dilek Bayramgürler[1], Rebiay Kıran[1], Nilgün Sayman[1], Canan Baydemir[4]

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı
[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[4]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Bowen hastalığı (BH), yavaş seyirli in situ skuamöz hücreli karsinom (SHK)'dur. Bu çalışmada, BH hastalarının demografik, klinik ve histopatolojik özelliklerinin, uygulanan tedavi yaklaşımlarının ve uzun dönem klinik sonuçlarının ve komorbiditelerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2017–2025 yılları arasında histopatolojik olarak BH tanısı alan 46 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, tanı yaşı, lezyon lokalizasyonu, lezyon sayısı, uygulanan tedaviler ve takip süreleri, eşlik eden komorbiditeler kaydedildi. Rekürrens, farklı lokalizasyonda yeni BH gelişimi, SHK gelişimi ve metastaz değerlendirildi. Ulaşılabilen 44 lezyona ait histopatolojik bulgular tekrar değerlendirildi. Tüm veriler istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 29'u (%63,0) erkek, 17'si (%37,0) kadın toplam 46 hasta alındı. Ortalama tanı yaşı 72,5 (62,5–80,0 yıl) yıl ve takip süresi 5 (3–6,25 yıl) yıldı. Lezyonlar en sık baş-boyun (%28,3), genital bölge (%21,7) ve alt ekstremiteye (%21,7) yerleşmekteydi. Hastaların %39,1'inde lezyonlar güneş gören bölgelerde yerleşirken, %21,7'sinde anogenital bölgede yerleşim göstermekteydi. Olguların %93,5'inin tek lezyonu vardı. En sık uygulanan tedavi total cerrahi eksizyondu (n=41; %89,1). Eşlik eden AK, BHK ve SHK öyküsü sırasıyla %23,9, %13,0 ve %13,0 oranındaydı. Sistemik komorbidite verilerine ulaşılabilen 35 hastanın 20'sinde (%57,1) kardiyovasküler sistem hastalığı saptanmış olup, hipertansiyon 13 hasta ile en sık görülen kardiyovasküler komorbiditeydi. Histopatolojik bulgularına ulaşılabilen 44 olguda tam kat epidermal atipi ve atipik keratinositler %95,7 en sık izlenen bulgular olup, ayrıca koilositoz %75 oranında izlendi. İzlemde bir hastada (%2,2) aynı lokalizasyonda rekürrens, üç hastada (%6,5) farklı lokalizasyonda yeni BH gelişti. Ayrıca üç hastada tanı anında total eksizyon materyalinde invaziv SHK'un eşlik ettiği, punch biyopsi ile BH tanısı alan ve tedavi uygulanamayan bir hastada ise dört yıl sonra aynı bölgede invaziv SHK ve lenf nodu metastazı geliştiği saptandı. SHK saptanan hastaların medyan yaşı 79,5 yıl olup, üçü (%75) genital bölgede yerleşmekteydi. Hastaların ikisi erkek, ikisi kadındı. SHK saptanan ve

saptanmayan olgular arasında yaş (p=0,458), cinsiyet (p=0,619) ve güneş gören bölgede yerleşim (p=0,144) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Bowen Hastalarının Klinikopatolojik Özellikleri, Tedavi Yaklaşımları ve Takip Sonuçları

Değişken	**n (%) / Ortanca değer (ÇAA)**
Demografik, klinik özellikler	**(n=46)**
Tanı yaşı (yıl)	72,5 (62,5–80,0)
Erkek cinsiyet	29 (%63,0)
Baş-boyun yerleşimi	13 (%28,3)
Anogenital tutulum	10 (%21,7)
Multipl Bowen hastalığı	3 (%6,5)
Tedavi ve takip	**(n=46)**
Cerrahi eksizyon	41 (%89,1)
Takip süresi (yıl)	5 (3–6,25)
Histopatolojik özellikler	**(n=44)**
Tam kat epidermal atipi	44 (%100)
Atipik keratinositler	44 (%100)
Dermal inflamasyon	42 (%95,5)
Parakeratoz	40 (%90,9)
Akantoz	39 (%88,6)
Diskeratoz	35 (%79,5)
Hiperkeratoz	34 (%77,3)

Koilositoz	33 (%75)
Pigment inkontinansı	12 (%27,3)
Atipik mitoz	9 (%20,5)
Solar elastoz	8 (%18,2)
Uzun dönem takip verileri ve invazyon	**(n=46)**
Lokal rekürrens	1 (%2,2)
Farklı lokalizasyonda yeni primer BH	3 (%6,5)
Eksizyon materyalinde invaziv SHK	3 (%6,5)
Takipte invaziv SHK progresyonu	1 (%2,2)
Bölgesel lenf nodu metastazı	1 (%2,2)

ÇAA: Çeyrekler arası aralık; BH: Bowen hastalığı; SHK: Skuamöz hücreli karsinom

Tartışma ve Sonuç: Literatürde BH'nin çalışmamızda olduğu gibi ileri yaş grubunda ve en sık baş-boyun bölgesinde görüldüğü saptanmıştır. Zhou ve arkadaşlarının serisinde ise gövde ve ekstremiteler en sık tutulan bölgeler olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada çalışmamızla benzer şekilde, en sık eşlik eden komorbidite kardiyovasküler hastalık olarak bildirilmiştir. Daha çok güneş gören bölgelere yerleşmesi nedeniyle çalışmamızda olduğu gibi en sık AK olmak üzere BHK ve SHK BH'ye eşlik edebilir. Çalışmamızda histopatolojik bulgulara baktığımızda diğer çalışmalardan farklı olarak koilositoz daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgu BH'a Human Papilloma Virüs enfeksiyonunun eşlik edebileceğini gösteren değerli bir bulgudur. Literatürde biyopsi ile BH tanısı alan lezyonlarda eksizyon sonrasında invaziv SHK saptanma oranlarının yaklaşık %3,5–10,1 arasında değiştiği bildirilmiştir. Çalışmamızda üç hastada tanı anında, tedavi uygulanamayan bir hastada ise 4 yıl sonra lezyon üzerinde SHK geliştiği görüldü. Bu hastalığın SHK'a dönüşüm riskini gösteren önemli bir bulgudur. Dolayısıyla çalışmamız, bir yandan sınırlı biyopsiye bağlı invaziv SHK atlanma olasılığına, diğer yandan tedavi edilmeyen lezyonlarda uzun dönemde invaziv SHK gelişme riskine dikkat çekmektedir. Bildiğimiz kadarıyla, Türkiye'den BH'ye ilişkin çeşitli olgu sunumları bulunmakla birlikte, hastaların klinikopatolojik özelliklerini, eşlik eden komorbiditelerini, tedavi yaklaşımlarını ve uzun dönem takip sonuçlarını birlikte değerlendiren kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu kapsamda çalışmamız sunulmaya değer görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: bowen hastalığı, skuamöz hücreli Karsinom in situ, invaziv skuamöz hücreli Karsinom

Yayın No: SS-048
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

HİDRADENİTİS SUPPURATİVADA KLİNİK VE ULTRASONOGRAFİK EVRELEMENİN KARŞILAŞTIRILMASI: UYUM, SİSTEMATİK ÜST-EVRELEME VE TEDAVİ KARARINA OLASI ETKİSİ

Elifnur Erdem Paker[1], Seren Oğuz Gezgin[1], Beril Akçagül[1], Ece Uğurer[1], Burçe Can Kuru[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS); aksilla, inguinal ve gluteal gibi kıvrım bölgelerini tutan, ağrılı nodül, apse, sinüs traktları ve skarla seyreden kronik, tekrarlayıcı, inflamatuvar bir kıl folikülü hastalığıdır ve yaşam kalitesini belirgin biçimde bozar. Tedavi yoğunluğu büyük ölçüde hastalık evresine göre belirlenir; ancak yaygın kullanılan Hurley evrelemesi yalnızca klinik muayeneye dayandığından derin ve subklinik tutulumu olduğundan düşük değerlendirebilir. Bu çalışmada klinik Hurley evrelemesi ile ultrasonografi (USG) temelli modifiye Hidradenitis Suppurativa Sonografik Skorlaması (MSOSHS) arasındaki uyumu, kaymanın yönünü ve bunun tedavi kararına olası etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Tek merkezli kesitsel çalışmaya 207 HS hastası alındı; etik kurul onayı alındı. Tüm hastalar klinik muayene ile Hurley (1-3) ve 20 MHz lineer prob içeren portabl USG ile MSOSHS (1, 2, 3a, 3b) olarak evrelendi; demografik veriler ve anatomik tutulum bölgeleri kaydedildi. Uyum analizinde MSOSHS 3a/3b alt evreleri tek "evre 3" altında birleştirildi. Hurley ve MSOSHS uyumu kappa (κ) katsayısı, hastalık şiddetiyle ilişkili faktörler ise korelasyon ve karşılaştırma analizleriyle değerlendirildi; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların median yaşı 32 (ortalama 34,9±11,8 yıl) olup %65,9'u erkekti; beden kitle indeksi ölçülenlerin %74,8'i fazla kilolu/obez, sigara verisi olanların %80,5'i içiciydi. En sık tutulan bölgeler aksilla (%85,5), inguinal (%56,5) ve gluteal (%34,8) idi. Hurley'de evre 3 oranı %22,7 iken USG ile (MSOSHS) evre 3 (3a+3b) oranı %57,0'ye yükseldi. Hastaların %53,1'i her iki yöntemde aynı evrede kalırken %46,9'u USG ile bir üst evreye taşındı ve hiçbiri alt evreye inmedi (tek yönlü kayma; $p < 0,001$). Buna bağlı olarak mutlak uyum orta düzeydeydi (κ=0,43). Klinik olarak hafif görünen Hurley 1 hastalarının %53,6'sı USG'de orta/ağır, Hurley 2 hastalarının %65,9'u USG'de ağır (3a/3b) saptandı; bu hastalar yalnız muayeneye güvenildiğinde sistemik/biyolojik tedavisi gecikebilecek gruptur. Daha yüksek ultrasonografik şiddet; sigara içiciliği (p=0,021), erkek cinsiyet (ağır hastalık %63,0'a karşı %47,1; p=0,043) ve ileri yaş (p=0,003) ile ilişkili bulundu.

Tablo 1. Klinik (Hurley) ve ultrasonografik (MSOSHS) evrelerin çapraz dağılımı

Hurley \ MSOSHS	1	2	3a	3b	Toplam
Evre 1	32	26	11	0	69
Evre 2	0	31	55	5	91
Evre 3	0	0	9	38	47
Toplam	32	57	75	43	207

Aynı şiddet düzeyine karşılık gelen hücreler (Hurley 1=MSOSHS 1, Hurley 2=MSOSHS 2, Hurley 3=MSOSHS 3a/3b) yöntemler arası uyumlu sınıflamayı (n=110; %53,1) gösterir; bu hücrelerin sağındaki değerler USG ile üst-evrelenen hastaları (n=97; %46,9), solundaki tüm hücreler ise sıfır olup alt-evreleme olmadığını yansıtır.

Tartışma ve Sonuç: Ultrasonografik MSOSHS evrelemesi, klinik Hurley'e kıyasla hastalık yükünü sistematik ve tek yönlü olarak daha yüksek saptamakta; hastaların yaklaşık yarısı bir üst evreye taşınmakta, hiçbiri alt evreye inmemektedir. Bu durum, USG'nin muayenede gözden kaçan derin ve subklinik lezyonları (apse, fistül ve sinüs traktları, dermal değişiklikler) görüntüleyerek hastalığın gerçek yaygınlığını daha nesnel ortaya koyduğunu ve MSOSHS'nin Hurley'e üstün bir evreleme yöntemi olduğunu göstermektedir. Klinik açıdan en kritik nokta, muayenede hafif veya orta görünen hastaların önemli bir bölümünün USG'de daha ağır bulunması ve bu hastalarda sistemik/biyolojik tedavi kararının öne çekilebilecek olmasıdır; nitekim Hurley 1 hastalarının yarıdan fazlası, Hurley 2 hastalarının ise üçte ikisi ultrasonografide bir üst şiddet grubuna geçmiştir. Bu nedenle HS değerlendirmesinde ultrasonografinin rutin klinik muayeneye eklenmesi, evrelemeyi daha doğru ve tekrarlanabilir kılarak tedavi seçimini optimize edebilir ve gereksiz tedavi gecikmelerini önleyebilir.

Anahtar Kelimeler: hidradenitis suppurativa, yüksek frekanslı ultrasonografi, hastalık evrelemesi

Yayın No: SS-049
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

ChatGPT-4.0'ın Eroziv-vezikülobüllöz Lezyon Tzanck Yayma Görüntülerindeki Tanısal Değerinin Tersiyer Teledermatoloji İle Değerlendirilmesi

Fatma Çelik[1], İjlal Erturan[1], Murat Durdu[2], Mehmet Yıldırım[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama Ve Araşžtırma Merkezi

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada Tzanck yayma preparatlarındaki sitolojik bulguların ve hastalık ön tanılarının farklı deneyim düzeylerine sahip dermatologlar ile Chat-GPT 4.0 tarafından değerlendirilmesi, değerlendiricilerin sitoloji alanında uzman teledermatolog olan Dermatolog A ile uyumunun karşılaştırılması ve telesitoloji ile tersiyer teledermatolojinin klinik kullanıma katkısının araştırılması amaçlandı.

Tzanck yaymada değerlendirilen başlıca sitolojik hücre ve yapılar ile temel morfolojik özellikleri

Görsel	Hücre / yapı	Temel morfolojik özellik
	Akantolitik hücre	Yuvarlak, hiperkromatik nükleuslu keratinosittir. Sitoplazması periferde daha koyu boyanır ve nükleus çevresinde soluk bir halo izlenebilir.
	Multinükleer dev hücre	Aynı sitoplazma içinde birden fazla nükleus içeren sinsityal dev keratinosittir. Nükleer kalıplaşma görülebilir.
	Tadpole (iribaş) hücresi	Nükleusu hücrenin bir tarafına itilmiş, sitoplazması kuyruk şeklinde uzanmış keratinosittir.
	Normal keratinosit	Morfolojisi epidermal olgunlaşma düzeyine göre değişir. Yüzeye doğru ilerledikçe yassılaşır ve stratum corneumda nükleusunu kaybeder.
	Nekrotik keratinosit	Piknoz, karyoreksis ve nükleer fragmantasyon gösterebilen keratinosittir.
	Eozinofil	Genellikle iki loblu nükleusa ve belirgin granüllü sitoplazmaya sahip inflamatuvar hücredir.
	Nötrofil	Segmentli, çok loblu nükleusa sahip granülosittir.
	Lenfosit	Yuvarlak, koyu boyanan nükleuslu ve dar sitoplazmalı küçük hücredir.
	Kok	Küçük, yuvarlak bakteriyel yapılardır ve preparatta kümeler halinde görülebilir.
	Hifa	Uzun, filamentöz fungal yapılardır. Dermatofitlerde segmentli ve dallanan görünüm gösterebilir.
	Spor	Yuvarlak veya oval fungal yapılardır. Bazı mantarlarda tomurcuklanan formlar görülebilir.

Çalışmada değerlendirilen başlıca sitolojik hücre ve yapılar ile temel morfolojik özellikleri özetlenmiştir.

Yöntem: Prospektif olarak yürütülen çalışmaya 100 hasta dahil edildi. Hastaların lezyonlarından hazırlanan Tzanck yayma preparatları Diff-Quick yöntemiyle boyandı. Hastaları doğrudan değerlendiren Dermatolog B, preparatları mikroskop altında inceleyerek her olgu için 4–8 yayma görüntüsü elde etti. Bu görüntüler, klinik fotoğraflar ve anamnez bilgileriyle birlikte referans

derğerlendirici olan Dermatolog A'ya iletildi. Dermatolog C ve YZ ise klinik öykü ve muayene bulgularına erişmeden yalnızca preparatlara ait statik görüntüleri değerlendirdi. On bir sitolojik bulgu ve sekiz tanı grubu için elde edilen sonuçlar Dermatolog A'nın referans değerlendirmesiyle karşılaştırıldı. Değerlendiricilerin performansı doğruluk, duyarlılık, özgüllük, PPD, NPD, F1 skoru, kappa ve ROC analizleriyle incelendi.

Bulgular: Sitolojik bulguların değerlendirilmesinde en yüksek ve en dengeli performans Dermatolog B'de saptandı. Dermatolog B, akantolitik hücre, multinükleer dev hücre, lenfosit, kok, hifa ve spor değerlendirmelerinde referansla çok iyi veya tam uyum gösterdi. Dermatolog C'nin uyumu özellikle akantolitik hücre, multinükleer dev hücre ve hifada daha yüksek bulundu. Yapay zeka (YZ), en yüksek uyumu akantolitik hücre ve multinükleer dev hücrelerde gösterirken eozinofil, nekrotik keratinosit, hifa ve sporların tanınmasında düşük performans gösterdi. Tanı grupları birlikte değerlendirildiğinde Dermatolog B 87, Dermatolog C 76 ve YZ 53 olguda doğru ön tanıya ulaştı. Dermatolog B ile Dermatolog C arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,0013$). YZ'nin ön tanısal doğruluğu ise hem Dermatolog B hem de Dermatolog C'den anlamlı olarak daha düşüktü (her iki karşılaştırma için $p < 0,001$). Dermatolog C herpetik enfeksiyon, fungal enfeksiyon ve spongiotik dermatitte daha yüksek performans gösterirken YZ pemfigoid ve artropod ısırığı reaksiyonu olgularını tanıyamadı.

Sitolojik Bulguların Tanınmasında Değerlendiricilerin Performans Ölçütleri

Sitolojik Bulgu	Metrik	Dermatolog B	Dermatolog C	Yapay zeka (Chat-GPT)
Akantolitik Hücre	Acc / Sens / Spec	96.0 / 94.1 / 100	88.0 / 92.6 / 78.1	81.0 / 82.4 / 78.1
	PPV / NPV / F1	100 / 88.9 / 97.0	90.0 / 83.3 / 91.3	88.9 / 67.6 / 85.5
Multinükleer Hücre	Acc / Sens / Spec	98.0 / 98.1 / 97.9	91.0 / 96.2 / 85.4	82.0 / 71.2 / 93.8
	PPV / NPV / F1	98.1 / 97.9 / 98.1	87.7 / 95.3 / 91.7	92.5 / 75.0 / 80.4
Eozinofil	Acc / Sens / Spec	88.0 / 81.6 / 91.9	83.0 / 94.7 / 75.8	71.0 / 39.5 / 90.3
	PPV / NPV / F1	86.1 / 89.1 / 83.8	70.6 / 95.9 / 80.9	71.4 / 70.9 / 50.8
Tadpole Hücresi	Acc / Sens / Spec	93.0 / 96.3 / 91.8	84.0 / 88.9 / 82.2	63.0 / 81.5 / 56.2
	PPV / NPV / F1	81.2 / 98.5 / 88.1	64.9 / 95.2 / 75.0	40.7 / 89.1 / 54.3
Nötrofil	Acc / Sens / Spec	77.0 / 60.8 / 93.9	75.0 / 76.5 / 73.5	66.0 / 92.2 / 38.8
	PPV / NPV / F1	91.2 / 69.7 / 72.9	75.0 / 75.0 / 75.7	61.0 / 82.6 / 73.4
Normal Keratinosit	Acc / Sens / Spec	78.0 / 94.0 / 62.0	65.0 / 72.0 / 58.0	68.0 / 98.0 / 38.0
	PPV / NPV / F1	71.2 / 91.2 / 81.0	63.2 / 67.4 / 67.3	61.3 / 95.0 / 75.4
Lenfosit	Acc / Sens / Spec	97.0 / 100 / 95.4	76.0 / 68.6 / 80.0	53.0 / 71.4 / 43.1
	PPV / NPV / F1	92.1 / 100 / 95.9	64.9 / 82.5 / 66.7	40.3 / 73.7 / 51.5
Kok	Acc / Sens / Spec	99.0 / 100 / 98.9	87.0 / 85.7 / 87.1	74.0 / 71.4 / 74.2
	PPV / NPV / F1	87.5 / 100 / 93.3	33.3 / 98.8 / 48.0	17.2 / 97.2 / 27.8
Hifa	Acc / Sens / Spec	100 / 100 / 100	98.0 / 100 / 97.9	97.0 / 66.7 / 97.9
	PPV / NPV / F1	100 / 100 / 100	60.0 / 100 / 75.0	50.0 / 99.0 / 57.1
Nekrotik Hücre	Acc / Sens / Spec	98.0 / 71.4 / 100	95.0 / 57.1 / 97.8	78.0 / 28.6 / 81.7
	PPV / NPV / F1	100 / 97.9 / 83.3	66.7 / 96.8 / 61.5	10.5 / 93.8 / 15.4
Spor	Acc / Sens / Spec	100 / 100 / 100	98.0 / 100 / 98.0	93.0 / 0.0 / 94.9
	PPV / NPV / F1	100 / 100 / 100	50.0 / 100 / 66.7	0.0 / 97.9 / 0.0

Gözlemcilerin referans değerlendiriciye göre doğruluk, özgüllük, duyarlılık, negatif prediktif değer, pozitif prediktif değer, F1 Skoru hesaplanması

Tartışma ve Sonuç: Tzanck yaymanın değerlendirilmesinde sitolojik deneyim ve klinik verilere erişimin ön tanı uyumu açısından önemli olduğu görülmüştür. Telesitoloji ve tersiyer teledermatoloji, Tzanck yayma bulgularının uzaktan uzman görüşüyle değerlendirilmesine ve sitolojik deneyimin dermatologlar arasında paylaşılmasına olanak sağlayabilir. Genel kullanım

amaçlı YZ modeli ise mevcut performansıyla tek başına sitolojik hücre ve yapı tanınmasında, kliniği görmeden ön tanı oluşturmada yeterli bulunamamış, uzman değerlendirmesi ve klinik bilgilerle birlikte kullanılabilecek yardımcı bir araç olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tzanck yayma, tersiyer teledermatoloji, yapay zekâ

Yayın No: SS-050
Bildiri Grubu: Genel / Kozmetik dermatoloji

Atrofik Akne Skarlarında Bölünmüş Yüz Modelinde TCA ve Glikolik Asit Uygulamalarının Etkililiği ve Güvenilirliğinin Karşılaştırılması

Ayşe Kübra Tekin[1], Tuğçe Nur İzbudak Kara[1], Selma Nur Şahin[1], Hüseyin Bozkurt[1], Ceyda Turan Bektaş[1], Ayşe Esra Koku Aksu[1]

[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

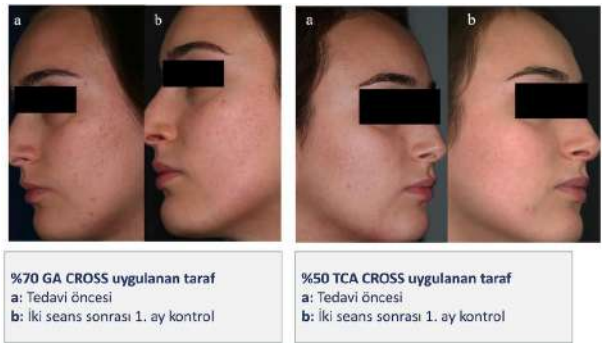
Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, atrofik akne skarlarının tedavisinde %70 glikolik asit (GA) CROSS ve %50 triklorasetik asit (TCA) CROSS uygulamalarının etkinlik, güvenlilik ve tolerabilite açısından karşılaştırılması; tedavi yanıtının klinik skorlamanın yanı sıra dermoskopik, ultrasonografik ve elastografik ölçümlerle objektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu prospektif, tek merkezli, randomize, değerlendirici kör, bölünmüş yüz çalışmasına bilateral atrofik akne skarı bulunan 18–45 yaş aralığındaki 32 hasta dahil edildi. Her hastanın yüzünün randomizasyonla belirlenen bir tarafına %70 GA CROSS, karşı tarafına %50 TCA CROSS dört hafta arayla iki seans uygulandı. Değerlendirmeler tedavi öncesinde ve son seanstan bir ay sonra gerçekleştirildi. Klinik etkinlik, Goodman–Baron kantitatif akne skarı skorlamasına ek olarak ice-pick, yüzeyel boxcar, derin boxcar ve rolling skar sayılarındaki değişim üzerinden değerlendirildi. Dermlite DL5 ile elde edilen dermoskopik görüntülerde toplam skar alanı hesaplandı ve ImageJ programı kullanılarak ölçüldü. Skarların lateral uzunluğu ve derinliği ultrasonografiyle, skar dokusunun sertliği ise shear-wave elastografiyle değerlendirildi. Skindex-16 skorları, hasta tarafından algılanan iyileşme, tedavi tercihi ve uygulamalara bağlı yan etkiler kaydedildi.

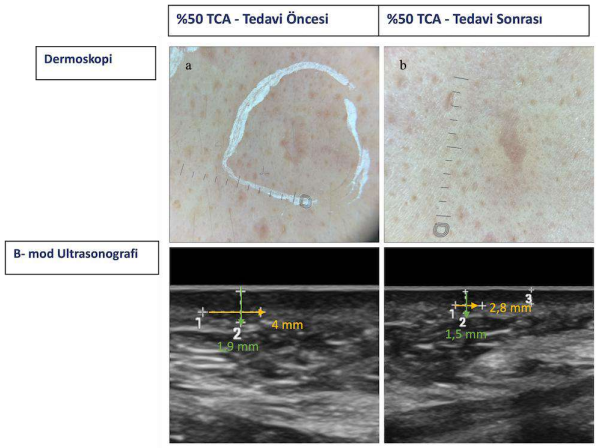
Bulgular: Her iki tedavi tarafında Goodman–Baron kantitatif skorlarında anlamlı iyileşme saptandı. Derin boxcar ve ice-pick skar sayıları her iki tarafta anlamlı azalırken, ice-pick skarlardaki azalma TCA tarafında daha belirgindi. Eşleştirilmiş dermoskopik görüntüleri bulunan 30 hastada toplam skar alanı her iki tarafta anlamlı azaldı (GA: $p < 0,001$; TCA: $p=0,004$).

Ortalama yüzdesel alan azalması GA tarafında %26,22, TCA tarafında %23,52 olarak saptandı ve tedaviler arasında anlamlı fark bulunmadı. Ultrasonografik değerlendirmede skarların lateral uzunluğu ve derinliği her iki tarafta anlamlı azalırken, tedaviler arasında üstünlük saptanmadı. Ortalama skar sertliği GA tarafında 19,73 kPa'dan 13,21 kPa'ya, TCA tarafında 19,59 kPa'dan 11,90 kPa'ya geriledi; elastografik değişim açısından tedaviler arasında anlamlı fark saptanmadı. Skindex-16'nın ilgili alt ölçeklerinde anlamlı iyileşme saptandı. Hastaların %82,1'i TCA uygulanan tarafı daha başarılı buldu. Genel yan etki oranı GA tarafında %25, TCA tarafında %53 olarak saptandı; eritem ve krutlanma TCA tarafında daha sık görüldü.

Tedavi Öncesi ve Sonrası



Dermoskopik Alan Değişimi Tedavi Öncesi ve Sonrası



Tartışma ve Sonuç: %70 GA CROSS ve %50 TCA CROSS ile atrofik akne skarlarında anlamlı klinik iyileşme saptandı; dermoskopik, ultrasonografik ve elastografik ölçümler açısından tedaviler arasında anlamlı bir üstünlük saptanmadı. TCA ile ice-pick skarlarda daha belirgin azalma ve hastaların öznel değerlendirmelerinde daha yüksek başarı saptanmakla birlikte, yan etki oranı da daha yüksek bulundu. Buna karşılık GA ile TCA'ya benzer objektif tedavi yanıtı, belirgin ölçüde daha düşük yan etki oranıyla elde edildi. Bu bulgular, %70 GA CROSS'un TCA CROSS'a benzer objektif etkinlik ve daha iyi tolerabilite sunan bir tedavi alternatifi olabileceğini destekledi.

Anahtar Kelimeler: Atrofik akne skarları, glikolik asit, triklorasetik asit

Yayın No: SS-051
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Süpürativa Hastalarının İnflame Deri Doku Örneklerinde TAAR1 ve JAK/STAT Yolağı Gen Ekspresyonlarının ve Protein Miktarlarının İncelenmesi

Gülden Karakalem[1], Yıldız Gürsel Ürün[2], Zeynep Banu Doğanlar[3]

[1]Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
[2]Trakya Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Edirne
[3]Trakya Üniversitesi, Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı, Edirne

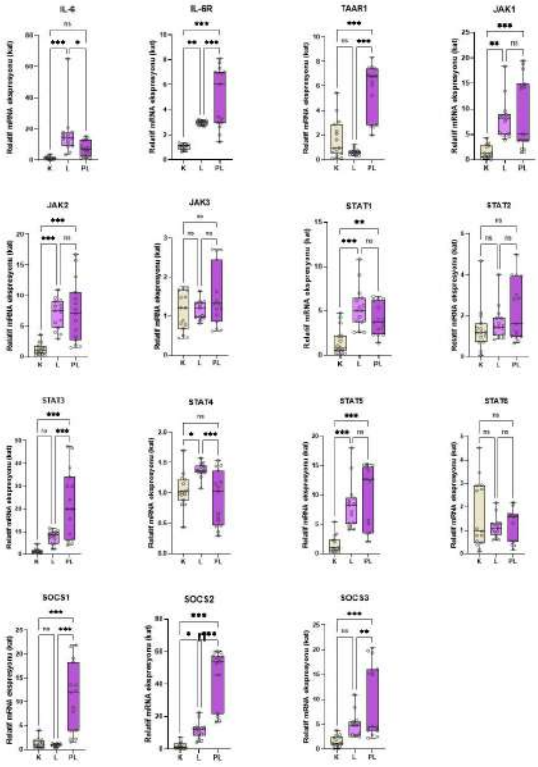
Giriş ve Amaç: Hidradenitis süpürativa (HS), patomekanizması tam olarak aydınlatılamamış, kronik inflamatuvar bir dermatozdur. İnflamasyonda önemli rolleri olan JAK/STAT sinyal yolağının HS patogenezindeki rolünü aydınlatan çalışmalar mevcuttur. Eser amin ilişkili reseptör (TAAR) proteinleri, insanda altı fonksiyonel üyesi bulunan G protein kenetli reseptörlerdir. Psikiyatrik ve metabolik bozukluklardaki fonksiyonel etkilerinin ön planda olduğu araştırmalar, grubun üyelerinden olan TAAR1 üzerinde yoğunlaşmıştır. TAAR proteinlerinin birçok immün sistem hücresinde de eksprese edildiği gösterilmiştir ancak inflamasyondaki rolleri henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bildiğimiz kadarı ile mevcut literatürde inflamatuvar deri hastalıklarında TAAR1 ekspresyonunu ve TAAR1 ile JAK/STAT sinyal yolağını birlikte inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda TAAR1 ve JAK/STAT sinyal yolağına ait bazı genlerin ekspresyon profillerini; deri biyopsi örneklerinde analiz etmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, 15 HS tanılı hasta ve 15 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 30 gönüllü dahil edildi. HS ve kontrol grubundaki katılımcıların çeşitli demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Hastaların inflamatuvar nodülünden lezyonel doku (L), nodülün 2 cm uzağındaki normal görünümlü deriden perilezyonel doku (PL) olmak üzere punch biyopsi örnekleri alındı. HS hastaları ile eşleşen anatomik bölgelerden benign nevüs eksizyonu yaptırmak isteyen sağlıklı gönüllüler çalışmaya dahil edildi. Sağlıklı gönüllülerden alınan eliptik eksizyon materyalinin lateralindeki 1 cm'lik sağlam dokulardan kontrol doku (K) örnekleri alındı. Alınan deri doku örneklerinde TAAR1 ve JAK/STAT sinyal yolağına ait bazı genlerin (IL-6, IL-6R, JAK1, JAK2, JAK3, STAT1, STAT2, STAT3, STAT4, STAT5, STAT6, SOCS1, SOCS2, SOCS3) ekspresyon düzeyleri qRT-PCR yöntemi ile belirlendi. TAAR1, STAT3, p-STAT3 ve IL-6 protein düzeyleri, dokuların yeterli miktarda olmaması nedeniyle gruplar içerisinde üç doku örneğinin bir havuzda birleştirilmesiyle hazırlanan örneklerde Western blot analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hasta grubunda 11 (%73,3) erkek ve 4 (%26,7) kadın, kontrol grubunda ise 13 (%86,7) erkek ve 2 (%13,3) kadın yer almaktaydı. Her iki grup sosyodemografik olarak benzerdi; buna karşın metabolik sendrom kriterleri incelendiğinde serum HDL (mg/dl) düzeyi HS grubunda daha düşük saptandı (p=0,044)(Tablo 1). Hastaların %53,4'ü Hurley evre 3 olarak değerlendirilmiş olup %86,6'sında IHS4 skoru şiddetli hastalık düzeyini göstermekteydi. HSYKÖ ölçeğinde hastaların %73,4'ünde çok şiddetli etkilenme saptanırken, DYKİ ölçeğine

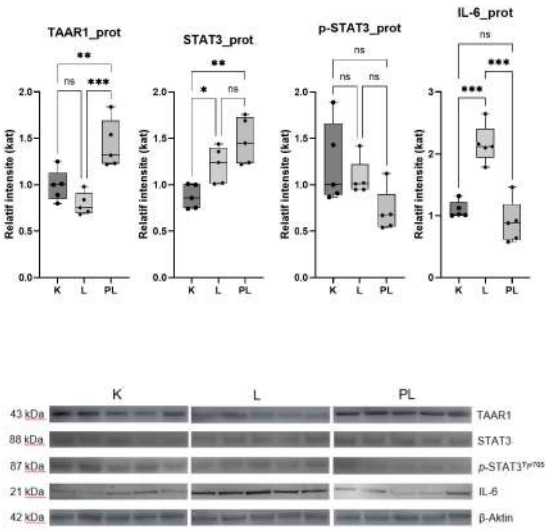
göre hastaların %73,4'ünün orta şiddette etkilendiği bulundu (Tablo 2). qRT-PCR sonuçları incelendiğinde; IL-6 ve STAT4 ekspresyonu L grubunda, PL ve K grubuna göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,05$). IL-6R ve SOCS2 ekspresyonları PL ve L gruplarında, K grubuna göre, ayrıca PL grubunda L grubuna göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,05$). TAAR1, STAT3 ve SOCS1,3 ekspresyonları PL grubunda, L ve K gruplarına göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,05$). JAK1,2 ve STAT1,5 ekspresyonları L ve PL gruplarında, K grubuna göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,05$)(Şekil 1). Western blot analiz sonuçları incelendiğinde; TAAR1 protein düzeyleri PL grubunda, L ve K grubuna göre anlamlı derecede artmıştı ($p < 0,05$). STAT3 protein düzeyleri L ve PL gruplarında, K grubuna göre anlamlı derecede artmıştı ($p < 0,05$). IL-6 protein düzeyleri L grubunda, PL ve K gruplarına göre anlamlı derecede artmıştı ($p < 0,05$) (Şekil 2).

qRT-PCR ile belirlenen gen ekspresyon düzeylerinin gruplar arasında karşılaştırılması



Şekil 1. Hidradenitis süpürativa (HS) hastaları ile sağlıklı kontrollerden elde edilen doku örneklerinde qRT-PCR ile belirlenen gen ekspresyon düzeylerinin karşılaştırılması. K: sağlıklı kontrol dokusu, L: lezyonel doku, PL: perilezyonel doku. Gruplar arasındaki istatistiksel anlamlılık grafikte gösterilmiştir (*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; ns: anlamlı değil).

Western blot ile belirlenen protein ekspresyon düzeylerinin gruplar arasında karşılaştırılması



Şekil 2. Hidradenitis süpürativa (HS) hastaları ile sağlıklı kontrollerden elde edilen doku örneklerinde Western blot analizi ile belirlenen protein ekspresyon düzeylerinin karşılaştırılması. K: sağlıklı kontrol dokusu, L: lezyonel doku, PL: perilezyonel doku. Temsilî immünoblot görüntüleri ve yükleme kontrolüne normalize edilmiş densitometrik analiz sonuçları gösterilmiştir. Gruplar arasındaki istatistiksel anlamlılık grafikte gösterilmiştir (*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; ns: anlamlı değil).

Tablo 1. Grupların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		n	Ort±SS	Min-Maks (Median)	p
Yaş (yıl)	Hasta	15	33,4±10,05	21-50 (32)	0,198
	Kontrol	15	39.4±12.11	24-65 (35)	
VKİ (kg/m²)	Hasta	15	28,67±5,41	22-37 (27)	0,739
	Kontrol	15	28,67±3,85	24-37 (27)	
Bel çevresi (cm)	Hasta	15	106,6±13,34	82-129 (107)	0,604
	Kontrol	15	105,07±11,5	91-133 (101)	
Sistolik KB (mmHg)	Hasta	15	125,67±21,29	90-160 (120)	0,642
	Kontrol	15	121,33±10,6	100-140 (120)	
Diastolik KB (mmHg)	Hasta	15	79,67±13,69	60-100 (80)	0,982
	Kontrol	15	78,33±3,62	70-80 (80)	
AKŞ (mg/dl)	Hasta	15	99,2±28,86	79-197 (89)	0,852
	Kontrol	15	92,07±10,43	80-125 (91)	
HDL (mg/dl)	Hasta	15	38,6±8,22	26-54 (39)	**0,044***

	Kontrol	15	48,07±13,72	31-80 (45)	
TG (mg/dl)	Hasta	15	127,2±57,42	56-239 (120)	0,901
	Kontrol	15	124,27±44,83	57-224 (120)	

VKİ: Vücut kitle indeksi; KB: Kan basıncı; AKŞ: Açlık kan şekeri; HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein; TG: Trigliserid; n: Sayı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum. Mann Whitney U Testi, *p<0,05.

Tablo 2. Hasta grubunun demografik ve klinik özelliklerinin dağılımı (n=15)

		n	**%**
Ailede HS öyküsü	Yok	11	73,4
	Var	4	26,6
Hurley evresi	Evre 1	1	6.6
	Evre 2	6	40,0
	Evre 3	8	53.4
IHS4	Hafif	0	0.0
	Orta	2	13.4
	Şiddetli	13	86.6
HSYKÖ	Yok	0	0.0
	Hafif	1	6.6
	Orta	2	13.4
	Şiddetli	1	6.6
	Çok Şiddetli	11	73.4
DYKİ	Hafif	2	13.4
	Orta	11	73.4
	Şiddetli	2	13.4
	Ort±SS	**Min-Maks (Median)**	
Hastalık başlangıcı (Yıl)	26.13±9.83	15-45 (23)	
Hastalık süresi (Ay)	87.6±78,9	24-336 (60)	

n: Sayı; %: Yüzde; HS: Hidradenitis süpürativa; IHS4: Uluslararası hidradenitis süpürativa şiddet skorlama sistemi; HSYKÖ: Hidradenitis süpürativa yaşam kalitesi ölçeği; DYKİ: Dermatoloji yaşam kalite indeksi; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum. Hasta grubunda 11 (%73,3) erkek ve 4 (%26,7) kadın, kontrol grubunda ise 13 (%86,7) erkek ve 2 (%13,3) kadın yer almaktaydı.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler, TAAR1'in HS fizyopatolojisinde rol oynayabilecek potansiyel bir hedef molekül olabileceğini ve SOCS1-3'ün, inflamasyonun düzenlenmesinde önemli katkı sağladığını ortaya koymaktadır. Elde edilen veriler, hidradenitis süpürativa için yeni terapötik ajanların geliştirilmesine yönelik ileri araştırmalara katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Deri inflamasyonu, TAAR1, JAK/STAT sinyal yolağı

Yayın No: SS-052
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Mavi Işığın Hayvan Modelinde Dermatofitoz Üzerindeki Anti-Fungal Etkisinin Lulikonazol İle Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi

Esin Diremsizoğlu[1], Nilgün Sayman[1], Sema Aşkın Keçeli[2], Büşra Özbek[3], Evren Odyakmaz Demirsoy[1]

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye
[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

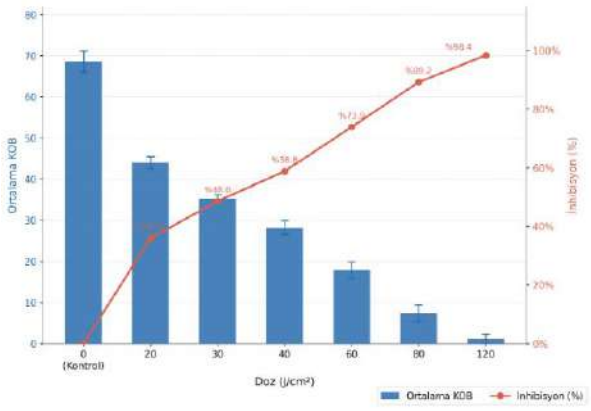
Giriş ve Amaç: Günümüzde kutanöz dermatofitoz enfeksiyonlarında artan antifungal direnç alternatif tedavi ihtiyacını arttırmaktadır. Çalışmamızda 460 nm mavi ışığın(BL) Trichophyton mentagrophytes kültürlerindeki antifungal etkinliğinin belirlenmesi ve hayvan modelinde topikal lulikonazol ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma protokolü Kocaeli Üniversitesi Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (4/9-2025). Çalışma iki aşamada yürütülmüştür. İlk aşamada etkili in vitro doz belirlenmesi için T. mentagrophytes kültürleri tek seans 20, 30, 40, 60, 80, 120 J/cm² dozlarında 460 nm mavi ışığa maruz bırakılmış ve koloni oluşturan birim(KOB) sayıları 7 gün sonra değerlendirilmiştir. İkinci aşamada ise deneysel tinea korporis oluşturulan 32 erkek BALB/c fare dört gruba (n=8) ayrılmıştır : tedavisiz enfekte kontrol, mavi ışık (BL), topikal lulikonazol (TL) ve kombine mavi ışık+topikal lulikonazol (BLTL). Modelin oluştuğu görüldükten sonra, enfeksiyonun 8. gününde tedavi başlatılmıştır. In vivo kümülatif BL dozu 120 J/cm² olarak belirlenip bu doz, 8., 10., 12. ve 14. günlerde seans başına 30 J/cm² olacak şekilde ayarlanmıştır. TL tedavisi 7 gün boyunca günde bir kez uygulanmıştır. Eritem, skuam ve erozyon/ülserasyonu içeren klinik skorlar 8. ve 15. günlerde kaydedilmiştir. On beşinci günde deri fungal yükü belirlenmiş ve histopatolojik skorlar epidermal değişiklikler, inflamatuar infiltrasyon ve PAS-pozitif fungal elemanlara göre değerlendirilmiştir.

Bulgular: İn vitro, 460 nm mavi ışık T. mentagrophytes üremesinde doza bağımlı inhibisyon oluşturmuştur. Ortalama KOB değeri kontrol grubunda 68.63±2.62 iken, 120 J/cm² sonrasında 1.13±1.13'e düşmüş ve %98.4 inhibisyon izlenmiştir ($p < 0.001$) (Şekil 1). İn vivo aşamada, 8. günde gruplar arasında klinik skorlar benzer bulunmuştur (toplam skor $p=0.864$). On beşinci günde toplam klinik skorlar gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmiş($p < 0.001$) ve ortalama skorlar sırasıyla kontrol grubunda 6.75±1.28, BL grubunda 4.00±1.20, TL grubunda 3.00±0.76 ve BLTL grubunda 2.00±1.07 olarak saptanmıştır. Toplam klinik skordaki değişim de (Δ=15.Gün- 8.Gün) gruplar arasında anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0.001$) (Tablo 1). Tüm tedavi grupları kontrol grubuna göre daha fazla iyileşme gösterirken, tedavi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Şekil 2). Fungal yük değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubunda 56.5±61.0×10³ KOB/g olarak

saptanan fungal yük; BL grubunda 13.8±9.1×10³ KOB/g'a (%75.5 azalma; kontrol ile karşılaştırıldığında p=0.234), TL grubunda 3.0±1.6×10³ KOB/g'a (%94.7 azalma; p < 0.001) ve BLTL grubunda 0.9±0.3×10³ KOB/g'a (%98.4 azalma; p < 0.001) düşmüştür (Tablo 2). BLTL grubunda hem BL hem de TL gruplarına göre anlamlı derecede daha düşük fungal yük saptanmıştır(p < 0.001). Gruplar arasında histopatolojik skorlar da anlamlı farklılık göstermiştir (p=0.004). En düşük skor BLTL grubunda (1.88±1.13) saptanırken; kontrol grubunda 5.43±0.98, BL grubunda 3.88±2.17 ve TL grubunda 2.75±1.91 olarak bulunmuştur.

Şekil 1. İn vitro koşullarda farklı dozlarda mavi ışık uygulamasının Trichophyton mentagrophytes koloni oluşturan birim (KOB) üzerine etkisi.



Şekil 2. İn vivo dermatofitoz modelinde tedavi gruplarına ait klinik fotoğraflar.



Tablo 1. İn vivo dermatofitoz modelinde 8. ve 15. gün klinik skorlarının değişimi (Δ = 15. Gün - 8. Gün)

Parametre	**Kontrol**	**BL**	**TL**	**BLTL**	**p değeri***
Δ Eritem	-0,88 ± 0,99	-1,50 ± 0,93	-1,75 ± 0,46	-2,50 ± 0,53	0,004
Δ Skuam	-0,50 ± 0,53	-1,12 ± 0,64	-1,12 ± 0,83	-1,88 ± 0,35	0,004
Δ Erozyon	-0,38 ± 1,51	-2,00 ± 0,93	-2,38 ± 1,06	-2,00 ± 1,07	0,026
Δ Toplam	-1,75 ± 1,28	-4,62 ± 1,51	-5,25 ± 1,28	-6,38 ± 1,60	<0,001

* p değerleri, her bir değişken için dört grup arasında yapılan genel karşılaştırmayı göstermektedir (Kruskal-Wallis testi). Veriler ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.

Tablo 2. Deney hayvanları deri örneklerinde gruplara göre fungal yük (×10³ KOB/g) (n=8)

Grup	**KOB (×10³ KOB/g)** **Ortalama ± Standart Sapma**	**Kontrole göre % azalma**	***p değ**eri
Kontrol	56,5 ± 61,0	–	–
BL	13,8 ± 9,1	%75,5	0.234
TL	3,0 ± 1,6	%94,7	<0,001
BLTL	0,9 ± 0,3	%98,4	<0,001

KOB: Koloni oluşturan birim * p değerleri, her grubun kontrol grubu ile ikili karşılaştırmasına aittir (Mann–Whitney U exact testi, Holm düzeltmesi uygulanmıştır). % azalma = (Kontrol grubu ortalama KOB/g deri − Tedavi grubu ortalama KOB/g deri) / Kontrol grubu ortalama KOB/g deri × 100.

Tartışma ve Sonuç: 460 nm mavi ışık, T. mentagrophytes'e karşı doza bağımlı in vitro antifungal etkinlik göstermiştir. Ayrıca mavi ışığın hayvan dermatofitoz modelinde lulikonazol ile kombinasyonu, tek başına mavi ışık veya lulikonazole kıyasla daha iyi klinik, mikolojik ve histopatolojik düzelme sağlamıştır. Çalışmamız, 460 nm mavi ışığın antifungal etkisini in vivo değerlendiren ilk çalışmadır. Bu bulgular, 460 nm mavi ışığın dermatofitoz tedavisinde topikal antifungaller ile kombinasyon halinde kullanılabilecek yardımcı bir tedavi seçeneği olabileceğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: dermatofitoz, lulikonazol, mavi ışık

Yayın No: SS-053
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Akne Vulgaris Hastalarında Serum Speksin Düzeyleri: Metabolik Sendrom Bileşenleri ve İnsülin Direnci Parametreleri ile İlişkisi

Fatmanur Hacınecipoğlu[1], Furkan Keleş[1], Faruk Yargeldi[1], Selda Pelin Kartal[1], Suadiye Sağlam[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Klinik Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Akne vulgaris, pilosebase ünitenin kronik inflamatuvar bir hastalığı olup, son yıllarda insülin direnci, metabolik sendrom (MetS) ve endokrin mekanizmalarla ilişkili olabilecek sistemik bir hastalık olarak da değerlendirilmektedir. Enerji homeostazı ile glukoz ve lipid metabolizmasının düzenlenmesinde rol oynayan speksin, metabolik süreçlerde önemli işlevlere sahip bir peptittir. Bununla birlikte, speksinin akne vulgaris ile ilişkisi bugüne kadar araştırılmamıştır. Bu çalışmada, akne vulgaris hastalarında serum speksin düzeylerinin belirlenmesi ve speksin düzeylerinin metabolik sendrom bileşenleri ile insülin direnci parametreleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu olgu-kontrol çalışmasına 45 akne vulgaris hastası ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 45 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastalık şiddeti Global Akne Derecelendirme Sistemi ile değerlendirildi. Tüm katılımcılarda antropometrik ölçümler ile kan basıncı, açlık plazma glukozu, açlık insülin düzeyi ve lipid profili değerlendirildi; Homeostatik Model Değerlendirmesi-İnsülin Direnci (HOMA-IR) hesaplandı. Serum speksin düzeyleri enzim bağlantılı immünosorbent analiz (ELISA) yöntemi kullanılarak ölçüldü.

Bulgular: Akne vulgaris ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, vücut kitle indeksi, bel çevresi, sistolik kan basıncı, açlık plazma glukozu, total kolesterol, trigliserid düzeyleri ve sürekli değişken olarak değerlendirilen HOMA-IR açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Buna karşın, serum speksin düzeyleri akne grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (medyan: 631,0 pg/mL ve 483,0 pg/mL; p=0,017). Metabolik sendrom prevalansı iki grupta benzer bulunurken (%11,1 ve %15,6), kategorik olarak değerlendirilen insülin direnci (HOMA-IR ≥2,7) akne grubunda daha yüksek oranda görülmesine rağmen bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (%44,4 ve %24,4; p=0,076). Akne grubunda diyastolik kan basıncı, açlık insülin ve HDL kolesterol düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek, LDL kolesterol düzeyi ise daha düşüktü. Serum speksin düzeyleri ile hastalık şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Tüm örneklemde serum speksin düzeyleri yalnızca total kolesterol ile zayıf pozitif korelasyon gösterirken, akne grubunda HOMA-IR ile zayıf negatif korelasyon saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, akne vulgaris hastalarında serum speksin düzeylerini değerlendiren ilk araştırmadır. Akne grubunda serum speksin düzeylerinin anlamlı

olarak yüksek bulunmasına karşın metabolik sendrom prevelansı ve insülin direnci göstergelerinde belirgin farklılık saptanmamıştır. Bu bulgular, speksinin akne vulgariste yalnızca metabolik risk ile ilişkili bir belirteç olmadığını, hastalığın patogenezinde rol oynayan endokrin ve inflamatuvar süreçlerle de ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Speksinin akne vulgaristeki biyolojik rolünün ve klinik öneminin daha iyi ortaya konulabilmesi için daha geniş örneklemli, prospektif çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, Speksin, Metabolik sendrom

Yayın No: SS-054
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

PSORİASİS HASTALARINDA BİYOLOJİK TEDAVİLERİN ETKİNLİK, GÜVENLİK VE İLAÇTA KALIM ANALİZİ

Ayser Duyan[1], Arzu Kılıç[1], Pelin Hızlı[1], Yusuf Kemal Arslan[2]

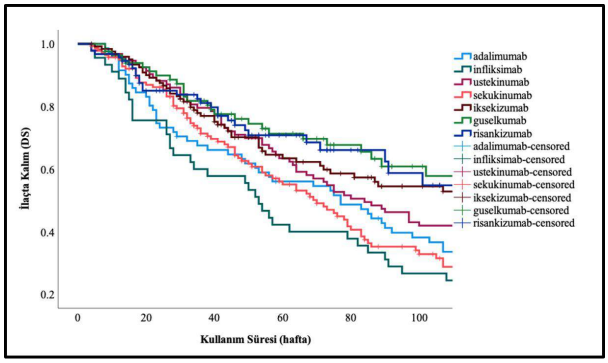
[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Balıkesir
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş ve Amaç: Psoriasis patogenezinde rol oynayan TNF-α, IL-23 ve IL-17 yolaklarının aydınlatılması, biyolojik ajanların geliştirilmesini sağlamıştır. Biyolojik tedavilerin klinik pratikteki ilaçta kalım analizine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada, plak tip psoriasis tedavisinde kullanılan biyolojik tedavilerin gerçek yaşam pratiğindeki etkinlik, güvenlik ve ilaçta kalım profillerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması; ayrıca klinik ve demografik özelliklerin tedavi yanıtı ve ilaç bırakma riskleri üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlandı.

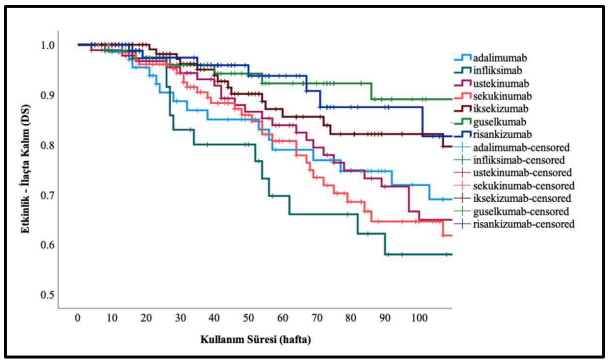
Yöntem: Çalışmamıza, Ocak 2014–Şubat 2025 tarihleri arasında Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları kliniği'nde takip edilen, en az bir ay süreyle biyolojik tedavi kullanmış plak tip psoriasis tanılı erişkin hastalar dahil edildi. Toplam 393 hastaya ait 649 bağımsız biyolojik tedavi serisi analiz edildi. Tedavi etkinliği, 12. ve 52. haftalarda mutlak (PASİ≤3, PASİ≤2, PASİ≤1, PASİ=0) ve rölatif (PASİ75, PASİ90, PASİ100) PASİ yanıtları ile değerlendirildi. Tedavi yanıtı lojistik regresyon analizleriyle, ilaçta kalım Kaplan–Meier ve Cox regresyon analizleriyle incelendi.

Bulgular: Çalışmamızda, 649 tedavi kürünün %45,6'sında daha önce biyolojik tedavi kullanımı mevcuttu. 12. haftada en yüksek PASİ90 (%75,5) ve PASİ100 (%51,8) yanıtları iksekizumab ile elde edilirken, 52. haftada en yüksek PASİ90 (%84,3) ve PASİ100 (%51) yanıtları risankizumab ile gözlendi. Psikiyatrik hastalık, hipertansiyon, önceki biyolojik tedavi öyküsü ve palmoplantar tutulum, 12. haftada PASİ90 yanıtını olumsuz etkileyen bağımsız faktörler olarak saptandı. Primer yanıtsızlık oranı %2,2 olup iksekizumab ve risankizumab gruplarında primer yanıtsızlık görülmedi. Sekonder yanıtsızlık en sık ustekinumab (%41,9), en düşük ise guselkumab (%6) grubunda gözlendi (Tablo 1). Yan etki nedeniyle tedavi sonlandırılma oranı %6,9 olup en sık adalimumab ve infliksimab gruplarında görüldü (Tablo 2). İki yıllık genel ilaçta kalım oranı en yüksek guselkumab (%57,8) ve risankizumab (%54,8) gruplarında saptandı (Şekil 1). Etkinlik ilişkili ilaçta kalım açısından guselkumab (%84,4), güvenlik ilişkili ilaçta kalım açısından ise sekukinumab (%95,5) en yüksek oranlara sahipti (Şekil 2). Önceden biyolojik tedavi kullanım öyküsünün tedavi bırakma riskini bağımsız olarak artırdığı gösterildi (HR: 1,256; %95 GA: 1,023–1,542; p=0,029).

Şekil 1. Biyolojik Tedavilere Göre 2 Yıllık Genel İlaçta Kalım Kaplan–Meier Eğrileri



Şekil 2. Biyolojik Tedavilere Göre 2 Yıllık Etkinlik İlişkili İlaçta Kalım Kaplan–Meier Eğrileri



Tablo 1. Biyolojik Tedavilere Göre Etkisizlik Nedeniyle Sonlandırılma Oranlarının Karşılaştırılması

	Toplam (n=649)	**ADA (n=71)**	**İNF (n=45)**	**UST (n=93)**	**SEK (n=141)**	**İXE (n=124)**	**GUS (n=83)**	**RİS (n=92)**	**p**
Etkisizlik, n (%)	145 (22,3)	23 (32,4)	16 (35,6)	42 (45,2)	32 (22,7)	18 (14,5)	7 (8,4)	7 (7,6)	**0,033****
Primer yanıtsızlık, n (%)	14 (2,2)	3 (4,2)	3 (6,7)	3 (3,2)	3 (2,1)	0 (0,0)	2 (2,4)	0 (0,0)	0,086*
Sekonder yanıtsızlık, n (%)	131 (20,2)	20 (28,2)	13 (28,9)	39 (41,9)	29 (20,6)	18 (14,5)	5 (6,0)	7 (7,6)	**<0,001***

Kısaltmalar: ADA, adalimumab; İNF, infliksimab; UST, ustekinumab; SEK, sekukinumab; İXE, iksekizumab; GUS, guselkumab; RİS, risankizumab. **Fisher Exact testi, *Ki-Kare testi

Tablo 2. Biyolojik Tedavilere Göre Advers Olay Nedeniyle Sonlandırılma Oranlarının Karşılaştırılması

	Toplam (n= 649)	**ADA (n=71)**	**İNF (n=45)**	**UST (n=93)**	**SEK (n=141)**	**İXE (n=124)**	**GUS (n=83)**	**RİS (n=92)**	**p**
Advers olay, n (%)	45 (6,9)	12 (16,9)	5 (11,1)	4 (4,3)	4 (2,8)	9 (7,3)	7 (8,4)	5 (5,4)	**0,040***
Malignite şüphesi/tanısı, n (%)	13 (2,0)	3 (4,2)	0 (0,0)	2 (2,2)	1 (0,7)	3 (2,4)	3 (3,6)	1 (1,1)	0,481**
KCFT bozukluğu, n (%)	11 (1,7)	3 (4,2)	0 (0,0)	2 (2,2)	1 (0,7)	2 (1,6)	2 (2,4)	1 (1,1)	0,605**
Enfeksiyon, n (%)	6 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,4)	2 (1,6)	2 (2,4)	0 (0,0)	0,572**
ÜSYE, n (%)	4 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	2 (1,6)	1 (1,2)	0 (0,0)	0,812**
Kandida, n (%)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000**
Bakteriyel, n (%)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	0,307**
İnfüzyon/enjeksiyon reaksiyonu, n (%)	5 (0,8)	1 (1,4)	4 (8,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	**<0,001****
GİS yakınmaları, n (%)	3 (0,5)	3 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	**0,002****
BFT bozukluğu, n (%)	3 (0,5)	1 (1,4)	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	0,069**
Paradoksal psoriasis, n (%)	2 (0,3)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	0,261**
Vasküler bozukluk, n (%)	1 (0,2)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,179**
Taşikardi, n (%)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	0,448**

Vitiligo, n (%)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,783**
İBH, n (%)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,784**

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızın bulguları, IL-17 ve IL-23 inhibitörlerinin TNF-α ve IL-12/23 inhibitörlerine kıyasla hem erken hem de uzun dönemde daha yüksek klinik etkinlik ve ilaçta kalım sağladığını göstermektedir. İksekizumabın 12. haftadaki yüksek PASİ yanıt oranları, ilacın IL-17A ve IL-17A/F heterodimerine olan yüksek afinitesi ile ilişkili olabilir. Buna karşılık, risankizumab ve guselkumabın uzun dönem etkinlik ve ilaçta kalım açısından öne çıkması; IL-23 inhibitörlerinin dokuda yerleşik bellek T hücreleri (CD8+ TRM) ve düzenleyici T hücreleri (Treg) arasındaki dengeyi düzenleyerek hastalığın immünolojik hafızasını baskılaması ve immünolojik toleransı desteklemesiyle açıklanabilir. Çalışmamızda, tedaviyi bırakma riskini artıran en önemli bağımsız faktörlerden birinin önceden biyolojik tedavi kullanım öyküsü olduğu saptanmıştır. Bu durum, önceki biyolojik ajan maruziyetinin TRM aracılı immünolojik hafızanın devamlılığını sağlaması ve alternatif inflamatuvar yolakların aktivasyonuna katkıda bulunmasıyla ilişkili olabilir. İncelenen biyolojik ajanların güvenlik ilişkili ilaçta kalım oranları genel olarak yüksek bulunurken, advers olaylar nedeniyle tedavi sonlandırılması TNF-α inhibitörlerinde daha sık gözlenmiştir. Ayrıca, sekonder yanıtsızlık nedeniyle tedavi sonlandırılma oranlarının ustekinumab ve infliksimab gruplarında daha yüksek olması, nötralizan antikor gelişimi ve alternatif inflamatuvar yolakların aktivasyonu ile ilişkili olabilir. Sonuç olarak, plak tip psoriasisin uzun dönem kontrolünde IL-17 ve IL-23 inhibitörleri, yüksek etkinlikleri ve ilaçta kalım performansları nedeniyle diğer biyolojik ajanlara göre daha avantajlı tedavi seçenekleri olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: ilaçta kalım, psoriasis

Yayın No: SS-055
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Akne Vulgaris Hastalarında miR-25-3p ve miR-143-3p Ekspresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Hakan Ezer[1], Hülya Albayrak[1], Bahadır Batar[2], Sevil Nasırova[2], Sema Aytekin[1], Özge Zorlu[1]

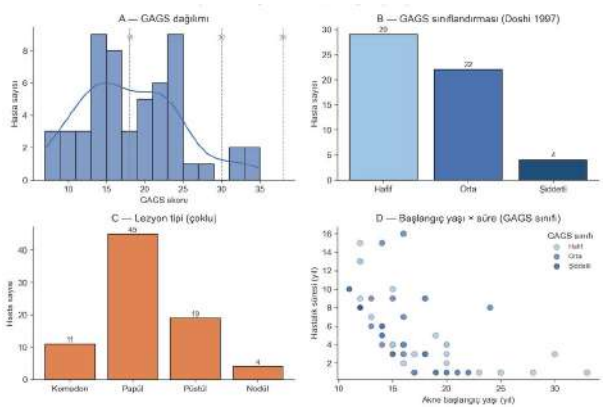
[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Akne vulgaris (AV), pilosebase ünitenin süreğen inflamatuar bir hastalığıdır. Bu çalışmada, AV patogenezinde miR-25-3p ve miR-143-3p ekspresyon düzeylerinin olası rolünün belirlenmesi, bu miRNA'ların klinik parametrelerle ilişkisinin incelenmesi ve tanısal biyobelirteç potansiyellerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

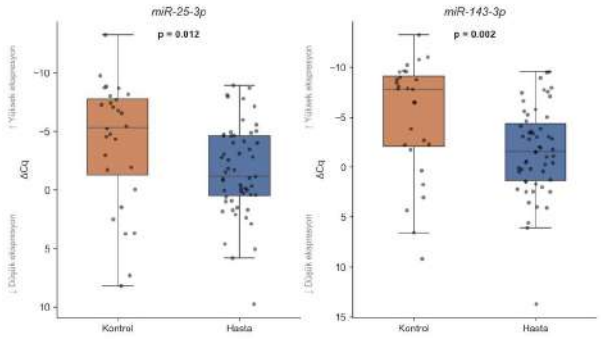
Yöntem: Çalışmaya 55 akne vulgaris hastası ve 28 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Katılımcıların demografik özellikleri ve klinik verileri kaydedildikten sonra, akne şiddetini belirlemek amacıyla Global Akne Skorlama Sistemi (GAGS) skoru hesaplandı. Katılımcılardan alınan venöz kan örneklerinden Ficoll yoğunluk gradyanı yöntemiyle periferik kandan mononükleer hücre (PBMC) izolasyonu gerçekleştirildi. Elde edilen hücrelerden total RNA izolasyonu yapıldıktan sonra cDNA sentezi gerçekleştirildi. Hedef miRNA'lara özgün primerler tasarlanarak qPCR yöntemi ile miRNA ekspresyon düzeyleri analiz edildi.

Bulgular: AV hastalarında miR-25-3p ve miR-143-3p düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük saptandı ($p < 0,001$). Her iki miRNA arasında ileri derecede güçlü pozitif korelasyon izlendi ($\rho=+0,87$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, her iki miRNA'nın kombinasyonu (Model C), AV varlığı için bağımsız bir risk faktörü olarak belirlendi (OR=3,11, $p=0,005$). ROC analizinde miR-143-3p, %92,7 duyarlılık ve AUC = 0,71 ile en yüksek tanısal performansı sergiledi. miRNA düzeyleri ile GAGS skoru, skar varlığı ve demografik veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Hasta grubunda klinik profil dağılımı



Hasta & kontrol gruplarında miRNA ekspresyon düzeylerinin karşılaştırması



Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızdan elde edilen veriler, miR-25-3p ve miR-143-3p ekspresyon düzeylerindeki belirgin azalmanın akne vulgaris patogenezine yatkınlıkta bir rolü olabileceğini göstermekte ve bu farklılaşmanın yaş, cinsiyet ile VKİ gibi faktörlerden bağımsız olarak hastalık riskiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. İki miRNA ekspresyonu arasında saptanan güçlü pozitif korelasyon, bu moleküllerin akne sürecinde birbirinden bağımsız değişkenler olmaktan ziyade, ortak bir regülatör sistemin parçası olarak senkronize bir biçimde hareket edebileceğini desteklemektedir. Özellikle miR-143-3p'nin sergilediği yüksek tanısal duyarlılık, bu biyobelirtecin gelecekte akne tanısı ve prognozunun takibinde klinik pratikte yardımcı bir moleküler araç olarak yer bulabilme potansiyelini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak çalışmamız, akne vulgarisin moleküler mekanizmasının aydınlatılmasında bir adım olarak literatüre bu açıdan önemli bir katkı sağlamıştır

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, miR-25-3p, miR-143-3p

Yayın No: SS-056
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Suppurativa Hastalarında Endotelyal Disfonksiyonun Biyobelirteçler, Akım Aracılı Dilatasyon Ve Proksimal Tırnak Kıvrım Kapilleroskopi İle Değerlendirilmesi

Tuğçe KILIÇ BALLI[1], Elif Banu Yıldız[1], İpek Şakir[1], Işıl Toraman[2], Mehmet Sait Altıntaş[2], Ayşe Esra Koku Aksu[1]

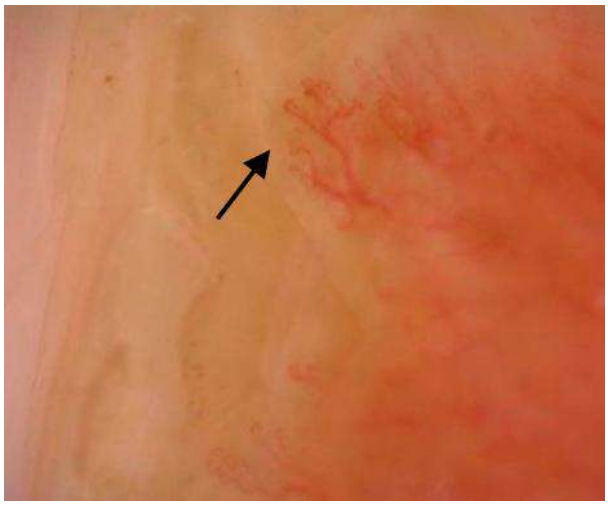
[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji

Giriş ve Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS), artmış kardiyovasküler risk ile ilişkili kronik sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada HS hastalarında endotelyal fonksiyon ve mikrovasküler etkilenmenin akım aracılı dilatasyon (FMD), proksimal tırnak kıvrımı kapilleroskopisi ve endotelyal biyobelirteçler (hs-CRP, ADMA, endotelin-1, endocan ve vWF Ag) kullanılarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu tek merkezli gözlemsel, analitik ve kontrollü kesitsel çalışmaya 45 HS hastası ve yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ile sigara kullanımı açısından benzer özelliklere sahip 45 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastalık şiddeti Hurley evreleme sistemi ve Uluslararası Hidradenitis Suppurativa Şiddet Skorlama Sistemi (IHS4) ile değerlendirildi. Serum biyobelirteç düzeyleri ölçüldü, katılımcılar FMD ve proksimal tırnak kıvrımı kapilleroskopisi ile değerlendirildi.

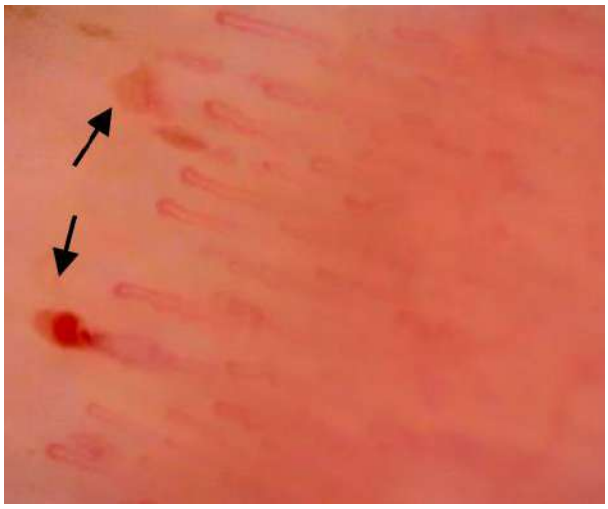
Bulgular: Hasta ve kontrol grupları arasında hs-CRP, ADMA, endotelin-1 ve endocan düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmazken, plazma vWF Ag düzeyleri HS grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. hs-CRP, ADMA, endotelin-1 ve endocan düzeyleri IHS4 skoru ile pozitif ilişkiliydi, vWF Ag düzeyleri ise Hurley evre III hastalarda daha yüksek bulundu. Ortalama FMD değerleri gruplar arasında farklılık göstermemekle birlikte, < %7,1 eşik değerine göre düşük FMD sıklığı HS grubunda daha fazlaydı. Kapilleroskopik değerlendirmede HS hastalarında kapiller dansite daha düşük; majör ve minör morfolojik değişiklikler, mikrohemoraji, avasküler alan ve neoanjiyogenez daha fazlaydı. Düzeltilmiş analizlerde HS varlığı; düşük kapiller dansite, artmış majör morfolojik değişiklik skoru ve avasküler alan skoru ile bağımsız olarak ilişkiliydi. hs-CRP ile kapiller dansite arasında negatif, vWF Ag ile majör morfolojik değişiklik skoru arasında pozitif korelasyon saptandı.

Dallanmış (Ramifiye) kapiller



Siyah okla işaretlenmiş ramifiye kapiller

Mikrohemoraji alanları ve kapil içi kanama



Kapil İçi kanama ve mikrohemoraji alanları siyah okla işaretlenmiştir

Tartışma ve Sonuç: HS hastalarında artmış vWF Ag düzeyi ve belirgin kapilleroskopik değişiklikler, endotelyal aktivasyon ve mikrovasküler etkilenmenin varlığınıdesteklemektedir. Diğer biyobelirteçlerin hastalık aktivitesiyle ilişkili olabileceği görülmüştür. Bu bulguların klinik ve prognostik öneminin belirlenmesi için daha geniş örneklemli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Endotelyal disfonksiyon, hidradenitis suppurativa, mikrovasküler yeniden şekillenme

Yayın No: SS-057
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Büllöz Pemfigoidde Omalizumab: 22 Hastalık Bir Kohortta Gerçek Yaşam Deneyiminin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Ahmet Ataş[1], Ayşe Deniz Yücelten[1], Erhan Topal[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Büllöz pemfigoid (BP), çoğunlukla ileri yaşta görülen, ciddi komorbiditelerle ilişkili otoimmün büllöz bir deri hastalığıdır. Ürtikeryal plaklar ve gergin büllerle karakterize hastalık, dokularda birikmiş ve dolaşımdaki antikorlarla ilişkilidir. Patogenezde IgE antikorlarının rolü gösterilmiştir. Rekombinant humanize bir anti-IgE monoklonal antikor olan omalizumab BP'de kullanılabilen potansiyel bir tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada gerçek yaşam koşullarında omalizumab ile tedavi edilen BP hastalarında tedavi yanıtları ile güvenlilik sonuçlarının değerlendirilmesi ve erken dönemde (≤6 ay) omalizumab başlanması ile klinik sonuçlar arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif çalışmaya BP tanısı klinik, histopatolojik ve direkt immünfloresan inceleme ile doğrulanan ve en az 3 ay süre ile omalizumab tedavisi alan 22 hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar bulguları, önceki ve eş zamanlı tedavileri, omalizumab tedavi özellikleri ve klinik sonuçları değerlendirildi. Tedavi yanıtları uluslararası BP konsensus kriterleri temel alınarak tam klinik remisyon, kısmi klinik remisyon ve remisyon sağlanamaması olarak sınıflandırıldı. Omalizumab tedavisinin zamanlamasını değerlendirmek amacıyla hastalar semptom başlangıcından tedavi başlangıcına kadar geçen süreye göre erken (≤6 ay) ve geç (> 6 ay) başlangıç gruplarına ayrıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 22 hastanın medyan yaşı 70 yıl (IQR: 57,75–79,75) olup, 18'i (%81,8) kadındı. Semptomların başlangıcından omalizumab tedavisine başlanmasına kadar geçen medyan süre 9 ay (IQR: 3–24) idi. En sık eşlik eden komorbiditeler diabetes mellitus (%77,3) ve hipertansiyon (%68,2) idi (Tablo I). Omalizumab öncesinde en sık kullanılan sistemik tedaviler prednizolon (%59,1), doksisiklin (%54,5) ve kolşisin (%36,4) idi. Hastaların medyan omalizumab tedavi süresi 15,5 ay (IQR: 7–32) idi. Takip süresince 14 hastada (%63,6) tam klinik remisyon, 2 hastada (%9,1) kısmi klinik remisyon elde edildi. Tam klinik remisyona ulaşan hastalarda medyan remisyona ulaşma süresi 10 ay (IQR: 6,25–16,8) olup, 2 hastada (%14,3) nüks gelişti. Omalizumab tedavisi sırasında 14 hastada (%63,6) en az bir eş zamanlı sistemik adjuvan tedavi kullanılırken, 8 hasta (%36,4) ek sistemik adjuvan tedavi almadan izlendi. En sık kullanılan eş zamanlı sistemik tedavi kolşisin (%31,8) olup, bunu metotreksat ve azatioprin (her biri %13,6) izledi. Erken başlangıç grubunda tam klinik remisyon oranı geç başlangıç grubuna kıyasla sayısal olarak daha yüksek olmakla birlikte (%80,0'a karşı %50,0; p=0,204), fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo II). Tam klinik remisyona ulaşan hastalarda medyan remisyona ulaşma süresi erken başlangıç grubunda 7 ay, geç başlangıç

grubunda ise 14,5 ay olarak saptandı (p=0,196). Omalizumab genel olarak iyi tolere edildi ve yalnızca bir hastada (%4,5) tedavinin kesilmesini gerektirmeyen bir advers olay gözlendi.

Tablo I. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri.

Özellik	**Değer**
Hasta sayısı	22
Yaş, yıl, medyan (IQR)	70 (57,75–79,75)
Kadın, n (%)	18 (81,8)
Erkek, n (%)	4 (18,2)
Mukozal tutulum, n (%)	8 (36,4)
Komorbiditeler, n (%)	
Diabetes mellitus	17 (77,3)
Hipertansiyon	15 (68,2)
Nöropsikiyatrik hastalık	9 (40,9)
Malignite	4 (18,2)
Otoimmün hastalık	3 (13,6)
Laboratuvar bulguları	
Eozinofil sayısı, $\times 10^3/\mu L$, medyan (IQR)	0,30 (0,18–0,55)
Total IgE, IU/mL, medyan (IQR), n=11	624 (235–1653)

Anti-BP180 pozitifliği, n/N (%)	4/6 (66,7)
Anti-BP230 pozitifliği, n/N (%)	1/6 (16,7)

Veriler aksi belirtilmedikçe n (%) olarak sunulmuştur. IQR, çeyrekler arası aralık; IgE, immünoglobulin E; BP180, büllöz pemfigoid antijen 180; BP230, büllöz pemfigoid antijen 230. Laboratuvar referans değerleri: eozinofil sayısı, 0,0–0,7 ×10³/μL; total IgE, <87 IU/mL. Anti-BP180 ve anti-BP230 pozitiflik oranları, ilgili test sonucu mevcut olan hastalar üzerinden hesaplanmıştır. N, ilgili verisi mevcut olan toplam hasta sayısını ifade etmektedir.

Tablo II. Erken ve geç omalizumab başlangıç gruplarının karşılaştırılması.

Değişken	**Erken başlangıç ≤6 ay (n=10)**	**Geç başlangıç >6 ay (n=12)**	**p değeri**	**Tüm hastalar (n=22)**
Yaş, yıl, medyan (IQR)	72,5 (64,8–79,8)	67,0 (57,0–78,3)	0,276	70 (57,75–79,75)
Kadın cinsiyet, n (%)	7 (70,0)	11 (91,7)	0,293	18 (81,8)
Mukozal tutulum, n (%)	5 (50,0)	3 (25,0)	0,378	8 (36,4)
Tam klinik remisyon, n (%)	8 (80,0)	6 (50,0)	0,204	14 (63,6)
Herhangi bir klinik	8 (80,0)	8 (66,7)	0,646	16 (72,7)

remisyon*, n (%)				
Tam klinik remisyona ulaşma süresi, ay, medyan (IQR)**	7,0 (5,25–11,5)	14,5 (9,5–18,8)	0,196	10 (6,25–16,8)

Veriler aksi belirtilmedikçe n (%) olarak sunulmuştur. IQR, çeyrekler arası aralık. *Herhangi bir klinik remisyon, tam veya kısmi klinik remisyon olarak tanımlanmıştır. **Tam klinik remisyona ulaşma süresi yalnızca tam klinik remisyona ulaşan hastalar üzerinden hesaplanmıştır (erken başlangıç grubu, n=8; geç başlangıç grubu, n=6). Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Fisher'ın kesin testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann– Whitney U testi kullanılmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Omalizumab bu hasta kohortunda hastaların önemli bir kısmında klinik remisyon ile ilişkili bulunmuş olup omalizumab'ın BP tedavisindeki etkinliğini değerlendiren önceki çalışmaların bulgularıyla uyumlu sonuçlandı. Çalışmamızda omalizumab iyi tolere edilmiş olup tedavinin kesilmesini gerektiren bir yan etki gelişmedi. Omalizumab tedavisinin semptom başlangıcından itibaren ilk 6 ay içinde başlaması, daha yüksek tam klinik remisyon oranı ve daha kısa tam klinik remisyona ulaşma süresi ile sayısal olarak ilişkili bulunmakla beraber bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Bulgularımız, BP hastalarında omalizumab tedavisinin zamanlaması ile klinik sonuçlar arasındaki olası ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha geniş, prospektif ve kontrollü çalışmalar ile değerlendirilmesinin gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Büllöz Pemfigoid, Omalizumab, Remisyon

Yayın No: SS-058
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Preadölesan Akne Şiddetinin Pubertal Maturasyon, Androjenik Aktivasyon ve Metabolik Parametrelerle İlişkisi: Prospektif Gözlemsel Çalışma

Pelin Koçyiğit[1], Merve Aygün Alızada[1], Gizem Öztürk Dönmez[1], Feride Ongun[1], Sıla Şahin[1], Elif Özsu[2]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Preadölesan akne, 7–12 yaş aralığında görülen ve pubertal geçişin erken kutanöz bulgularından biri olarak kabul edilen akne tipidir. Bu yaş grubunda akne şiddetinin hormonal aktivasyon, metabolik durum ve pubertal gelişim parametreleri ile ilişkisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Preadölesan dönemde ortaya çıkan aknenin fizyolojik pubertal sürecin bir yansıması mı, yoksa altta yatan endokrin veya metabolik bir bozukluğun erken bulgusu mu olduğunun ayırt edilmesi klinik açıdan önem taşımaktadır. Bu çalışmada, preadölesan akneli çocuklarda akne şiddeti ile pubertal evre, hormonal profil, metabolik parametreler ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu prospektif gözlemsel çalışmaya, 7–12 yaş aralığında akne vulgaris tanısı alan 30 çocuk dahil edildi. Tüm hastalar dermatoloji ve pediatrik endokrinoloji uzmanları tarafından değerlendirildi. Olgular dermatolojik muayene, Tanner evrelemesi, antropometrik ölçümler [boy, kilo, beden kütle indeksi standart sapma skoru (BKİ SDS), bel çevresi], açlık metabolik testleri (glukoz, insülin, lipid profili) ve hormonal analizler [dehidroepiandrosteron sülfat (DHEA-S), total testosteron, luteinizan hormon (LH), folikül stimülan hormon (FSH) ve seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG)] ile incelendi. Akne şiddeti baskın lezyon tipine göre komedonal, papülopüstüler ve nodülokistik akne olarak sınıflandırıldı. İstatistiksel analizlerde sürekli değişkenler için ANOVA veya Kruskal–Wallis testi, kategorik değişkenler için ki-kare veya Fisher kesin testi kullanıldı. Korelasyon analizleri Spearman testi ile değerlendirildi; $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Bağımsız belirleyicilerin saptanması amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 11,66 ± 1,27 yıl olup, olguların %80'i kızdı. Akne şiddeti pubertal maturasyon ile paralel artış gösterdi. Menarş varlığı daha şiddetli akne ile anlamlı olarak ilişkili bulundu (p=0,007). Tanner meme evresi ve pubik kıllanma evresinde artış ile akne şiddeti arasında anlamlı doğrusal ilişki saptandı (sırasıyla p=0,024 ve p=0,012). Hormonal parametreler değerlendirildiğinde, DHEA-S (p=0,032), total testosteron (p=0,004), LH (p=0,008) ve SHBG (p=0,040) düzeyleri akne şiddeti grupları arasında anlamlı farklılık gösterdi; bu değerler papülopüstüler ve nodülokistik akne gruplarında daha yüksek seyretti. Buna karşın BKİ SDS, bel çevresi, açlık glukozu, açlık insülini ve lipid parametreleri ile akne şiddeti arasında anlamlı ilişki

saptanmadı (tümü p > 0,05). Çok değişkenli analizde yaş, orta-ağır akne için bağımsız belirleyici olarak bulundu (OR=5,06; p=0,027; Nagelkerke R^2=0,363).

Preadölesan Aknenin Klinik Görünümleri



Preadölesan akneli olgularda farklı şiddetlerde komedonal ve inflamatuvar akne lezyonları.

Akne Şiddetinin Pubertal, Antropometrik, Metabolik, Hormonal ve Klinik Özelliklerle İlişkisi

Değişken	Komedonal akne (n=11)	Papülopüstüler akne (n=11)	Nodülokistik akne (n=8)	p değeri	Test
BKİ SDS	1,02 ± 1,80	0,23 ± 1,35	0.74 ± 1.25	0.433	Spearman
Bel çevresi, cm	69.82 ± 11.29	74.18 ± 12.33	70.25 ± 4.33	0.099	Spearman
Puberte başlangıç yaşı, yıl*	10.00	10.25	10.00	0.788	Kruskal–Wallis
Pubarş başlangıç yaşı, yıl*	10.00	10.25	10.17	0.609	Kruskal–Wallis
Telarş	—	—	—	0.946	Kruskal–Wallis

başlangıç yaşı, yıl*					
Menarş yaşı, yıl*	10.50	11.13	10.83	0,637	Kruskal–Wallis
Açlık glukozu, mg/dL	85,64 ± 4,39	86,27 ± 8,00	82,25 ± 6,16	0,450	Kruskal–Wallis
Açlık insülini, µIU/mL	10,13 ± 3,30	9,51 ± 2,69	13,20 ± 6,05	0,195	Kruskal–Wallis
LDL, mg/dL	87,82 ± 23,28	93,82 ± 42,99	80,88 ± 21,22	0,742	Kruskal–Wallis
TAG, mg/dL	104,36 ± 44,97	89,45 ± 47,82	100,25 ± 56,69	0,523	Kruskal–Wallis
DHEA-S, µg/dL	120,60 ± 61,02	158,73 ± 45,60	199,45 ± 128,45	0,032	Kruskal–Wallis
SHBG, nmol/L	51,46 ± 31,10	58,33 ± 16,37	77,83 ± 40,50	0,040†	Spearman
Total testosteron, ng/dL	31,50 ± 70,30	47,67 ± 112,70	123,35 ± 178,47	0,004	Kruskal–Wallis
17-OH progesteron, ng/mL	1,24 ± 1,06	1,07 ± 0,47	1,90 ± 1,20	0,075	Kruskal–Wallis
LH, mIU/mL	3,00 ± 3,18	4,33 ± 6,86	5,93 ± 8,01	0,008	Kruskal–Wallis
FSH, mIU/mL	3,84 ± 1,83	5,25 ± 2,05	5,93 ± 2,83	0,071	Kruskal–Wallis
Estradiol, pg/mL	12,25 ± 16,81	10,54 ± 6,80	5,93 ± 2,83‡	0,051	Kruskal–Wallis
Pubarş başlamış, n/N (%)	8/11 (72,7)	11/11 (100)	8/8 (100)	0,056	Pearson χ^2

Telarş başlamış (kızlar), n/N (%)	8/8 (100)	9/10 (90,0)	6/6 (100)	0,482	Pearson χ^2
Menarş başlamış (kızlar), n/N (%)	2/8 (25,0)	8/10 (80,0)	6/6 (100)	0,007	Pearson χ^2
Tanner meme evresi (kızlar), n/N	1:2, 2:3, 3:2, 4:1, 5:0	1:2, 2:2, 3:3, 4:3, 5:0	1:0, 2:0, 3:3, 4:2, 5:1	0,415§	Pearson χ^2
Tanner pubik kıllanma evresi, n/N	1:3, 2:4, 3:2, 4:2, 5:0	1:1, 2:2, 3:3, 4:4, 5:1	1:0, 2:1, 3:2, 4:4, 5:1	0,532§	Pearson χ^2
Tanner genital evresi, n/N	1:1, 2:1, 4:1, 5:0	1:0, 2:0, 4:0, 5:1	1:0, 2:0, 4:2, 5:0	0,193	Pearson χ^2
Cinsiyet, erkek/kız	3/8	1/10	2/6	0,520	Pearson χ^2
Annede akne öyküsü, evet (%)	7/11 (63,6)	6/11 (54,5)	6/8 (75,0)	0,659	Pearson χ^2
Babada akne öyküsü, evet (%)	1/11 (9,1)	2/11 (18,2)	4/8 (50,0)	0,101§	Pearson χ^2
Kardeşte akne öyküsü, evet (%)	4/11 (36,4)	6/11 (54,5)	5/8 (62,5)	0,494	Pearson χ^2

Veriler ortalama ± standart sapma veya n/N (%) olarak sunulmuştur. Model p=0,026; Nagelkerke R^2=0,363. BKİ: beden kütle indeksi; SDS: standart sapma skoru; TAG: trigliserid. *Pubertal yaş değişkenlerinde eksik veriler nedeniyle analizler uygun kadın/pubertal alt gruplarda

gerçekleştirilmiştir. †SHBG, TSH, T3 ve T4 için Spearman korelasyon analizi uygulanmış; SHBG ile akne şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanırken tiroid hormonları ile anlamlı ilişki gösterilmemiştir. ‡Estradiol için gruplar arası karşılaştırmada sınırda ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan farklılık saptanmıştır (p=0,051). §Tanner meme ve pubik kıllanma evreleri için genel Pearson ki-kare testi anlamlı olmamakla birlikte, doğrusal eğilim analizi sırasıyla p=0,024 ve p=0,012 bulunmuş ve pubertal maturasyon ilerledikçe akne şiddetinde artış eğilimi gösterilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, preadölesan aknenin büyük ölçüde metabolik bozukluklardan ziyade fizyolojik pubertal hormonal aktivasyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Literatürde de preadölesan aknenin adrenarş, pubertal maturasyon ve androjenik aktivasyonla ilişkili erken bir klinik bulgu olabileceği bildirilmektedir. Çalışmamızda DHEA-S, total testosteron ve LH düzeylerinin akne şiddeti ile artış göstermesi, daha şiddetli akne fenotiplerinin pubertal hormonal aktivasyonla paralellik gösterebileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, hormonal değerlerin pubertal evreye göre alt gruplarda düzeltilmemiş olması nedeniyle bu farklılıklar patolojik androjen fazlalığından çok fizyolojik pubertal bulguları yansıtıyor olabilir. Metabolik parametreler ile akne şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmaması sebebiyle ek klinik risk faktörü bulunmayan preadölesan akneli çocuklarda rutin metabolik tarama gerekli olmayabilir. Öte yandan preadölesan dönemde özellikle nodülokistik akne gibi şiddetli inflamatuvar fenotiplerin görülmesi, hastaların ilerleyen pubertal evrelerde daha ağır ve persistan akne gelişimi açısından risk taşıyabileceğini düşündürmektedir; bu nedenle bu olguların klinik progresyon açısından yakın izlenmesi önemlidir. Bununla birlikte hızlı ilerleyen, şiddetli seyreden veya ileri pubertal bulguların eşlik ettiği olgularda altta yatan endokrin patolojilerin dışlanması amacıyla endokrinolojik değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Preadölesan akne, Pubertal maturasyon, Androjenik aktivasyon.

Yayın No: SS-059
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

PLANTAR SİĞİL TEDAVİSİNDE MİKROİĞNELİ KRİYOTERAPİ (KRİYOPUNKTUR) VE KLASİK KRİYOTERAPİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: RETROSPEKTİF GÖZLEMSEL ÇALIŞMA

Nagihan ÖZDEMİR[1], Çağrı TURAN[1]

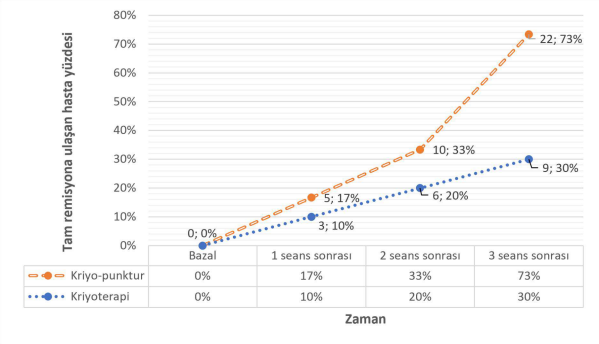
[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Plantar siğiller, insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonuna bağlı gelişen, ağrı ve fonksiyonel kısıtlılığa yol açabilen yaygın kutanöz lezyonlardır. Tedavide kriyoterapi sık kullanılan yöntemlerden biri olmakla birlikte, değişken başarı oranları ve tekrarlayan seans gereksinimi nedeniyle daha etkili yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Mikroiğneleme ile oluşturulan mikrokanalların kriyoterapinin lezyon içine penetrasyonunu ve lokal immün yanıtı artırarak tedavi etkinliğini yükseltebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada plantar siğil tedavisinde mikroiğneleme destekli kriyoterapi (kriyopunktur) uygulamasının klinik etkinliğinin ve komplikasyonlar açısından güvenilirliğinin değerlendirilmesi ve bu yöntemin klasik kriyoterapi tedavisi ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

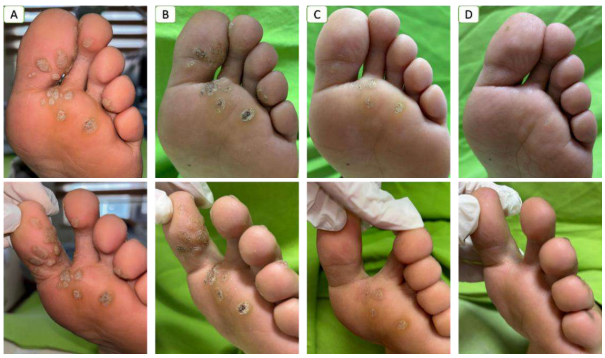
Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğinde dermoskopik tanı doğrulaması yapılmış 60 plantar siğil hastası dahil edildi. Hastalar dört haftada bir olmak üzere toplam üç seans kriyoterapi veya kriyopunktur tedavisi aldı. 4., 8. ve 12. haftalarda tam remisyon oranları, lezyon sayısı ve lezyon çaplarındaki değişiklikler, işlem sonrası ağrı (VAS), hasta tedavi memnuniyet düzeyleri ve komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular: Kriyopunktur belirgin biçimde üstün etkinlik gösterdi: üçüncü seans sonunda tam remisyon oranı kriyopunktur grubunda %73, kriyoterapi grubunda ise %30 olarak saptandı. Kriyopunktur grubunda tam remisyon oranları her seansta kademeli olarak artış gösterdi. Subjektif tedavi yanıtı ve semptomatik iyileşme de kriyopunktur grubunda daha yüksekti. Her iki yöntem de genel olarak iyi tolere edilmiş, ciddi komplikasyon gözlenmemiş; yan etkiler çoğunlukla hafif ve geçici nitelikte kalmıştır.

Seanslara göre tam remisyona ulaşan hasta yüzdesi



Kriyopunktur tedavisi uygulanan ve çok sayıda plantar siğili bulunan bir hastada tedavi sürecinin seanslara göre klinik görünümü.



Bir yıldır plantar siğil öyküsü bulunan ve daha önce üç ay süreyle 5-florourasil–salisilik asit kombinasyonu ile bir kez kriyoterapi uygulanmasına rağmen lezyonlarında gerileme izlenmeyen, toplam 32 siğil lezyonu saptanan olguda; işlem öncesi görünüm (A), birinci seans sonrası (B), ikinci seans sonrası (C) ve üçüncü seans sonunda lezyonların tamamen kaybolduğu ve deri çizgilerinin yeniden oluştuğu görünüm (D) sunulmuştur. Lezyonlar her zaman noktasında iki farklı açıdan değerlendirilmiştir.

Kriyopunktur grubunda seanslara göre yanıt oranı

	TEDAVİ YANIT DÜZEYLERİ		
SEANS SAYISI	İYİ YANIT (%75-100 AZALMA)	KISMİ YANIT (%26-74 AZALMA)	YANITSIZ (%0-25 AZALMA)
1. SEANS SONRASI	%16,7	%16,7	%66,7
2. SEANS SONRASI	%60	%13,3	%26,7

3. SEANS SONRASI	%73,3	%10	%16,7

TEDAVİ YANITI TOPLAM SİĞİL ALANINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMİŞTİR

Kriyoterapi grubunda seanslara göre yanıt oranı

	TEDAVİ YANIT DÜZEYLERİ		
SEANS SAYISI	İYİ YANIT (%75-100 AZALMA)	KISMİ YANIT (%26-74 AZALMA)	YANITSIZ (%0-25 AZALMA)
1. SEANS SONRASI	%10	%3,3	%86,7
2.SEANS SONRASI	%20	%13,3	%66,7
3. SEANS SONRASI	%30	%3,3	%66,7

TEDAVİ YANITI TOPLAM SİĞİL ALANINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMİŞTİR

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada mikroiğneleme destekli kriyoterapi (kriyopunktur), plantar siğil tedavisinde klasik kriyoterapiye kıyasla daha yüksek tam remisyon oranı (%73'e karşı %30), daha belirgin lezyon yükü azalması ve daha yüksek hasta memnuniyeti sağlamıştır. Dikkat çekici olarak, kriyopunktur grubunun büyük ölçüde daha önce tedavi almış ve tedaviye dirençli olgulardan oluşmasına rağmen üstün klinik sonuçlar elde edilmiştir. Mikroiğneleme ile oluşturulan mikrokanalların kriyoterapinin lezyon içine daha etkin nüfuz etmesini sağlaması ve immün yanıtı güçlendirmesi bu etkinliğin olası nedenleri arasında yer almaktadır. Kriyopunktur grubunda lokal reaksiyonlar daha sık görülmekle birlikte ciddi komplikasyon izlenmemiş, yan etkiler hafif ve yönetilebilir nitelikte bulunmuştur. Sonuç olarak, kriyopunktur plantar siğil tedavisinde etkili, güvenilir ve kolay uygulanabilir bir yöntem olup, özellikle dirençli ve yüksek lezyon yüklü olgularda umut verici bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, yöntemin etkinliğini daha net ortaya koyabilmek ve kriyoterapi ile mikroiğnelemenin ayrı katkılarını değerlendirebilmek için yalnız mikroiğneleme kolunu da içeren, daha geniş örneklemli, prospektif ve randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: KRİYOPUNKTUR, MİKROİĞNELEME, PLANTAR SİĞİL

Yayın No: SS-060
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Androgenetik Alopesi ve Alopesi Areata Hastalarında Serum İrisin ve Galektin-3 Düzeylerinin Kardiyovasküler Risk ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Feyza Nur Şimşek[1], Betül Şereflican[1], İbrahim Dönmez[2]

[1]Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilimdalı
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilimdalı

Giriş ve Amaç: Androgenetik alopesi (AGA) ve alopesi areata (AA), farklı patogenezlere sahip olmalarına rağmen sistemik inflamasyon ve metabolik değişikliklerle ilişkili olabilecek yaygın dermatolojik hastalıklardır. Son yıllarda irisin ve galektin-3'ün metabolik süreçler, inflamasyon ve kardiyovasküler hastalıkların gelişimindeki rolleri dikkat çekmektedir. Bununla birlikte, AGA ve AA hastalarında bu biyobelirteçlerin metabolik sendrom ve kardiyovasküler risk göstergeleri ile ilişkisini birlikte değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada AGA ve AA hastalarında serum irisin ve galektin-3 düzeyleri ile metabolik sendrom ve kardiyovasküler risk göstergeleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran 18–65 yaş aralığında 45 AGA hastası, 45 AA hastası ve yaş ile cinsiyet açısından benzer özelliklere sahip 45 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Metabolik sendrom varlığı Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2005 kriterlerine göre değerlendirildi. Katılımcılardan elde edilen serum örneklerinde irisin ve galektin-3 düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi kapsamında karotis intima-media kalınlığı (CIMT), akım aracılı dilatasyon (FMD) ve epikardiyal yağ dokusu (EAT) kalınlığı değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde grup karşılaştırmaları ile uygun korelasyon ve regresyon analizleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Toplam 135 kişi (45 AA, 45 AGA ve 45 sağlıklı kontrol) çalışmaya dahil edildi. Gruplar yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi açısından benzerdi ($p > 0,05$). Serum irisin düzeyleri üç grup arasında anlamlı farklılık gösterdi. En yüksek düzey AGA grubunda, en düşük düzey ise kontrol grubunda saptandı ($p < 0,05$). Serum galektin-3 düzeyleri kontrol grubunda hem AA hem de AGA grubuna göre daha yüksek bulundu ($p < 0,05$); AA ve AGA grupları arasında ise anlamlı fark saptanmadı. Kardiyovasküler risk belirteçleri değerlendirildiğinde, FMD değişim yüzdesi AGA grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulundu ($p=0,05$), buna karşın CIMT ve epikardiyal yağ dokusu kalınlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). AGA grubunda metabolik sendromu bulunan hastalarda serum irisin düzeyleri daha yüksekti ($p < 0,05$) ve irisin düzeyleri epikardiyal yağ dokusu kalınlığı ile pozitif yönde zayıf korelasyon gösterdi ($p < 0,05$). FMD ve CIMT ile anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). AA grubunda ise

serum irisin düzeyleri metabolik sendrom ile ilişkili bulunmazken (p > 0,05), CIMT ile pozitif yönde zayıf korelasyon gösterdi (p < 0,05). FMD ve epikardiyal yağ dokusu kalınlığı ile anlamlı ilişki saptanmadı (p > 0,05).

AA, AGA ve kontrol gruplarında serum irisin, galektin-3 düzeyleri ve kardiyovasküler parametrelerin karşılaştırılması

Değişken	AA	AGA	Kontrol	p
Gal-3	0,74 (0,18–2,51)[a]	0,69 (0,19–1,47)[a]	1,01 (0,59–1,80)[b]	**<0,001**[x]
İrisin	2,36 (0,57–9,80)[a]	3,63 (0,50–6,27)[b]	1,46 (0,19–5,74)[c]	**<0,001**[x]
EFT	0,30 (0,02–0,60)	0,30 (0,20–0,63)	0,32 (0,20–0,50)	0,501[x]
FMD değişimi (%)	17,65 (4,44–33,33)[ab]	16,13 (0–31,25)[a]	18,92 (13,95–41,18)[b]	**0,005**[x]
CIMT	0,07 (0,04–0,09)	0,07 (0,04–0,10)	0,07 (0,05–0,11)	0,540[x]

xKruskal-Wallis H Testi; yTek Yönlü Varyans Analizi; a-cAynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur; Çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Dunn ve Tukey testi ile incelendi; Bu tabloda Ortanca (Minimum: Maksimum) / Sıra Ortalamaları gösterimi kullanılmıştır; EB [%95 GA]= Etki Büyüklüğü [%95 Güven Aralığı]: eta-kare (η^2)

Hasta ve kontrol gruplarında serumirisin ve galektin-3 düzeyleri ile kardiyovasküler parametreler ve metabolik sendrom arasındaki ilişki

Grup	**Kardiyovasküler risk göstergesi**	**Galektin-3 p**	**İrisin p**	**Metabolik Sendrom p**
AA	FMD Değişim	**<0,001**[x]	0,594[x]	0,962[y]
	CIMT	0,394[x]	**0,044**[x]	0,797[y]
	EFT	0,183[x]	0,054[x]	**0,033**[y]
AGA	FMD Değişim	0,185[x]	0,437[z]	0,515[y]
	CIMT	0,531[x]	0,382[x]	0,929[y]
	EFT	0,744[x]	**0,009**[x]	0,286[y]
Kontrol	FMD Değişim	0,636[y]	0,076[y]	**<0,001**[z]
	CIMT	0,891[y]	**0,031**[y]	0,591[z]
	EFT	0,405[y]	0,731[y]	0,871[z]

xSpearman’s rho korelasyonu; yPoint Biserial korelasyonu; zPearson korelasyonu

Tartışma ve Sonuç: Serum irisin düzeylerinin AGA ve AA hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha yüksek saptanmıştır. AGA grubunda serum irisin düzeylerinin metabolik sendrom ve epikardiyal yağ dokusu kalınlığı, AA grubunda ise CIMT ile ilişki göstermesi, irisinin alopesi hastalarında kardiyometabolik risk belirteçleri ile ilişkisini desteklemektedir. Ayrıca AGA grubunda FMD değişim yüzdesinin düşük bulunması, bu hastalarda erken endotel disfonksiyonunun gelişebileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, AGA ve AA hastalarında kardiyometabolik riskin erken dönemde değerlendirilmesinin önemini ortaya koymakta olup, serum irisin düzeylerinin bu amaçla kullanılabilecek potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alopesi Areata, Androgenetik Alopesi, kardiyometabolik risk

Yayın No: SS-061
Bildiri Grubu: Genel / Yapay Zeka

Dermatolojik Hastalıklarda Yapay Zekâ Modelleri Tarafından Üretilen Akademik Referansların Doğruluğu ve Referans Halüsinasyonun Değerlendirilmesi: Model Türü ve Literatür Hacminin Etkisi

Gizem Çakır Türe[1], Muhammet Murat Türe[1], Nermin Karaosmanoğlu[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Large language model (LLM) tabanlı yapay zekâ araçları akademik yazımda giderek daha sık kullanılmakla birlikte, özellikle kaynak önerme aşamasında hatalı veya var olmayan referans üretme riski taşımaktadır. Bu çalışmada, dermatoloji alanında farklı LLM'lerin referans doğruluğunu ve referans halüsinasyonu oranlarını değerlendirmek; model tipi ve literatür hacminin referans doğruluğu üzerindeki etkisini araştırmak amaçlandı.

Yöntem: Bolognia Dermatology temel alınarak 10 dermatolojik hastalık grubundan üçer hastalık seçildi ve toplam 30 dermatolojik hastalık değerlendirildi. Her hastalık için Mayıs 2026'da PubMed'de güncel MeSH terimleri kullanılarak arama yapıldı, toplam sonuç sayısı ve ücretsiz tam metin sonuç sayısı olmak üzere iki literatür hacmi metriği belirlendi. Hastalıklar bu iki metriğe göre ayrı ayrı düşük, orta ve yüksek literatür hacimli gruplara ayrıldı. Dört LLM değerlendirildi: GPT-5.5, GPT-5.5 Thinking, DeepSeek-R1 ve Gemini Lite. GPT-5.5 Thinking ve DeepSeek-R1 reasoning modeller; GPT-5.5 ve Gemini Lite ise non-reasoning modellerdi. Her modelden, her hastalık için aynı standart İngilizce komut ile beş akademik referans üretmesi istendi ve toplam 600 referans üretildi. Tüm sorgular eşit koşullarda yürütüldü. Üretilen referanslar PubMed, Google Scholar ve ilgili akademik veri tabanları üzerinden sorgulandı. Referanslar doğru ve hatalı referans olarak değerlendirildi; hatalı referanslar bibliyografik hata içeren ve var olmayan (hallucinated) referans olarak alt gruplara ayrıldı. Gerçek bir yayına karşılık gelen ancak başlık, yazar, dergi veya yıl bilgisinde en az bir hata bulunan referanslar bibliyografik hata; doğrulanabilir gerçek bir akademik yayına karşılık gelmeyen referanslar hallucinated referans olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerde ki-kare, Friedman/Wilcoxon testleri, Holm düzeltmeli ikili karşılaştırmalar ve hastalık düzeyinde küme-robust GEE lojistik regresyon modelleri kullanıldı.

Bulgular: 600 referansın 368'i (%61,3) tamamen doğru, 232'si (%38,7) hatalı referans olarak değerlendirildi. Hatalı referansların 94'ü (%15,7) bibliyografik hata, 138'i (%23,0) var olmayan (hallucinated) referans niteliğindeydi. Doğru referans oranı GPT-5.5'te %84,0, GPT-5.5 Thinking'de %73,3, DeepSeek-R1'de %48,0 ve Gemini Lite'ta %40,0 idi; modeller arasında anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$). GPT-5.5 ve GPT-5.5 Thinking; DeepSeek-R1 ve Gemini Lite'tan anlamlı olarak daha yüksek doğruluk gösterirken, GPT-5.5 ile GPT-5.5 Thinking arasında anlamlı fark yoktu. Reasoning (%60,7) ve non-reasoning (%62,0) modeller arasında doğru referans oranı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,849$). Bibliyografik hatalar içinde

en sık başlık hatası görüldü (%57,4). Toplam PubMed literatür hacmi arttıkça doğru referans oranı %45,5'ten %74,5'e, açık erişim literatür hacmi arttıkça %44,5'ten %75,5'e yükseldi; her iki artış da anlamlı saptandı ($p < 0,001$). Buna paralel olarak hallucinated referans oranı literatür hacmi arttıkça azaldı. GEE analizleri, model farklılıkları dikkate alındığında da literatür hacminin doğru referans üretimiyle bağımsız olarak ilişkili olduğunu gösterdi. Toplam PubMed literatür hacminde düşük gruptan orta gruba veya orta gruptan yüksek gruba geçiş, doğru referans üretme olasılığını yaklaşık iki kat artırdı (OR=2,105; %95 GA: 1,573–2,817; $p < 0,001$). Açık erişim literatür hacmi için benzer ilişki saptandı (OR=2,230; %95 GA: 1,700–2,924; $p < 0,001$). Reasoning model olmanın bağımsız etkisi anlamlı değildi (OR=0,945; p=0,746).

Tartışma ve Sonuç: Dermatoloji alanında LLM'ler tarafından üretilen akademik referansların doğruluğu model tipine ve hastalığın literatürdeki temsil düzeyine göre belirgin değişkenlik göstermektedir. Reasoning özelliği tek başına referans doğruluğunu artırmamış, buna karşın toplam ve açık erişim literatür hacmi doğru referans üretilmesinin bağımsız belirleyicileri olarak öne çıkmıştır. LLM kaynaklı referanslar, özellikle düşük literatür hacimli dermatolojik hastalıklarda doğrulanmadan kullanılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: yapay zeka, referans doğruluğu, dermatoloji

Yayın No: SS-062
Bildiri Grubu: Genel / Yapay Zeka

Veneryal Hastalıklarda Büyük Dil Modellerinin Psikososyal Performansı: Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme

Orhan Şen[1]

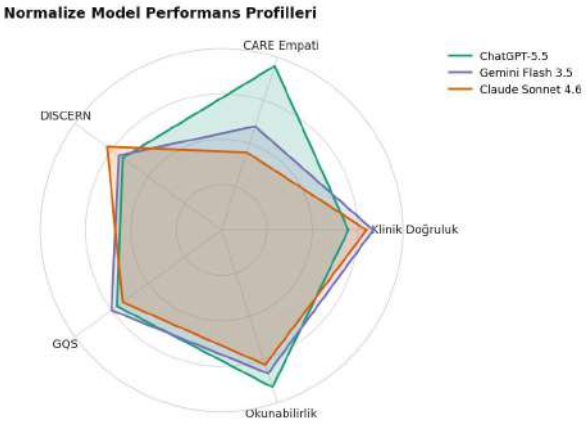
[1]Kayseri Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: İnsan papilloma virüsünün (HPV) neden olduğu anogenital siğillerin (AGS), utanç, suçluluk, damgalanma ve ilişki kaygısı gibi belirgin bir psikososyal yük taşımakta; hastalar mahremiyet endişesi ve yargılanma korkusuyla yüz yüze muayene başvurusunu ertelemekte ve giderek artan sıklıkta yapay zeka modellerine (YZM) yönelmektedir. Mahremiyetin belirgin olduğu bu alanda YZM'lerin başarısı yalnızca tıbbi doğrulukla değil, empatik iletişim ve dilsel erişilebilirlikle birlikte değerlendirilmelidir. Bu çalışmada AGS ile ilgili hasta odaklı sorulara üç güncel YZM'nin verdiği yanıtlar klinik doğruluk, empati, bilgi kalitesi ve okunabilirlik açısından karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Kesitsel tasarımlı bu çalışmada, sosyal medya platformları, hasta forumları ve Google Trends verilerinin sistematik incelenmesi ile klinik gözlemler birleştirilerek hasta odaklı 40 sık sorulan soru oluşturuldu ve beş psikososyal kategoriye (utanç/damgalanma, suçluluk/pişmanlık, partner iletişimi, mahremiyet, gelecek korkuları) sekizer soru olacak şekilde ayrıldı. Sorular 14 Haziran 2026 tarihinde Türkçe olarak ChatGPT-5.5, Gemini Flash 3.5 ve Claude Sonnet 4.6'ya, her biri yeni oturumda ve varsayılan ayarlarla (sıfır-atış) yöneltildi; yeniden üretim kullanılmadı ve toplam 120 yanıt elde edildi. Yanıtları beşli Likert klinik doğruluk ölçeği, DISCERN aracı, Küresel Kalite Skoru (GQS) ve Konsültasyon ve İlişkisel Empati (CARE) ölçeği ile puanladı; okunabilirlik Ateşman indeksiyle hesaplandı. İstatistiksel değerlendirmede Friedman testi, post-hoc Wilcoxon işaretli sıra testi (Bonferroni düzeltmeli) ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

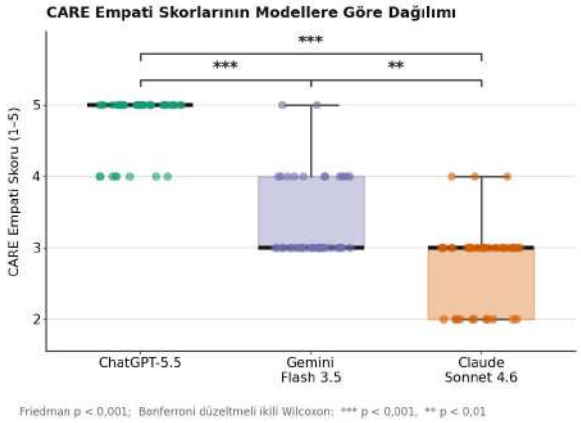
Bulgular: Klinik doğruluk, CARE empati, okunabilirlik (tümü $p < 0,001$) ve GQS ($p=0,048$) açısından modeller arasında anlamlı fark saptandı; DISCERN ($p=0,073$) ve kelime sayısı ($p=0,122$) açısından fark yoktu. Doğruluk medyanı tüm modellerde 4 [3-5] olmakla birlikte, ikili karşılaştırmada Gemini Flash 3.5 ChatGPT-5.5'ten anlamlı olarak yüksek bulundu (düzeltilmiş $p=0,004$); Claude Sonnet 4.6 ara konumdaydı. En yüksek empati ChatGPT-5.5'te izlendi (medyan 5 [4-5]); bunu Gemini Flash 3.5 (3 [3-5]) ve Claude Sonnet 4.6 (3 [2-4]) izledi ve üç model birbirinden anlamlı farklıydı (tümü düzeltilmiş $p < 0,01$). Okunabilirlikte ChatGPT-5.5 "çok kolay" (90 [80-95]), Gemini Flash 3.5 85 [55-95], Claude Sonnet 4.6 "kolay" (75 [55-95]) düzeyindeydi (tümü düzeltilmiş $p < 0,01$). Empati ile okunabilirlik arasında güçlü pozitif korelasyon saptanırken ($rho=0,68$; $p < 0,001$), empati ile klinik doğruluk arasında ilişki yoktu ($rho=-0,06$; $p=0,52$); doğruluk DISCERN ($rho=0,60$) ve GQS ($rho=0,36$) ile ilişkiliydi. Yanıtların hiçbirinde zararlı olabilecek öneri saptanmadı.

Şekil 1. Modellerin beş değerlendirme boyutundaki normalize performans profilleri.



Her boyut karşılaştırma amacıyla 0–1 aralığına ölçeklenmiştir (Likert temelli ölçütler 1–5'ten, okunabilirlik 0–100'den); değerler grup ortalamalarıdır. ChatGPT-5.5 empati ve okunabilirlikte, Gemini Flash 3.5 ise klinik doğruluk ve bilgi kalitesinde öne çıkmakta; profiller modellerin birbirini tamamlayan güçlü yönlerini göstermektedir.

Şekil 2. CARE empati skorlarının modellere göre dağılımı.



Kırk hasta sorusuna verilen yanıtların CARE empati skorları (1–5). Kutular çeyreklikler arası aralığı, kalın çizgi medyanı, bıyıklar tüm aralığı, noktalar tek tek yanıtları göstermektedir. Friedman testi ile omnibus fark anlamlıdır ($p < 0,001$) ve Bonferroni düzeltmeli ikili Wilcoxon testinde üç model de birbirinden farklıdır (*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$).

Tablo 1. Büyük dil modellerinin değerlendirme ölçütlerine göre performansı.

Ölçüt	ChatGPT-5.5	Gemini Flash 3.5	Claude Sonnet 4.6	χ^2
Klinik doğruluk (1–5)	4 [3–5]^{a}	4 [3–5]^{b}	4 [3–5]^{ab}	15,42
CARE empati (1–5)	5 [4–5]^{a}	3 [3–5]^{b}	3 [2–4]^{c}	58,74
DISCERN (1–5)	4 [3–5]	4 [3–5]	4 [3–5]	5,22

GQS (1–5)	4 [2–5][a]	4 [3–5][a]	4 [3–5][b]	6,09
Okunabilirlik (0–100)	90 [80–95][a]	85 [55–95][b]	75 [55–95][c]	41,33
Kelime sayısı	269 [41–365]	286 [199–353]	264 [148–371]	4,20

Veriler medyan [en düşük–en yüksek] olarak sunulmuştur. Modeller arası farklar Friedman testi ile değerlendirilmiş, ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılmıştır. Aynı satırda ortak üst simge harfi taşımayan medyanlar birbirinden anlamlı olarak farklıdır ($p < 0,05$); omnibus testin anlamlı olmadığı satırlarda harf gösterilmemiştir. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Kısaltmalar: CARE, Konsültasyon ve İlişkisel Empati Ölçeği; GQS, Küresel Kalite Skoru; χ^2, Friedman ki-kare istatistiği.

Tartışma ve Sonuç: Güncel YZM'ler, damgalanma riski yüksek bir alan olan AGS'de tek tip değil, birbirini tamamlayan performans profilleri sergilemektedir: Gemini Flash 3.5 en doğru ve bilgi açısından en zengin model iken, ChatGPT-5.5 daha düşük doğruluğuna karşın en güçlü empati ve erişilebilirliği sunmuştur. Empati ile okunabilirliğin birlikte artması, buna karşın klinik doğruluğun bağımsız bir boyutta seyretmesi, hastaya "samimi" gelen bir yanıtın doğru yanıt anlamına gelmediğini göstermektedir. Venereolojide YZM'ler klinisyenin yerini alan araçlar olarak değil, psikolojik engelleri azaltıp hastayı profesyonel dermatolojik bakıma yönlendiren dijital bir köprü olarak konumlandırılmalı; kullanım amacına göre model seçimi ve klinik denetim sürdürülmelidir.

Anahtar Kelimeler: yapay zeka, empati, kondiloma aküminata

Yayın No: SS-063
Bildiri Grubu: Genel / Tırnak hastalıkları

Onikokriptozis Tedavisinde Er:YAG Lazer Asiste Matrisektomi Etkinliği ve Güvenliği: Retrospektif Çalışma

Aylin Savas Furat[1], Aslı Tatlıparmak[1]

[1]İstanbul Arel Üniversitesi Bahçelievler Memorial Hastanesi

Giriş ve Amaç: Onikokriptozis; ağrı, granülasyon dokusu ve tekrarlayan enfeksiyonlara yol açabilen, günlük işlevselliği belirgin şekilde kısıtlayabilen sık görülen bir tırnak hastalığıdır. Konservatif tedavilere yanıt vermeyen olgularda parsiyel tırnak avülsiyonu ile birlikte matrisektomi etkili bir tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada, onikokriptozis tanısıyla Er:YAG (erbium-doped yttrium aluminum garnet) lazer asiste lateral tırnak matrisektomisi uygulanan 36 hastanın uzun dönem klinik sonuçları, demografik özellikleri, VAS (visual analog skala) ağrı skoru, işe dönüş süresi, nüks oranı, spikül oluşumu ve hasta memnuniyeti retrospektif olarak değerlendirildi. Ayrıca Er:YAG lazer asiste matrisektominin konvansiyonel matrisektomi yöntemlerine kıyasla güvenilir ve etkili bir alternatif olup olmadığının ortaya konulması amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışma, kliniğimizde onikokriptozis tanısıyla Er:YAG lazer asiste matrisektomi uygulanan 36 hastanın verilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesiyle oluşturulduÇalışmaya evre 2 veya evre 3 onikokriptozis tanısı alan, konservatif tedavilere yanıt vermeyen, 18 yaş ve üzeri, postoperatif en az 6 ay takip süresine sahip ve tıbbi kayıtlarında eksik veri bulunmayan hastalar dahil edildi. Periferik arter hastalığı, kontrolsüz diabetes mellitus, aktif lokal enfeksiyon, gebelik veya laktasyon saptanan hastalar çalışma dışı bırakıldı.Tüm cerrahi işlemler aynı dermatolog tarafından ve aynı tedavi protokolüyle gerçekleştirildi. Operasyon bölgesi antiseptik solüsyonla (%5 povidon-iyot) temizlendi. Ardından %2 lidokain ile dijital sinir bloğu uygulanarak lokal anestezi sağlandı ve parmak kökü düzeyinde turnike uygulandı. Tırnak plağının batan lateral kısmı yaklaşık 2-3 mm genişliğinde tırnak yatağından ve proksimal tırnak kıvrımından serbestleştirilerek uzunlamasına kesildi ve eksize edildi. Parsiyel tırnak eksizyonunu takiben lateral tırnak matriksi bölgesindeki germinal doku Er:YAG lazer ile ablate edildi. Aynı alan, dokuda tam ablasyon sağlanana kadar 2-3 pas tarandı.

Resim1



Lateral tırnak matriksinin Er:YAG lazerle ablasyonu

Bulgular: Çalışmaya Er:YAG lazer ile lateral matrisektomi uygulanan 36 hasta (22 kadın, 14 erkek; yaş ortalaması: 41.56±11.23) dahil edilmiştir. Hastaların %58.3'ü Evre 2, %41.7'si Evre 3 batık tırnak tanısına sahiptir. Ortalama takip süresi 6.68±0.44 aydır.Operasyon sonrası hastaların ortalama VAS ağrı skoru 2.31±1.14 gibi düşük bir seviyede seyretmiştir. Tam klinik iyileşme ortalama 15.42±3.44 günde, işe dönüş ise 2.86±1.48 günde gerçekleşmiştir. İşlem sırasında hastaların %52.8'inde geçici minör kanama izlenmiş; takip sürecinde hiçbir hastada enfeksiyon gelişmemiştir. Geç dönemde %5.6 spikül oluşumu ve postoperatif 3, 4 ve 5. aylarda ortaya çıkan %8.3 (n=3) nüks izlenmiştir. Genel hasta memnuniyet skoru 8.50±1.23 olarak kaydedilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Er:YAG lazer 2940 nm dalga boyuna sahip olup su molekülleri tarafından yüksek afiniteyle emilir. Bu özellik, lazer enerjisinin hedef dokuda hızlı absorbe edilmesini ve çevre dokulara ısı yayılımı minimal düzeyde kalacak şekilde ablasyon oluşturmasını sağlar. Bu kontrollü ablasyon etkisinin, çalışmamızda gözlenen düşük postoperatif ağrı skoruna (VAS: 2.31±1.14) ve kısa iyileşme süresine (15.42 gün) katkı sağladığı düşünülmektedir. Er:YAG lazer asiste lateral matrisektomi, onikokriptozisin cerrahi tedavisinde kısa iyileşme süresi, düşük postoperatif ağrı skoru ve düşük nüks oranı ile güvenli, uygulanabilir ve etkili bir tedavi seçeneği

olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, işlem sırasında kanama kontrolü gereksiniminin artabilmesi uygulayıcılar açısından dezavantaj oluşturabilir. Çalışmamızın temel kısıtlılıkları retrospektif dizayn, tek merkezli olmasıdır. Buna karşın sonuçlarımızın, Er: YAG lazer destekli tırnak cerrahisine ilişkin gelecekte yapılacak prospektif ve çok merkezli çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Er:YAG lazer, lateral matrisektomi, Onikokriptozis

Yayın No: SS-064
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

DAR BANT UVB ÜNİTESİNDE TAKİPTE OLAN BİREYLERDE DEMODEX YÜKÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

zeynep güngör hayat[1], Berna Solak[1]

[1]sakarya eğitim ve araştırma hastanesi deri ve zührevi hastalıklar anabilim dalı

Giriş ve Amaç: : Demodex cinsi akarlar, insan derisinin kalıcı mikrobiyotasının bir parçası olan ve en sık bulunan zorunlu ektoparazitlerdir. Fototerapinin neden olduğu lokal immünsupresyon ve sebase bezlerdeki olası morfolojik değişimlerin, demodex popülasyonunda değişime yol açıp açmadığını saptamak ve bu süreçte fotoproteksiyon amaçlı güneş koruyucu kullanımının parazit yoğunluğu üzerindeki etkisini incelemek hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya, kliniğimizde çeşitli tanılarla fototerapi planlanan 71 hasta dahil edildi. Demodex yoğunluğu ölçümü için tedavi öncesi (0. seans) ve tedavi sonrası (20. seans) dönemlerde sağ yanak, sol yanak, alın ve burun bölgelerinden Standart Yüzeysel Deri Biyopsisi (SSSB) yöntemiyle örnekler alındı. Verilerin istatistiksel analizinde Statistical Package for Social Science (SPSS) versiyon 26.0 yazılımı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 71 hastanın toplam yüz parazit yoğunluğu medyan değeri tedavi başında 3,00 iken, 20 seanslık fototerapi sonunda 4,00'e yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,010). Bölgesel analizlerde sol yanak (p=0,008) ve burun (p=0,006) bölgelerinde parazit yükünde anlamlı artış saptandı. Güneş koruyucu kullanan (n=25) ve kullanmayan (n=46) gruplar arasında hem bölgesel yoğunluklar hem de seanslar arası değişim miktarları (delta değerleri) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p > 0,05).

Seanslara göre bölgesel ve toplam demodex yoğunluklarının istatistiksel analizi

Anatomik Bölge	0. Seans (Ort±SS)	0. Seans [Medyan (Min-Maks)]	20. Seans (Ort±SS)	20. Seans [Medyan (Min-Maks)]	p Değeri*
Sağ Yanak	2,42±3,67	1,00(0−16)	3,39±5,02	1,00(0−20)	0,198
Sol Yanak	2,56±4,17	0,00(0−20)	4,31±6,03	1,00(0−24)	0,008
Alın	1,06±2,25	0,00(0−14)	1,51±2,89	0,00(0−14)	0,098
Burun	0,62±1,50	0,00(0−8)	1,25±2,11	0,00(0−9)	0,006
TOPLAM YÜZ	6,66±9,22	3,00(0−36)	10,46±13,18	4,00(0−49)	0,010

Güneş koruyucu kullanımının parazit yoğunluğundaki değişim (delta değerleri) üzerindeki etkisinin analizi

Delta Değerleri	Z Değeri	p Değeri
Sağ Yanak	-0,946	0,344
Sol Yanak	-1,047	0,295
Alın	-0,142	0,887
Burun	-0,236	0,814
Toplam Yüz	−0,596	0,551

Tartışma ve Sonuç: Çalışma sonuçları, 20 seanslık NB-UVB uygulamasının yüzdeki toplam demodex yoğunluğunu artırdığını göstermektedir. Güneş koruyucu kullanımının bu artış üzerinde engelleyici bir etkisinin saptanmaması, fototerapinin deri üzerindeki immünolojik ve fizyolojik etkilerinin topikal fotoproteksiyonun ötesinde olduğunu düşündürebilir. Bu bulgular ışığında, fototerapi alan hastaların tedavi sürecinde fırsatçı demodikozis gelişimi açısından klinik olarak izlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: demodex, fototerapi, güneş koruyucu

Yayın No: SS-065
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Suppurativada Vazoproliferatif Mikrovasküler Değişiklikler: Yapay Zekâ Destekli Tırnak Kıvrımı Kapilleroskopisi Bulguları

Aysun Arslan Tümren[1], Eda Karaismailoğlu[2], Gülşen Akoğlu[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Bilişimi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS), günümüzde endotelyal disfonksiyon ve vasküler anormalliklerle ilişkili sistemik inflamatuar bir hastalık olarak giderek daha fazla kabul edilmektedir. Bununla birlikte, HS'de periferik mikrosirkülasyonun özellikleri tırnak kıvrımı kapilleroskopisi (NFC) kullanılarak sistematik biçimde karakterize edilmemiştir. Bu çalışmanın amacı, yapay zekâ destekli görüntü analizi kullanarak HS'ye eşlik eden kapilleroskopik mikrovasküler paternleri tanımlamak ve bu paternlerin hastalık şiddeti ile ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu tek merkezli prospektif kesitsel çalışmada, HS tanılı 108 erişkin hastanın dijital mikroskop kullanılarak NFC değerlendirmesi yapıldı. Kapilleroskopik görüntüler, yapay zekâ destekli bir görüntü analiz platformu ile analiz edildi. Hastalık şiddeti Hurley evrelemesi ve Uluslararası Hidradenitis Suppurativa Şiddet Skorlama Sistemi (IHS4) kullanılarak değerlendirildi.

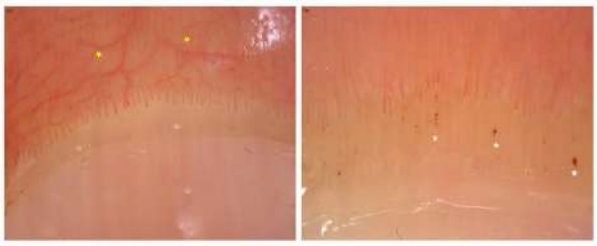
Bulgular: Hastaların tamamında en az bir kapilleroskopik anormallik saptandı. Ortalama kapiller yoğunluk (7,64±0,87/mm) ve apikal çap (18,77±2,44 μm) normal referans sınırlarındaydı. Baskın patern, tortiyöz (%99,1), dilate (%95,4) ve çaprazlaşan kapillerlerin (%92,6) yüksek prevalansı ile karakterize vazoproliferatif paterndi. Anormal şekilli kapillerler hastaların yarısından fazlasında görüldü. Dev kapiller nadirdi, avasküler alan izlenmedi. Mikrohemoraji %25,0, mimari dezorganizasyon %19,4 oranında saptandı. Bağ dokusu hastalıklarında tipik olarak gözlenen şiddetli obliteratif mikroanjiyopati bulguları izlenmedi. Kapilleroskopik anormallikler minör ve majör NFC skorları ile sınırlıydı. Kantitatif veya kalitatif hiçbir NFC parametresi Hurley evreleri veya IHS4 şiddet kategorileri arasında anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Hidradenitis suppurativada kapiller morfolojik anormallikler



(a) Tortiyöz kapiller (mavi yıldız), saç tokası (hairpin) kapiller (siyah yıldız) ve ramifiye kapiller (sarı yıldız). (b) Üç kez çaprazlaşan (crossing) kapiller (mor yıldız). (c) Tortiyöz kapiller (mavi yıldız) ve anormal şekilli kapiller (yeşil yıldız).

Hidradenitis suppurativada diğer kapilleroskopik bulgular



(a) Belirgin subpapiller pleksus (sarı yıldız). (b) Mikrohemoraji (beyaz yıldız).

Tablo 1. Hidradenitis suppurativa hastalarında tırnak kıvrımı kapilleroskopik bulguları.

Kantitatif parametreler		**Değer**
Kapiller yoğunluk (kapiller/mm), ort±SS		7,64 ± 0,87
Apikal çap (µm), ort±SS		18,77 ± 2,44
Semikantitatif skorlar		**n (%)**
NFC skoru	1	81 (75,0)
	2	27 (25,0)
Kapiller minör morfoloji skoru	1	105 (97,2)
	2	3 (2,8)
Kapiller majör morfoloji skoru	0	49 (45,4)
	1	59 (54,6)

Kapiller genişleme skoru	0	6 (5,6)
	1	70 (64,8)
	2	30 (27,8)
	3	2 (1,9)
Morfolojik bulgular		**n (%)**
Tortiyöz kapiller		107 (99,1)
Genişlemiş kapiller		103 (95,4)
Çaprazlaşan kapiller		100 (92,6)
Anormal şekilli kapiller		59 (54,6)
Mikrohemoraji		27 (25,0)
Dezorganize mimari		21 (19,4)
Belirgin subpapiller pleksus		19 (17,6)
Dev kapiller		2 (1,9)
Avasküler alan		0 (0,0)

Çalışmaya dahil edilen 108 HS hastasının tırnak kıvrımı kapilleroskopik bulguları sunulmuştur.

Tartışma ve Sonuç: HS'de saptanan vazoproliferatif mikrovasküler patern, sistemik skleroz ve dermatomiyozit gibi bağ dokusu hastalıklarında tanımlanan obliteratif mikroanjiyopatik görünümden belirgin olarak farklıdır. Buna karşın, literatürde psoriasis için bildirilen proliferatif kapilleroskopik değişikliklerle benzerlik gösterebileceği düşünülmektedir. Anormal şekilli kapillerlerin yüksek sıklığı, HS'de neoanjiyogenezin mikrovasküler yeniden şekillenmenin önemli bir bileşeni olabileceğini desteklemektedir. Kapilleroskopik bulguların hastalık şiddetinden bağımsız olması, bu değişikliklerin güncel inflamatuar aktiviteden ziyade HS'nin intrinsik mikrovasküler özelliklerini yansıtabileceğini düşündürmektedir.Yapay zekâ destekli NFC incelemesi ile HS hastalarında vazoproliferatif mikrovasküler paternin bulunduğunu ortaya koyulmuştur. Bu anormallikler hastalık şiddeti ile ilişkili bulunmamış olsa da, tüm hastalarda saptanmaları nedeniyle periferik mikrovasküler değişikliklerin HS’nin intrinsik bir özelliği

olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışma, yapay zekâ destekli kapilleroskopik değerlendirmenin, HS gibi inflamatuar deri hastalıklarında mikrovasküler tutulumun objektif değerlendirilmesi için pratik ve non-invaziv bir yaklaşım sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis suppurativa, Kapilleroskopi, Yapay zeka

Yayın No: SS-066
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Suppurativa'da Kinürenin Yolağının Sistemik Değişiklikleri: Potansiyel Bir Biyobelirteç Olarak KYN/TRP Oranı

Öykü Erik[1], Gülhan Gürel[1]

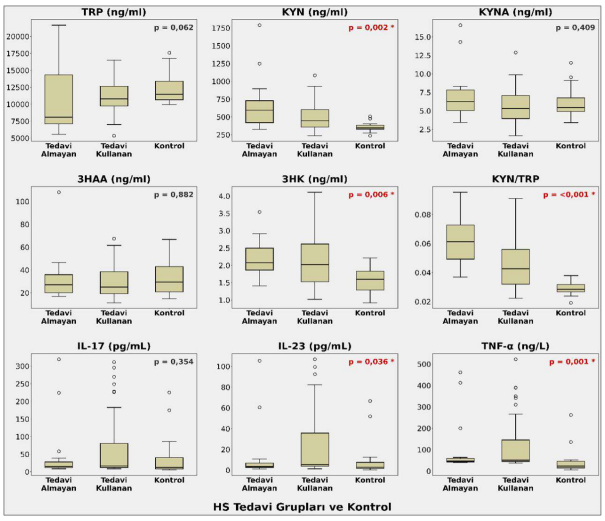
[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS), Th17/TNF-α aksını içeren immün yanıt düzensizlikleri ile karakterize kronik inflamatuvar foliküler bir deri hastalığıdır. Triptofan katabolizmasının temel metabolik yolaklarından biri olan kinürenin yolağı, immün regülasyonda önemli bir role sahip olup çeşitli inflamatuvar hastalıkların patogenezinde rol oynadığı gösterilmiştir.Bu çalışmada, HS hastalarında serum kinürenin yolağı metabolitleri ve proinflamatuvar sitokin düzeylerinin tedavi gruplarına göre değerlendirilmesi, bu parametrelerin klinik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi ve kinürenin yolağı metabolitlerinin HS tanısındaki ayırt edici değerinin belirlenmesi amaçlanmıştır

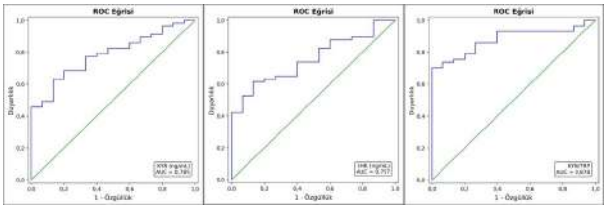
Yöntem: Kesitsel vaka-kontrol tasarımındaki araştırmaya 57 HS hastası (15 tedavi almayan, 21 konvansiyonel tedavi alan ve 21 adalimumab tedavisi alan hasta) ile 15 sağlıklı kontrol dahil edildi. Serum triptofan (TRP), kinürenin (KYN), kinürenik asit (KYNA), 3-hidroksikinürenin (3HK) ve 3-hidroksiantranilik asit (3HAA) düzeyleri sıvı kromatografi-tandem kütle spektrometrisi (LC-MS/MS) yöntemi kullanılarak ölçüldü. İnterlökin-17 (IL-17), interlökin-23 (IL-23) ve tümör nekroz faktörü-alfa (TNF-α) düzeyleri enzim bağlı immünosorbent analiz (ELISA) yöntemi ile değerlendirildi. KYN/TRP oranı, indolamin 2,3-dioksijenaz enzim aktivitesinin dolaylı bir göstergesi olarak hesaplandı.

Bulgular: HS hastalarında serum KYN (p=0,001), 3HK (p=0,002), KYN/TRP oranı (p < 0,001), IL-23 (p=0,026) ve TNF-α (p < 0,001) düzeyleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek saptandı. IL-17 düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi (p=0,200). KYN/TRP oranı tedavi almayan hasta grubunda en yüksek düzeyde saptanırken, konvansiyonel tedavi (p=0,028) ve adalimumab tedavisi (p=0,041) alan hastalarda anlamlı olarak daha düşük bulundu. Hurley evreleri arasında metabolit ve sitokin düzeyleri açısından anlamlı fark gözlenmedi. Korelasyon analizinde KYN/TRP oranı TNF-α ile pozitif korelasyon gösterirken (r=0,272; p=0,021), TRP düzeyi TNF-α ile negatif korele bulundu (r=−0,261; p=0,027). Ayrıca IL-17, IL-23 ve TNF-α düzeyleri arasında güçlü pozitif korelasyonlar saptandı (r=0,691–0,716; p < 0,001). ROC analizinde, KYN/TRP oranının en yüksek tanısal performansa sahip olduğu gösterildi (AUC=0,878; duyarlılık %73,68; özgüllük %86,67; kesim değeri: 0,04).

Şekil 1. HS tedavi almayan ve alan hasta grupları ile kontrol grubunun serum kinürenin metabolitleri ve sitokin düzeylerinin karşılaştırılması



Şekil 2. HS hastaları ile sağlıklı kontrollerin ayrımında KYN, 3HK düzeylerinin ve KYN/TRP oranının tanısal performansını gösteren ROC eğrileri.



Tablo 1. HS hasta ve kontrol grubundaki serum kinürenin metabolitleri ve sitokin düzeylerinin karşılaştırılması

Parametreler	Hasta Grubu (n=57)	Kontrol Grubu (n=15)	p
TRP (ng/ml)	10552,60 (5358,27-21663,68)	11492,77 (9949,68-17583,19)	0,055
KYN (ng/ml)	466,53 (238,16-1789,09)	346,63 (236,64- 506,51)	**0,001**
KYNA (ng/ml)	5,43	5,43	0,776

	(1,64-16,59)	(3,41- 11,50)	
3HAA (ng/ml)	27,18 (11,32- 108,05)	29,39 (14,95- 66,73)	0,618
3HK (ng/ml)	2,07 (1,02- 4,11)	1,60 (0,92- 2,21)	**0,002**
KYN/TRP	0,05 (0,02- 0,10)	0,03 (0,02-0,04)	**<0,001**
IL-17 (pg/mL)	16,28 (8,60- 319,44)	12,64 (5,62- 225,48)	0,200
IL-23 (pg/mL)	4,47 (1,09- 106,89)	2,92 (0,32- 66,71)	**0,026**
TNF-α (ng/L)	50,74 (37,37-522,21)	24,08 (5,81- 262,26)	**<0,001**

Mann-Whitney U testi, tanımlayıcı istatistikler medyan (minimum-maksimum) olarak verildi. TRP: Triptofan, KYN: Kinürenin, KYNA: Kinürenik asit, 3HAA: 3-hidroksiantranilik asit, 3HK: 3-hidroksikinürenin, KYN/TRP: Kinürenin/Triptofan oranı, IL-17: İnterlökin-17, IL-23: İnterlökin-23, TNF-α: Tümör Nekroz Faktörü Alfa

Tablo 2. HS hasta alt grupları ve kontrol grubunda kinürenin yolağı metabolitleri ile proinflamatuvar sitokin düzeylerinin karşılaştırılması

Parametreler	Tedavi Almayan HS Grubu n=15	Konvansiyonel Tedavi Alan HS Grubu n=21	Adalimumab Kullanan HS Grubu n=21	Kontrol Grubu n=15	p
TRP (ng/ml)	8095,98 (5563,4-	11825,13 (5358,3-	10622,54 (7268,3-	11492,77 (9949,7-	0,107

	21663,7)	16484,3)	16382,9)	17583,2)	
KYN (ng/ml)	596,53 [a] (324,83-1789,09)	455,77 [a,b] (238,16-1082,95)	446,09 [a] (312,73-928,99)	346,63 [b] (236,64-506,51)	**0,004***
KYNA (ng/ml)	6,28 (3,44-16,59)	5,59 (1,64-12,88)	5,33 (2,54-9,53)	5,43 (3,41-11,5)	0,5
3HAA (ng/ml)	27,18 (16,95-108,05)	22,88 (11,59-67,4)	29,96 (11,32-51,76)	29,39 (14,95-66,73)	0,870
3HK (ng/ml)	2,08 [a] (1,41-3,54)	1,73 [a,b] (1,12-3,55)	2,08 [a] (1,02-4,11)	1,6 [b] (0,92-2,21)	**0,006***
KYN/TRP	0,06 [a] (0,04-0,1)	0,04 [a] (0,02-0,09)	0,04 [a] (0,03-0,09)	0,03 [b] (0,02-0,04)	**<0,001***
IL-17 (pg/mL)	15,36 (8,6-319,44)	16,92 (9,72-248,88)	27,8 (8,76-311,88)	12,64 (5,62-225,48)	0,492
IL-23 (pg/mL)	3,55 [a,b] (1,09-105,43)	4,05 [a,b] (1,33-79,42)	14,74 [a] (1,32-106,89)	2,92 [b] (0,32-66,71)	**0,023***
TNF-α (ng/L)	47,16 [a,b] (40,53-461,63)	47,63 [a,b] (38,47-349,42)	76,37 [a] (37,37-522,21)	24,08 [b] (5,81-262,26)	**0,001***

Kruskal Wallis testi, tanımlayıcı istatistikler medyan (minimum-maksimum) olarak verildi. *Anlamlı bulunan parametrelerde gruplar arası ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Mann–Whitney U testi ile gerçekleştirilmiştir. Aynı satırda farklı üst simge harfleri (a,b) taşıyan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). TRP: Triptofan, KYN: Kinürenin, KYNA: Kinürenik asit, 3HAA: 3-hidroksiantranilik asit, 3HK: 3-hidroksikinürenin, KYN/TRP: Kinürenin/Triptofan oranı, IL-17: İnterlökin-17, IL-23: İnterlökin-23, TNF-α: Tümör Nekroz Faktörü Alfa.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, HS'de kinürenin yolağı aktivasyonunu tedavi durumuna göre değerlendiren ilk kapsamlı çalışmalardan biridir. HS hastalarında serum KYN, 3HK ve KYN/TRP oranındaki anlamlı artış, triptofan metabolizmasının kinürenin yolağına yöneldiğini ve bu immünometabolik değişimin yalnızca deri mikroçevresiyle sınırlı olmayıp sistemik düzeyde de gerçekleştiğini göstermektedir. KYN/TRP oranının TNF-α ile pozitif, TRP düzeyinin ise TNF-α ile negatif korelasyon göstermesi, TNF-α aracılı inflamasyon ile kinürenin yolağı aktivasyonu arasındaki olası ilişkiyi desteklemektedir.Tedavi almayan hastalarda en yüksek düzeyde saptanan KYN/TRP oranının, konvansiyonel tedavi ve adalimumab alan hastalarda daha düşük bulunması, inflamatuvar kontrol ile birlikte triptofan metabolizmasının modüle olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte 3HK düzeylerinin tedavi durumundan bağımsız olarak yüksek seyretmesi, mevcut tedavilere rağmen devam eden oksidatif stres ilişkili metabolik aktivasyonu yansıtabilir. Artmış TNF-α ve IL-23 düzeyleri, HS patogenezinde bu sitokin yolaklarının önemli rolünü desteklemektedir. Özellikle anti-TNF tedavisi alan hastalarda IL-23 aktivitesinin devam etmesi, bazı hastalarda alternatif inflamatuvar mekanizmaların hastalık sürecine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.IL-17, IL-23 ve TNF-α arasındaki güçlü pozitif korelasyonlar, HS patogenezinde birbiriyle ilişkili sitokin ağının rolünü desteklemektedir. Hurley evresi ile kinürenin metabolitleri arasında anlamlı ilişki saptanmaması, bu metabolik değişikliklerin yapısal hastalık şiddetinden bağımsız olarak erken dönemde ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.Yüksek tanısal performans gösteren KYN/TRP oranı, HS’de sistemik immünometabolik değişiklikleri yansıtan umut vadeden bir biyobelirteç ekseni olarak değerlendirilebilir. Gelecekte yapılacak geniş ölçekli ve longitudinal çalışmalar, kinürenin yolağının hastalık takibi ve terapötik hedef potansiyelindeki rolünü daha iyi ortaya koyacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis suppurativa, kinürenin yolağı, KYN/TRP oranı

Yayın No: SS-067
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

PSORİASİS HASTALARINDA IL-17 İNHİBİTÖR TEDAVİSİ İLE DEMODEKS YOĞUNLUĞUNDAKİ DEĞİŞİMİN PROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Vahide SUKAN SARGIN[1], Hatice ATAŞ[1], Selda Pelin KARTAL[1]

[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Psoriasis, patogenezinde IL-17 aracılı inflamatuvar yanıtın önemli rol oynadığı kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. IL-17'nin epitel ve mukozal bariyerin korunması ile patojenlere karşı savunmada önemli işlevlere sahip olduğu bilinmektedir. IL-17 inhibitörleri psoriasis tedavisinde yaygın olarak kullanılmakta olup deri mikrobiyotasında değişikliklere ve bazı mikroorganizmaların proliferasyonuna yol açabilmektedir. Demodeks akarları, insan pilosebase ünitesinde yaşayan kommensal ektoparazitlerdir. Demodeks enfestasyonunda T hücre aracılı immün yanıt ve Th17 ilişkili sitokinlerin rol oynadığı bildirilmiştir. Bu bağlamda Demodeks blefariti olan hastalarda gözyaşı sitokin düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalarda, Demodeks enfestasyonu sırasında konak savunma yanıtının bir parçası olarak IL-17 düzeylerinde artış, eradikasyon sonrasında ise azalma saptanmıştır. Psoriasis tedavisinde kullanılan biyolojik ajanların Demodeks yoğunluğu üzerine etkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. IL-17 inhibitörlerinin etkisini tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmalı olarak değerlendiren prospektif bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, IL-17 inhibitörlerinin Demodeks yoğunluğu üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve tedavi sürecinde gelişebilecek demodikozis ile ilişkili klinik durumlara yönelik farkındalığın artırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışma prospektif gözlemsel tasarımla yürütülmüş olup IL-17 inhibitörü tedavisi başlanan 30 psoriasis hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri kaydedilmiş, PASI skorları ve Demodeks yoğunluğu tedavi başlangıcında ve tedavinin 3. ayında değerlendirilmiştir. Demodeks yoğunluğu, sağ yanak, sol yanak, çene ve alın olmak üzere yüzün dört farklı anatomik bölgesinden standartize yüzeysel deri biyopsi tekniği ile belirlenmiştir.

Resim 1



Alın, sol yanak, sağ yanak ve çene bölgelerinden standartize cilt yüzey biyopsisi (SSSB) yöntemi ile örnek alınması

Resim 2



Direkt mikroskobik incelemede 10× büyütmede izlenen Demodeksler

Bulgular: Tedavi sonrası 3. ay değerlendirmesinde PASI skorlarında anlamlı azalma saptanmıştır ($p < 0,001$). Toplam Demodeks yoğunluğu ise 3. ayda anlamlı olarak artmıştır ($p < 0,001$). Bölgesel değerlendirmede sağ yanak, sol yanak ve alın bölgelerinde Demodeks yoğunluğunda anlamlı artış izlenirken ($p < 0,05$), çene bölgesinde anlamlı değişiklik saptanmamıştır ($p > 0,05$). Tedavi sonrası, yüzün herhangi bir bölgesinde patolojik eşik değer olan > 5 akar/cm² Demodeks yoğunluğunu aşan hasta oranında anlamlı artış saptanmıştır ($p=0,011$). Ayrıca Demodeks yoğunluğundaki değişim ile yaş ve vücut kitle indeksi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 1 : Tedavi öncesi ve tedavi sonrası 3. ay demodeks yoğunluğunun karşılaştırılması

Değişken	**Tedavi öncesi Medyan [IQR]**	**Tedavi sonrası 3. ay Medyan [IQR]**	**İstatistiksel analiz** *p*-**değeri**
Sağ yanak	2,0 [7,3]	5,0 [13,5]	*p*=0,006*
Sol yanak	0,0 [3,0]	5,0 [13,3]	*p*<0,001**
Çene	0,0 [0,5]	0,0 [3,0]	0,092
Alın	0,0 [1,0]	1,0 [4,3]	0,006*
Toplam ölçüm	3,5 [13,3]	16,0 [28,3]	*p*<0,001**

p: Wilcoxon signed-rank testi * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

Tablo 2: Tedavi öncesi ve tedavi sonrası demodeks yoğunluğu kategorileri (≤5 akar/cm² ve >5 akar/cm²) arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tedavi öncesi düzey	≤5akar/cm²		>5 akar/cm²		**İstatistiksel analiz** **Olasılık**
	n	**%**	**n**	**%**	

Tedavi sonrası demodeks yoğunluğu					
≤5 akar/cm²	10	52,6	1	9,1	*p*:0.011*
>5 akar/cm²	9	47.4	10	90,9	

p: “Mc-Nemar” test. p<0.05

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda IL-17 inhibitörü tedavisi sonrasında Demodeks yoğunluğunda saptanan anlamlı artışın IL-17 yanıtının inhibisyonuna bağlı olarak konak immün yanıtındaki değişiklikler ve pilosebase ünitedeki mikrobiyal dengenin bozulması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Literatürde biyolojik tedaviler ile Demodeks yoğunluğu arasındaki ilişkiyi değerlendiren yalnızca bir çalışma mevcut olup kesitsel tasarıma sahiptir. Bizim çalışmamızda aynı hastalarda tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme yapılması, Demodeks yoğunluğundaki değişimin doğrudan gösterilebilmesine olanak sağlamıştır. Ayrıca yalnızca IL-17 inhibitörlerine odaklanılması bu sitokin yolağının etkilerinin daha spesifik değerlendirilmesini sağlamıştır. Tedavi altındaki hastalarda Demodeks yoğunluğundaki artışın yaş ve vücut kitle indeksi ile ilişkili bulunması, konak faktörlerinin de bu süreçte etkili olabileceğini düşündürmektedir. Yaşla birlikte pilosebase ünite aktivitesi ve sebum sekresyonunda meydana gelen değişikliklerin Demodeks proliferasyonunu etkileyebileceği bildirilmektedir. Benzer şekilde obezite ile ilişkili metabolik ve hormonal değişikliklerin sebase bez aktivitesi ve deri bariyer fonksiyonunu etkileyerek Demodeks kolonizasyonu için uygun bir mikroçevre oluşturabileceği düşünülmektedir. Literatürde de Demodeks pozitif hastalarda vücut kitle indeksi değerlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte artan Demodeks yoğunluğuna rağmen klinik semptomların sınırlı sayıda hastada görülmesi immünsupresyonun inflamatuvar yanıtı baskılayabilmesi ile ilişkili olabilir. Çalışmamız, IL-17 inhibitörü tedavisi sonrası Demodeks yoğunluğunda artış gelişebileceğini göstermektedir. Özellikle ileri yaş ve yüksek vücut kitle indeksine sahip hastalarda tedavi sürecinde gelişebilecek demodikozis olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: demodeks, biyolojik tedavi, IL17 inhibitörleri

Yayın No: SS-068
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Erken Başlangıçlı Androgenetik Alopeside Bisfenol A Düzeylerinin Değerlendirilmesi

İlayda Kaçer[1], Hilal Kaya Erdoğan[1], Evin Kocatürk[2], Esra Ağaoğlu[1], Ersoy Acer[1], Özben Özden Işıklar[2], Muzaffer Bilgin[3], Zeynep Nurhan Saraçoğlu[1]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Eskişehir
[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: Androgenetik alopesi (AGA), genetik yatkınlığı bulunan bireylerde androjenlerin etkisiyle gelişen, ilerleyici saç kaybı ile seyreden bir hastalıktır. Erkeklerde en sık görülen saç dökülmesi nedeni olup, hastalığın 30 yaş ve öncesinde ortaya çıkması erken başlangıçlı AGA olarak tanımlanmaktadır. AGA patogenezinde androjenler temel belirleyici olmakla birlikte genetik yatkınlık ve çevresel etmenler de sürece katkıda bulunmaktadır. Bisfenol A (BPA), günlük yaşamda en sık maruz kalınan endokrin bozucu kimyasallardan biridir. BPA maruziyetinin başlıca yolu, BPA içeren ambalaj veya materyallerle temas eden gıdaların tüketilmesi olup plastik şişeler, epoksi reçine kaplı gıda kutuları, dental kompozit materyaller ve kişisel bakım ürünleri başlıca maruziyet kaynakları arasında yer almaktadır. BPA'nın androjen reseptörü üzerinden doğrudan etki gösterebildiği, aromataz aktivitesini baskılayarak testosteronun östrojene dönüşümünü azalttığı ve seks hormon bağlayıcı globuline bağlanarak serbest testosteron fraksiyonunu artırdığı bildirilmiştir. BPA'nın hiperandrojenizmle ilişkili polikistik over sendromu (PKOS) ve akne gibi klinik tablolarda rol oynadığı gösterilmiştir. Öte yandan erken başlangıçlı AGA'nın bazı araştırmacılar tarafından PKOS'un erkek fenotipi olarak değerlendirildiği ve akne gibi hiperandrojenizm bulgularının AGA'ya eşlik edebildiği bilinmektedir. Bu ortak androjenik zemin, BPA maruziyetinin erken başlangıçlı AGA patogenezinde rol alan bir çevresel faktör olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada, erken başlangıçlı AGA olgularında serum ve idrar BPA düzeylerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11.02.2025 tarih ve 06 sayılı karar ile etik kurul onayı alındı. Çalışmaya 18-30 yaş arası 55 erken başlangıçlı AGA'lı hasta ve 55 sağlıklı erkek kontrol dahil edildi. Bilinen karaciğer veya böbrek hastalığı bulunanlar, hepatik metabolizmayı ya da renal ekskresyonu etkileyebilecek ilaç kullananlar ve son iki gün içinde dişlerine işlem yapılanlar çalışma dışı bırakıldı. AGA hastaları Hamilton-Norwood sınıflamasına göre gruplandırıldı. Tüm katılımcıların sosyodemografik, antropometrik, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri kaydedildi. Katılımcılara BPA maruziyeti ve farkındalığını değerlendirmek amacıyla literatüre göre yapılandırılmış bir anket uygulandı. Katılımcıların serum ve idrar BPA düzeyleri ELİSA yöntemi ile çalışıldı.

Bulgular: AGA'lı hastalarda vücut kitle indeksi, bel çevresi değerleri ve aile AGA öyküsü varlığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı ($p < 0.05$) . AGA'lı hastalarda hem serum BPA, hem idrar BPA düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 1). Çok değişkenli regresyon analizinde idrar BPA düzeyi (OR=1.059; p=0.008), serum BPA düzeyi (OR=1.014; p=0.039) ve ailede AGA öyküsü varlığı (OR=8.341; $p < 0.001$) erken başlangıçlı AGA varlığı ile ilişkili bağımsız değişkenler olarak belirlendi (Tablo 2). Erken başlangıçlı AGA şiddetine yönelik çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise yalnızca serum BPA düzeyi bağımsız değişken olarak saptandı (OR=1.017; p=0.041) (Tablo 2).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda serum ve idrar BPA düzeylerinin erken başlangıçlı AGA hastalarında daha yüksek bulunması ve aile öyküsü ile birlikte bağımsız risk faktörü olarak belirlenmesi, çevresel BPA maruziyetinin genetik zemin üzerine eklenen ek bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Erken başlangıçlı AGA ve BPA ilişkisinde patogenezin net aydınlatılması için daha ileri ve kapsamlı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Tablo 1. Çalışma gruplarında serum ve idrar BPA düzeylerinin dağılımı

	Hasta	**Kontrol**	**p***
	Ort±SS		
	Medyan (Q1–Q3)		
Serum BPA (ng/mL)	53.30±46.96 31.55 (20.40–80.65)	33.43±28.94 24.00 (12.95–45.55)	**0.013**
İdrar BPA (ng/mL)	34.22±10.55 32.70 (27.25–41.95)	29.70±12.22 28.70 (23.30–34.30)	**0.012**

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma. Q1: Birinci çeyrek; Q3: Üçüncü çeyrek. *Mann-Whitney U.

Tablo 2. Erken başlangıçlı AGA varlığı ve şiddeti ile ilişkili faktörlere yönelik çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişkenler	**β**	**SH**	**Wald**	**p**	**OR**	**OR için %95 GA**	
						Alt sınır	**Üst sınır**
Erken Başlangıçlı AGA varlığı- Başlangıç modeli (Adım 1) — 10 değişken							
Serum BPA	0.013	0.007	3.225	0.069	1.013	0.999	1.028

(ng/mL)							
İdrar BPA (ng/mL)	0.057	0.023	6.194	**0.013**	1.059	1.012	1.108
Yaş (yıl)	0.050	0.085	0.344	0.558	1.051	0.890	1.242
VKİ (kg/m²)	−0.079	0.144	0.299	0.585	0.924	0.697	1.226
Bel Çevresi (cm)	0.060	0.047	1.621	0.203	1.062	0.968	1.165
Ailede AGA Varlığı	2.220	0.582	14.523	**<0.001**	9.203	2.939	28.819
Sigara Kullanımı	0.209	0.474	0.195	0.659	1.233	0.478	3.120
Alkol Kullanımı	0.203	0.490	0.171	0.680	1.224	0.468	3.202
Akne Öyküsü	0.056	0.498	0.013	0.910	1.058	0.399	2.805
Hipersebore Öyküsü	−0.128	0.545	0.055	0.814	0.880	0.303	2.558
Erken Başlangıçlı AGA varlığı- Nihai model (Adım 8) — 3 değişken							
Serum BPA (ng/ml)	0.014	0.007	4.265	**0.039**	1.014	1.001	1.028
İdrar BPA (ng/mL)	0.057	0.022	6.958	**0.008**	1.059	1.015	1.105
Ailede AGA Varlığı	2.121	0.555	14.627	**<0.001**	8.341	2.813	24.735
Erken Başlangıçlı AGA Şiddeti- Başlangıç modeli (Adım 1) — 5 değişken							
Serum BPA (ng/mL)	0.016	0.009	3.364	0.067	1.016	0.999	1.034
İdrar BPA (ng/mL)	0.044	0.032	1.943	0.163	1.045	0.982	1.113
VKİ (kg/m²)	0.165	0.175	0.880	0.348	1.179	0.836	1.663
Bel Çevresi (cm)	−0.037	0.058	0.404	0.525	0.964	0.860	1.080
AGA başlangıç yaşı (yıl)	0.006	0.117	0.003	0.960	1.006	0.800	1.264
Erken Başlangıçlı AGA Şiddeti- Nihai model (Adım 5) — 1 değişken							
Serum BPA (ng/mL)	0.016	0.008	4.173	**0.041**	1.017	1.001	1.033

SH: Standart Hata; OR: Odds Ratio; GA: Güven Aralığı.

Anahtar Kelimeler: Erken başlangıçlı androgenetik alopesi, Endokrin bozucu kimyasallar, Bisfenol A

Yayın No: SS-069
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoskopi

Perifoliküler Kresentrik Pigmentasyon, Koyu Deri Fototiplerinde Yüz Yerleşimli Düz Pigmente Bazal Hücreli Karsinomun Tanınmasını Artırır: Dermatoskopik Eğitim ve Yapay Zeka Çalışması

Ahmet Taha Aydemir[1], Handan Merve Erol Mart[2], Philipp Tschandl[3], Aylin Okçu Heper[4], Bengü Nisa Akay[2]

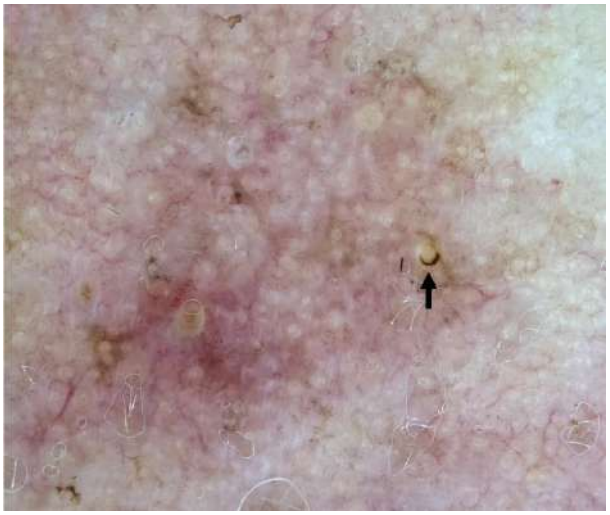
[1]Yozgat Şehir Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Yozgat, Türkiye
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[3]Viyana Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Viyana, Avusturya
[4]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Yüz yerleşimli düz pigmente bazal hücreli karsinom (BHK), dermatoskopik olarak diğer pigmente yüz lezyonlarını taklit edebilen ve sıklıkla gözden kaçan tanısal bir zorluktur. Bu çalışmada, perifoliküler kresentrik pigmentasyonun (PKP) yüz yerleşimli düz pigmente BHK'si için yeni bir dermatoskopik kriter olarak tanımlanması, eğitsel etkisinin değerlendirilmesi ve yapay zeka (YZ) modelleri ile tanısal performansının karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif olarak 120 düz pigmente yüz lezyonundan oluşan bir dermatoskopik görüntü veri seti oluşturuldu (60 BHK, 20 lentigo maligna [LM], 20 pigmente aktinik keratoz [PAK] ve 20 solar lentigo/erken seboreik keratoz [SL/SK]). Tüm görüntüler iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak PKP varlığı açısından değerlendirildi. Dermatoskopi konusunda en az bir yıllık deneyime sahip 26 dermatoloji asistanı, PKP'ye yönelik eğitim öncesinde ve eğitimden bir hafta sonra dört kategorili tanısal teste tabi tutuldu. Aynı veri seti üzerinden dört farklı YZ modeli (ADAE, ResNet34, PanDerm ve MedSigLIP) değerlendirildi. Duyarlılık, özgüllük, genel tanısal doğruluk ve Youden J indeksi hesaplandı.

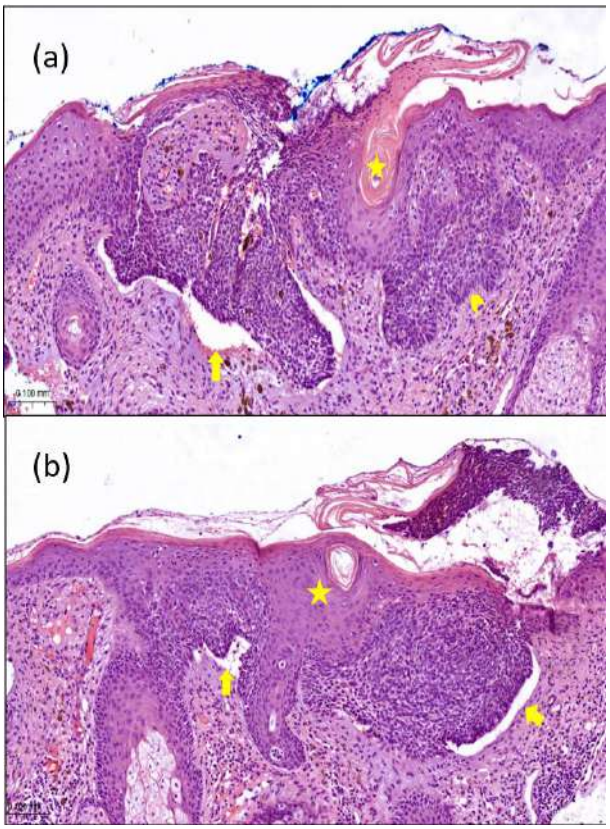
Bulgular: PKP, foliküler açıklığın patent kaldığı, onu kısmen çevreleyen ve hilal biçimde bir ark oluşturan kahverengi-siyah renkli fokal pigmente yapı olarak tanımlandı (Figür 1). PKP, 60 düz pigmente BHK olgusunun 38'inde (%63,3) saptanırken, LM, PAK ve SL/SK olgularının hiçbirinde izlenmedi. PKP değerlendirmesinde gözlemciler arası uyum yüksek düzeydeydi (Fleiss κ=0,780). Eğitim sonrasında asistanların BHK tanısındaki duyarlılığı anlamlı olarak arttı (%73,7±16,3'e karşı %88,0±10,0; ortalama fark %14,3; %95 güven aralığı: 9,4–19,2; $p < 0,001$). Genel tanısal doğruluk da anlamlı düzeyde yükseldi (%85,8±7,9'a karşı %90,4±4,9; ortalama fark %4,6; %95 güven aralığı: 2,2–6,9; $p = 0,001$). YZ modellerinde duyarlılık %26,7 (PanDerm) ile %70,0 (ADAE) arasında değişirken, eğitim sonrası asistanlar, adapte edilmemiş YZ modellerinden daha yüksek performans gösterdi. PanDerm modelinde linear probing sonrasında duyarlılık %96,7'ye yükseldi (Tablo 1). PKP açısından yapılan histopatolojik incelemede, folikülün tutulmadığı ve foliküler infundibulum çevresinde konsantrik yerleşim gösteren bazaloid tümör adacıkları saptandı (Figür 2).

Figür 1



Yüz yerleşimli düz bazal hücreli karsinomun dermatoskopik görüntüsü. Erken evrede, foliküler tutulumu olmayan perifoliküler kresentrik pigmentasyon izlenmektedir (siyah ok).

Figür 2



Perifoliküler kresentrik pigmentasyonun histopatolojik korelasyonu. (A) Bazaloid hücrelerden oluşan tümör adalarının bazı odaklarda kıl folikülünün infundibüler bölümünü (yıldız) çevrelediği ve bu alanlarda papiller dermise uzandığı görülmektedir. Bu bölgede tümör adasının çevresinde retraksiyon artefaktı (ok) ve tümör hücrelerinde periferal palizatlanma (ok başı) izlenmektedir; H&E ×12. (B) Başka bir alanda, kıl folikülü infundibulumunu çevreleyen bazaloid hücrelerden oluşan tümör adaları (yıldız) görülmektedir. Fokal retraksiyon artefaktı (ok) mevcuttur; H&E ×12.

Tablo 1

Yapay zeka modeli	Duyarlılık, %	Özgüllük, %	Youden J indeksi
ADAE	70,0	100,0	0,700
ResNet34	56,7	100,0	0,567
PanDerm	26,7	100,0	0,267
MedSigLIP	43,3	63,3	0,067
PanDerm-Linear	96,7	93,3	0,900

Yüz yerleşimli düz bazal hücreli karsinom için yapay zeka modellerinin tanısal performansı

Tartışma ve Sonuç: Yüz yerleşimli düz pigmente BHK, yüz yerleşimli pigmente lezyonların ayırıcı tanısında önemli bir yer tutmaktadır. Bu lezyonlar, pigmente BHK için karakteristik olan arborizan damarlar, mavi-gri globüller gibi dermatoskopik bulgulardan yoksun olabildiğinden kolaylıkla gözden kaçabilmekte veya yanlış sınıflandırılabilmektedir. Navarrete-Dechent ve ark., bu alt tipi ilk kez sistematik olarak tanımlamış ve düz pigmente yüz BHK'lerin dermatoskopide LM'den ayırt edilemeyen romboidal yapılar sergileyebileceğini göstermiştir. Bizim bulgularımız ise bu lezyon alt grubunda BHK için daha yaygın ve daha özgül olan, erken evrede ortaya çıkan ek bir dermatoskopik kriter tanımlayarak bu bilgileri genişletmektedir. Bu çalışma, düz pigmente yüz BHK'si için daha önce tanımlanmamış yeni bir dermatoskopik kriter olan PKP'yi tanımlamaktadır. PKP, olguların %63,3'ünde saptanmış, karşılaştırma grubundaki hiçbir lezyonda izlenmemiş ve gözlemciler arası yüksek uyum göstermiştir. Eğitim sonrasında dermatoloji asistanlarının tanısal duyarlılığını anlamlı düzeyde artırması, PKP'nin kolay öğrenilebilir ve klinik açıdan değerli bir dermatoskopik bulgu olduğunu göstermektedir. Ayrıca, mevcut YZ modellerinin bu lezyon tipinde sınırlı duyarlılık göstermesi, düz pigmente yüz BHK'sinin eğitim veri setlerinde yetersiz temsil edilmesiyle ilişkili olabilir. Buna karşın, hedefe yönelik model uyarlaması ile tanısal performansın belirgin şekilde artırılabilmesi, YZ destekli dermatoskopi uygulamalarında bu yaklaşımın potansiyelini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak PKP, yüz yerleşimli pigmente lezyonların ayırıcı tanısında kullanılabilecek, tekrarlanabilir ve öğretilebilir yeni bir dermatoskopik kriterdir.

Anahtar Kelimeler: bazal hücreli karsinom, dermatoskopi, yapay zeka

Yayın No: SS-070
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Vitiligo Hastalarında Mizaç, Bağlanma Stilleri ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Dr.Rumeysa Feyza Gül[1], Prof.Dr.Gülcan Saylam Kurtipek[1], Prof.Dr.Memduha Aydın[2]

[1]Selçuk Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Selçuk Üniversitesi Psikiatri Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Vitiligo, bireylerin görünümünü etkileyen kronik bir dermatolojik hastalık olup, yalnızca fiziksel değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal açıdan da önemli etkiler oluşturabilmektedir. Hastalığın görünür lezyonlarla seyretmesi, bireylerde anksiyete, depresyon, benlik saygısında azalma ve yaşam kalitesinde bozulma gibi psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Bununla birlikte bireylerin psikolojik tepkilerinin yalnızca hastalığın klinik özellikleriyle değil, aynı zamanda kişilik ve mizaç özellikleri gibi bireysel faktörlerle de ilişkili olabileceği düşünülmektedir.Bu çalışmanın amacı, vitiligo hastalarında affektif mizaç özellikleri, bağlanma stilleri ve benlik saygısı düzeylerini değerlendirmek ve bu değişkenlerin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ile olan ilişkisini araştırmaktır. Ayrıca vitiligo hastalarının bu psikolojik özellikler açısından sağlıklı bireylerle karşılaştırılması ve hastalığın psikodermatolojik boyutunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Yöntem: Bu kesitsel, gözlemsel ve tanımlayıcı çalışma Mayıs 2025–Mayıs 2026 tarihleri arasında hastanemize başvuran bireyler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya vitiligo tanısı almış 64 hasta ve 64 sağlıklı birey dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik ve klinik veri formu, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKI), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Bağlanma Stilleri Ölçeği Kısa Formu ve TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire) ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Vitiligo hastalarında anksiyete ve depresyon puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca siklotimik ve anksiyöz mizaç puanlarının vitiligo grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Korelasyon analizlerinde anksiyöz mizacın anksiyete ile güçlü pozitif ilişki gösterdiği, siklotimik mizacın ise hem anksiyete hem depresyon ile ilişkili olduğu görülmüştür. Depresyon ile kaçınan bağlanma arasında pozitif, güvenli bağlanma ile negatif korelasyon saptanmıştır. Yapılan regresyon analizinde ise T-VASI skorunun DYKİ üzerinde anlamlı etkisinin olduğu görülmüştür.

demografik veriler

			Grup		t	(p)
			Vitiligo	Kontrol		
Yaş (Ortalama±Standart Sapma)			34,16±12,441	32,19±11,025	,947	(,345)
					Toplam	**X²**
Cinsiyet	Kadın	n	32	32	64	,001
		%	50,0	50,0	50,0	(,999)
	Erkek	n	32	32	64	
		%	50,0	50,0	50,0	
Medeni Durum	Evli	n	43	29	72	6,222
		%	67,2	45,3	56,3	(,013*)
	Bekar	n	21	35	56	
		%	32,8	54,7	43,8	
Eğitim Düzeyi	İlkokul	n	8	0	8	26,247
		%	12,5	0,0	6,3	(,000*)
	Ortaokul	n	6	0	6	
		%	9,4	0,0	4,7	
	Lise	n	22	11	33	
		%	34,4	17,2	25,8	
	Önlisans	n	0	1	1	
		%	0,0	1,6	0,8	
	Lisans	n	25	48	73	
		%	39,1	75,0	57,0	
	Yüksek Lisans	n	2	2	4	
		%	3,1	3,1	3,1	
	Doktora	n	1	2	3	
		%	1,6	3,1	2,3	
Ek Hastalık	Var	n	17	10	27	2,300
		%	26,6	15,6	21,1	(,129)
	Yok	n	47	54	101	

		%	73,4	84,4	78,9	
Sigara Kullanımı	Evet	n	12	16	28	,731
		%	18,8	25,0	21,9	(,392)
	Hayır	n	52	48	100	
		%	81,3	75,0	78,1	

Hasta ve Kontrol Grubunda Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin Dağılımı

vitiligo ve psikometrik değerler

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
HADS-A	Vitiligo	64	8,22	4,278	3,109	126	**,002***
	Kontrol	64	5,98	3,840			
HADS-D	Vitiligo	64	6,67	4,036	2,739	126	**,007***
	Kontrol	64	4,83	3,566			
BSÖ-GÜVENLİ	Vitiligo	64	4,71	,872	1,214	126	,227
	Kontrol	64	4,51	,981			
BSÖ-KAYGILI	Vitiligo	64	2,66	1,122	1,705	126	,091
	Kontrol	64	2,33	1,081			
BSÖ-KAÇINAN	Vitiligo	64	3,08	1,352	1,124	126	,263
	Kontrol	64	2,82	1,198			
R.	Vitiligo	64	,67	,693	,579	126	,563
BENLİK SAYGISI Ö.	Kontrol	64	,60	,610			
TEMPSA-DM	Vitiligo	64	6,34	3,864	1,766	126	,080
	Kontrol	64	5,27	2,988			
TEMPSA-SM	Vitiligo	64	8,80	5,078	3,190	126	**,002***
	Kontrol	64	6,06	4,608			
TEMPSA-HM	Vitiligo	64	10,25	4,574	,658	126	,512
	Kontrol	64	9,72	4,558			
TEMPSA-İM	Vitiligo	64	3,94	3,862	,953	126	,342
	Kontrol	64	3,33	3,353			
TEMPSA-ANKM	Vitiligo	64	7,69	5,803	2,700	126	**,008***
	Kontrol	64	5,28	4,142			

Hasta ve Kontrol Grubu Psikometrik Değerler T-Test Tablosu

Tartışma ve Sonuç: Elde edilen bulgular, vitiligonun yalnızca kozmetik bir deri hastalığı olmadığını; psikolojik iyi oluş, beden algısı, sosyal ilişkiler ve yaşam kalitesini çok boyutlu olarak etkilediğini göstermektedir. Vitiligo hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olması, görünür lezyonlara bağlı damgalanma algısı, sosyal değerlendirilme kaygısı ve

hastalık seyrine ilişkin belirsizliklerle ilişkili olabilir. T-VASI skorunun yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkisi, hastalık şiddeti arttıkça psikososyal yükün de arttığını düşündürmektedir.Afektif mizaç açısından anksiyöz ve siklotimik mizaç puanlarının yüksekliği dikkat çekicidir. Anksiyöz mizaç belirsizlik ve tehdit algısına duyarlılığı artırırken, siklotimik mizaç duygudurum değişkenliği ile ilişkilidir; bu özellikler kronik ve dalgalı seyirli hastalıklarda psikolojik etkilenmeyi artırabilir. Bağlanma örüntüleri de bu süreçte önemlidir; güvenli bağlanma koruyucu, kaygılı ve kaçınan bağlanma ise risk artırıcı olabilir. Özellikle genital tutulumda düşük güvenli bağlanma düzeyleri, hastalığın mahremiyet, cinsellik ve kişilerarası ilişkiler üzerinde de etkili olabileceğini düşündürmektedir.Sosyodemografik ve klinik değişkenler değerlendirildiğinde, kadın hastalarda anksiyete ve anksiyöz mizaç düzeylerinin daha yüksek olması, estetik ve beden algısı üzerinden daha belirgin psikolojik yük oluşabileceğini göstermektedir. Evli hastalarda yaşam kalitesinin daha fazla etkilenmesi, hastalığın eş ilişkileri ve sosyal roller üzerinde ek yük oluşturabileceğini düşündürmektedir. Sigara kullanımı, aile öyküsü, hastalık süresi, tedavi durumu ve tutulum yeri gibi faktörlerin de psikolojik değişkenlerle ilişkili olması, vitiligoda etkilenmenin çok faktörlü olduğunu desteklemektedir.Klinik açıdan değerlendirildiğinde, vitiligo hastalarının rutin dermatolojik izleminde psikolojik değerlendirme yapılması, özellikle yüksek anksiyöz ve siklotimik mizaç özellikleri gösteren bireylerde erken psikolojik destek planlanması önem taşımaktadır. Multidisipliner yaklaşımın benimsenmesi; dermatolog, psikiyatrist ve klinik psikolog iş birliği ile hem hastalığın klinik seyri hem de yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete; Mizaç; Vitiligo.

Yayın No: SS-071
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Suppurativa Hastalarında Entezit Sıklığının Klinik Muayene ve Ultrasonografik Olarak Değerlendirilmesi

Sedef Nur Yeşil[1], Buğu Bulat[2], Erdem Karabulut[3], Levent Kılıç[2], Başak Yalıcı Armağan[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS), kıvrım bölgelerinde ağrılı nodüller, apseler ve sinüs traktları ile seyreden kronik, tekrarlayıcı, inflamatuar bir deri hastalığıdır. HS, birçok farklı komorbidite ile ilişkilendirilmektedir ve HS hastalarında spondiloartrit (SpA) sıklığı %3,7 ile %28,2 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. SpA'nın ayırt edici özelliklerinden biri aksiyel iskelet tutulumu olmakla birlikte; entezit, daktilit ve sinovit gibi periferik kas-iskelet sistemi bulguları da sıklıkla gözlenmektedir. Hatta SpA'daki inflamasyonun ilk olarak entez bölgelerinden başladığı ve hastalığın ilk klinik bulgusu olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada HS hastalarında, SpA açısından değerli olabilecek entezyal değişikliklerin klinik ve ultrasonografik olarak belirlenmesi ve HS klinik özellikleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Aralık 2024 ile Haziran 2025 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi dermatoloji polikliniklerinde başvuran, 18 yaş ve üzerinde, HS klinik tanı ölçütlerini sağlayan hastalar dahil edildi. Sağlıklı kontrol grubu ise, HS veya başka herhangi bir inflamatuar deri hastalığı bulunmayan gönüllülerden oluşturuldu. Değerlendirilen entez bölgelerinde travma, cerrahi girişim, lokal enjeksiyon öyküsünün bulunması ise dışlama kriterleriydi. Klinik entezit, Leeds Entezit İndeksi (LEI) kullanılarak değerlendirildi. Alt ekstremitedeki beş entez bölgesinin -quadriseps tendonu, proksimal ve distal patellar tendon, Aşil tendonu ve plantar fasya- bilateral ultrasonografik değerlendirmesi, Romatolojide Sonuç Ölçütleri (Outcome Measures in Rheumatology, OMERACT) kriterlerine göre gerçekleştirildi. Her bir entez bölgesi tendonda kalınlaşma, hipoekojenite, power doppler (PD) sinyali, entezofit, erozyon ve kalsifikasyon olmak üzere 6 ultrasonografik elementer lezyon açısından değerlendirildi ve her bulgu 0-3 puan arasında derecelendirildi. İnflamasyonla ilişkili bulguların (kalınlaşma, hipoekojenite ve PD sinyali) skorları inflamasyon skorunu; yapısal hasar ile ilişkili bulguların (entezofit, erozyon ve kalsifikasyon) skorları hasar skorunu, her ikisinin toplamı ise toplam ultrasonografik entezopati skorunu oluşturdu.

Bulgular: Çalışmaya 60 HS hastası ve 30 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 90 katılımcı dahil edildi ve 894 entez bölgesi değerlendirildi. Hastaların %16,7'sinde LEI'ye göre klinik entezit; %3,3'ünde ise ultrasonografik aktif entezit saptandı. Entez bölgelerinin total

değerlendirmesine göre tendonda kalınlaşma (%48,3) ve hipoekojenite (%6,1) HS grubunda daha sıktı ($p < 0,05$). HS grubunda 5 (%0,8) entez bölgesinde PD sinyali saptanırken, sağlıklı kontrollerde PD sinyali saptanmadı ($p=0,175$). Anatomik bölgelere göre elementer lezyon sıklığı değerlendirildiğinde distal patellar tendonda (%19,2), proksimal patellar tendonda (%17,6) ve quadriseps tendonunda (%12,6) kalınlaşma sıklığı HS grubunda daha fazlaydı ($p < 0,05$). İnflamasyon skoru ve toplam entezopati skoru HS grubunda daha yüksekti ($p < 0,05$). Erkek cinsiyet ve orta-şiddetli HS varlığı, daha yüksek inflamasyon ve toplam entezopati skorlarıyla ilişkili bulundu ($p < 0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Entezit tanısında fizik muayenenin tek başına kullanılması potansiyel yüksek bir tanısal tahmine neden olabilmektedir. Bu nedenle ultrasonografi gibi görüntüleme yöntemleri, entezyal patolojilerin daha objektif biçimde değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. HS grubunda, ultrasonografik inflamatuar lezyonların ve entezopati skorlarının anlamlı olarak daha yüksek saptanması ve yapılan çok değişkenli analiz sonucunda özellikle quadriceps ve proksimal patellar tendon kalınlaşması üzerine vücut kitle indeksi etkisinin dışlanması, bu bölgelerde hastalığa özgü inflamatuar süreçlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmanın kesitsel tasarımı ve PD sinyalinin varlığını önceliklendiren değerlendirme kriterleri nedeniyle ultrasonografik aktif entezit sıklığı belirgin yüksek saptanmamış olabilir. Ancak entezit, inflamatuar hastalığın her döneminde aktif olmayabileceğinden, entezyal bölgedeki saptanan sessiz değişiklikler HS hastalarında SpA açısından riskli bireylerin erken dönemde belirlenmesine ve uygun romatolojik değerlendirmeye yönlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis suppurativa, Ultrasonografi, Entezit

Yayın No: SS-072
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Suppurativalı Hastalarda Speksin Düzeyi ile Ultra İşlenmiş Gıda Tüketimi ve Vücut Kompozisyonu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Şeyma Bay[1], Fatma TUNÇEZ AKYÜREK[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Hidradenitis Suppurativa (HS), kutanöz lezyonların ötesinde kardiyometabolik komorbiditelerle seyredebilen kronik düşük dereceli inflamasyon ile karakterize sistemik immünometabolik bir hastalıktır. Speksin; obeziteyi ve inflamasyonu baskılayan, adipoz doku disfonksiyonunu önleyen yeni nesil bir adipokindir. Bu çalışmanın amacı; HS hastalarında serum speksin düzeylerini, vücut kompozisyonu parametrelerini ve ultra işlenmiş gıda (UİG) tüketimini sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı olarak incelemek, ayrıca bu parametrelerin hastalık şiddeti ile ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya 71 HS hastası ve yaş/cinsiyet/VKİ eşleştirilmiş 71 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Hastalık şiddeti Hurley evrelemesi ve IHS4 skoru ile belirlenmiştir. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ve TANITA cihazı ile vücut kompozisyon analizleri yapılmıştır. Kan örneklerinden CRP, lipid profili ve speksin düzeyleri ölçülmüştür. Ayrıca katılımcılara UİG Tüketim Anketi, Algılanan Stres Ölçeği ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ) uygulanmıştır.

Bulgular: HS hastalarında sigara kullanımı, obezite varlığı, bel çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı, visseral yağlanma, hücre dışı sıvı miktarı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların CRP düzeyleri ve algılanan stres puanları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek, HDL kolesterol düzeyleri ise anlamlı düşük bulunmuştur. Hastalık şiddeti arttıkça visseral yağlanma oranının anlamlı şekilde arttığı görülmüştür. CRP yüksekliği ve düşük HDL, artmış hastalık şiddeti ile korelasyon göstermiştir. Korelasyon analizlerinde CRP arttıkça; hastalık şiddetinin, visseral yağlanmanın ve trigliserit düzeylerinin arttığı, HDL'nin ise azaldığı görülmüştür. IHS4 evrelerine göre yapılan analizde; hafif ile orta şiddetteki hastalar arasında vücut kompozisyonu ve metabolik parametrelerde (özellikle HDL ve bel/kalça oranında) anlamlı bozulma saptanırken, orta ve şiddetli gruplar arasında bu parametrelerin hiçbirinde fark saptanmamış, verilerin Evre 2'den itibaren plato çizdiği görülmüştür. Speksin düzeyleri açısından gruplar arası fark izlenmezken, kontrol grubunda speksin ile visseral yağlanma arasındaki negatif korelasyonun hasta grubunda kaybolduğu izlenmiştir. Ayrıca speksin düzeyi en yüksek olan üst tertil (T3) grubunda, VKİ ve bel/boy oranının anlamlı derecede en düşük olduğu görülmüştür. Regresyon analizlerinde sigara kullanımı, algılanan stres ve CRP yüksekliği HS varlığının bağımsız öngörücüleri olarak belirlenmiştir. Hastalık şiddetini (IHS4) yordayan temel faktörlerin ise CRP ve visseral yağlanma olduğu görülmüştür. UİG tüketimi açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark

saptanmamıştır. Hastalık şiddeti arttıkça DYKİ puanının anlamlı olarak yükseldiği ve yaşam kalitesinin düştüğü gözlenmiştir.

HS varlığını yordayan lojistik regresyon modelleri

HS Varlığını Yordayan Lojistik Regresyon Modelleri

Değişken	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Speksin (100 pg/mL)	1,01 (0,98–1,04) 0,606	1,00 (0,97–1,04) 0,802	1,01 (0,97–1,05) 0,628	1,01 (0,97–1,04) 0,650
Yaş	—	0,98 (0,94–1,02) 0,253	0,97 (0,93–1,02) 0,253	0,98 (0,94–1,03) 0,397
Cinsiyet (Erkek)	—	0,95 (0,40–2,28) 0,912	0,57 (0,20–1,65) 0,302	0,57 (0,20–1,65) 0,301
Sigara (Var)	—	4,51 (1,87–10,86) **< 0,001**	3,60 (1,30–9,99) **0,014**	3,50 (1,25–9,77) **0,017**
Algılanan Stres Ölçeği Puanı	—	1,06 (1,01–1,11) **0,018**	1,08 (1,02–1,15) **0,012**	1,08 (1,01–1,14) **0,015**
CRP	—	—	1,33 (1,09–1,64) **0,006**	1,33 (1,09–1,63) **0,005**
HDL	—	—	0,99 (0,95–1,03) 0,577	0,99 (0,95–1,03) 0,669
Bel/Boy (0,1 birim)	—	—	1,39 (0,71–2,70) 0,335	1,49 (0,75–2,95) 0,252
UİG Tüketim Puanı	—	—	—	1,10 (0,91–1,32) 0,320
n	142	142	142	142
Pseudo R^2 (Nagelkerke yaklaşık)	0,001	0,110	0,266	0,271

Her hücre OR, parantez içinde %95 güven aralığı ve p değerini gösterir.
Veriler OR (%95 Güven Aralığı) ve p değeri olarak sunulmuştur. **OR:** Odds oranı; **GA:** Güven aralığı.
Model 1: Speksin.
Model 2: Speksin, yaş, cinsiyet, sigara kullanımı ve algılanan stres ölçeği puanı.
Model 3: Model 2 değişkenlerine ek olarak CRP, HDL ve bel/boy oranı.
Model 4: Model 3 değişkenlerine ek olarak UİG tüketim puanı.

IHS4 puanını yordayan tek ve çok değişkenli lineer regresyon

IHS4 Puanını Yordayan Tek ve Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon

Değişken	Tek Değişkenli B (%95 GA)	p	Çok Değişkenli B (%95 GA)	p
Speksin (100 pg/mL)	0,04 (-0,23–0,31)	0,750	0,03 (-0,20–0,26)	0,791
Bel/Kalça (0,1 birim)	3,10 (-1,20–7,40)	0,155	-3,01 (-9,00–2,99)	0,319
Algılanan Stres Puanı	-0,04 (-0,47–0,40)	0,872	-0,08 (-0,47–0,31)	0,678
Sigara (Var)	7,05 (-2,42–16,51)	0,142	13,76 (4,04–23,47)	**0,006**
HDL	-0,17 (-0,45–0,10)	0,219	0,24 (-0,07–0,54)	0,126
CRP	0,48 (0,28–0,68)	**< 0,001**	0,53 (0,32–0,74)	**< 0,001**
UİG Tüketim Puanı	-0,83 (-2,31–0,65)	0,266	-0,80 (-2,23–0,64)	0,270
Visseral Yağlanma	0,99 (0,26–1,71)	**0,009**	1,11 (0,16–2,06)	**0,022**

B: standartlaştırılmamış regresyon katsayısı, GA, %95 güven aralığını göstermektedir.. Çok değişkenli model: n = 67, R^2 = 0,415, düzeltilmiş R^2 = 0,334., **CRP:** C-reaktif protein; **HDL:** High-Density Lipoprotein; **UİG:** Ultra işlenmiş gıda; **IHS4:** Hidradenitis Suppurativa Şiddet Skorlama Sistemi

Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

Değişken	Hasta (n=71)	Kontrol (n=71)	p
Yaş (yıl)	30,11± 10,23	31,69 ± 9,27	0,337
Cinsiyet,n(%)			
Kadın	22 (31,0)	22 (31,0)	1,000
Erkek	49 (69,0)	49 (69,0)	
VKİ (kg/m²)	28,14 ± 5,28	26,97 ± 4,12	0,142
VKi grubu, n(%)			
Normal	18 (25,4)	18 (25,4)	
Kilolu	29 (40,8)	29 (40,8)	0,007
Obez	24 (33,8)	24 (33,8)	
Sigara, n (%)			
Var	60 (84,5)	41 (57,7)	< 0,001
Yok	11 (15,5)	30 (42,3)	
Kilo (kg)	85,31 ± 19,37	79,63 ± 14,29	0,048
Bel Çevresi (cm)	99,86 ± 15,42	93,11 ± 12,28	0,005
Bel/Kalça Oranı	0,93 ± 0,08	0,89 ± 0,07	0,004
Bel/Boy Oranı	0,57 ± 0,08	0,54 ± 0,07	0,012
Yağsız Kütle Oranı (%)	71,98 ± 7,93	72,99 ± 7,63	0,441
Kas Oranı (%)	68,44 ± 7,69	69,32 ± 7,25	0,486
Yağ Oranı (%)	27,97 ± 8,04	27,03 ± 7,61	0,473
Sıvı Oranı (%)	54,98 ± 5,87	55,29 ± 5,66	0,744
Protein Oranı (%)	11,76 ± 2,43	12,36 ± 2,45	0,156
Mineral Oranı (%)	5,07 ± 0,82	5,30 ± 0,69	0,079
Visseral	7,92 ± 4,78	7,04 ± 3,68	0,229

Yağlanma Düzeyi			
Hücre İçi Sıvı (kg)	25,64 ± 4,79	24,65 ± 4,66	0,228
Hücre Dışı Sıvı (kg)	21,17 ± 4,37	19,59 ± 4,12	0,033
CRP (mg/L)	3,00 (2,00–9,00)	2,00 (1,00–2,00)	< 0,001
HDL (mg/dL)	42,69 ± 12,58	47,59 ± 13,91	0,029
Trigliserit (mg/dL)	160,45 ± 102,59	155,10 ± 98,90	0,752
LDL (mg/dL)	101,38 ± 28,51	101,46 ± 28,42	0,986
Total Kolesterol (mg/dL)	175,87 ± 33,62	179,52 ± 34,77	0,526
Metabolik Sendrom Varlığı , n (%) Var Yok	 22 (31,0) 49 (69,0)	 18 (25,4) 53 (74,6)	0,576
UİG puanı	6,17 ± 2,35	5,58 ± 2,32	0, 133
Algılanan Stres Puanı	27,76 ± 8,09	24,17 ± 7,17	0,006
Speksin (pg/mL)	1451,78 ± 1301,02	1350,07± 1045,46	0,608

IHS4 Evrelerine Göre Bulguların Karşılaştırılması

Değişken	Hafif (n=17)	Orta (n=22)	Şiddetli (n=32)	p	Post Hoc
Kilo (kg)	75,20 ± 13,81	86,50 ± 18,11	89,87 ± 21,17	0,037	hafif-şiddetli
Bel/Kalça Oranı	0,89 ± 0,09	0,95 ± 0,06	0,94 ± 0,08	0,020	hafif-orta hafif-şiddetli
Yağsız Kütle (kg)	53,06 ± 11,12	63,22 ± 11,18	62,96 ± 10,34	0,006	hafif-orta

					hafif-şiddetli
Kas (kg)	50,94 ± 10,69	60,08 ± 10,66	59,82 ± 9,84	0,012	hafif-orta hafif-şiddetli
Sıvı (kg)	40,08 ± 8,79	48,32 ± 8,73	48,53 ± 8,87	0,006	hafif-orta hafif-şiddetli
Protein (kg)	8,54 ± 2,46	10,43 ± 2,30	10,04 ± 2,06	0,044	hafif-orta
Hücre İçi Sıvı (kg)	22,43 ± 4,80	26,64 ± 4,75	26,40 ± 4,30	0,016	hafif-orta hafif-şiddetli
Bazal Metabolizma Hızı (kcal)	1635,53 ± 293,90	1896,64 ± 333,47	1900,91 ± 333,75	0,018	hafif-orta hafif-şiddetli
CRP (mg/L)	2,00 (1,00–3,00)	3,20 (2,00–4,75)	7,50 (2,75–24,25)	< 0,001	hafif-şiddetli
HDL (mg/dL)	50,94 ± 12,51	40,00 ± 10,67	40,16 ± 12,27	0,007	hafif-orta hafif-şiddetli
Visseral Yağlanma	5,47 ± 3,64	8,00 ± 4,12	9,08 ± 5,36	0,054	
Hücre Dışı Sıvı (kg)	19,07 ± 4,41	21,64 ± 4,17	21,80 ± 4,33	0,128	
Sigara Kullanımı, n (%) Var Yok	 11 (64,7) 6 (35,3)	 19 (86,4) 3 (13,6)	 30 (93,8) 2 (6,2)	 0,027	

Tartışma ve Sonuç: Bulgularımız, HS'nin yalnızca kutanöz bir hastalık olmadığını; visseral adipozite, dislipidemi ve şiddetli sistemik inflamasyon ile karakterize sistemik bir sendrom olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Sigara kullanımı, CRP yüksekliği ve algılanan stresin HS'nin bağımsız öngörücüleri olarak saptanması, hastalığın çevresel, inflamatuvar ve psikososyal boyutlarının iç içe geçtiğine işaret etmektedir. CRP ve visseral yağlanmanın hastalık şiddetini öngören en güçlü bağımsız belirleyiciler olarak öne çıkması, kutanöz lezyon yükünün hastanın sistemik inflamatuvar ve metabolik durumunun bir yansıması olabileceğini düşündürmektedir. Hastalarda speksin düzeyinin kontrol grubundan farklı olmamasına rağmen obeziteye karşı koruyucu etkisinin kaybolması, şiddetli sistemik inflamasyonun yağ dokusundaki speksin sinyalizasyonunu bozarak bir "adipokin direncine" yol

açmış olabileceğini düşündürebilir. Bu bulgu, HS'nin adipoz doku disfonksiyonu ile olan ilişkisinin daha ileri çalışmalarla aydınlatılması gereken önemli bir ipucu sunmaktadır. Ayrıca, metabolik parametrelerdeki bozulmanın evre2'de plato çizmesi, kardiyometabolik komorbiditeleri önlemek için erken evredeki müdahalenin ("fırsat penceresi") önemini vurgulayabilir. Hastalığın yönetiminde dermatolojik tedavilerin yanı sıra sigara bırakma, visseral yağlanmayı azaltmaya yönelik kilo kontrolü, kardiyometabolik tarama ve psikososyal desteği içeren multidisipliner bir yaklaşımın faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis Suppurativa, Speksin, Vücut Kompozisyonu

Yayın No: SS-073
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

"Atopsoriasis": Pruritus Baskın Psoriasiste Klinik, Histopatolojik ve IgE İlişkili Bulgular

Ayşe Nur SARIBAŞ YILDIRIM[1], Yasemin YUYUCU KARABULUT[2], Ümit TÜRSEN[1]

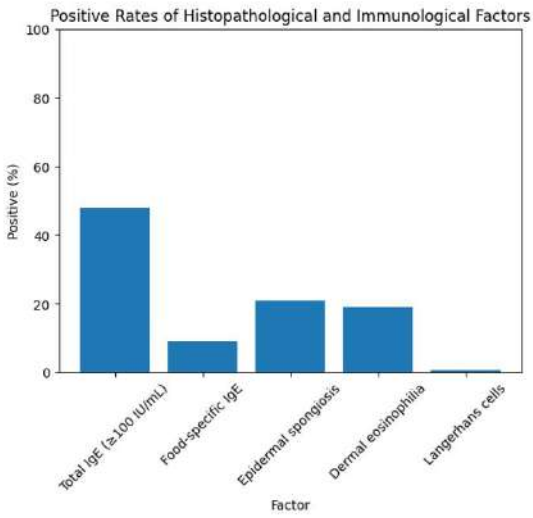
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji

Giriş ve Amaç: Psoriasis ve atopik dermatit (AD), farklı baskın immün profillere (sırasıyla Th1/Th17 ve Th2) sahip olmalarına karşın, klinik ve immünolojik açıdan örtüşebilen kronik inflamatuar dermatozlardır. Son çalışmalar, psoriasis olgularında Th2 ilişkili sitokinlerin, eozinofilinin ve immünoglobulin E (IgE) aracılı mekanizmaların da aktive olabildiğini göstermiş; bu örtüşme "atopsoriazis" kavramını gündeme getirmiştir. Ancak bu kavramın histopatolojik özellikleri ve laboratuvar belirteçleriyle ilişkisi yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada, kaşıntısı belirgin psoriasis hastalarında atopik yatkınlığı yansıtan laboratuvar (serum total IgE, gıda ve inhalan spesifik IgE) ve histopatolojik (dermal eozinofili, Langerhans hücre artışı, epidermal spongioz) bulguların sistematik olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif, gözlemsel, tek merkezli çalışmaya, Ocak 2024-Aralık 2025 tarihleri arasında klinik ve/veya histopatolojik olarak psoriasis tanısı doğrulanmış, Pruritus Numeric Rating Scale (NRS) skoru > 7 olan, 18 yaş üzeri 100 hasta dahil edildi. Hastalar konvansiyonel sistemik tedavi (n=60) ve biyolojik tedavi (n=40) gruplarına ayrıldı. Serum total IgE (> 100 IU/mL yüksek kabul edildi), inhalan ve gıda spesifik IgE düzeyleri ile deri biyopsi raporlarındaki epidermal spongioz, dermal eozinofilik infiltrasyon ve Langerhans hücre artışı retrospektif olarak incelendi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Gruplar arasında yaş (p=0,401) ve cinsiyet (p=0,511) açısından fark saptanmadı. Hastaların %48'inde (n=48) serum total IgE > 100 IU/mL saptandı; %10'unda düzey > 1000 IU/mL idi. IgE düzeyleri tedavi grupları arasında farklılık göstermedi (p=0,213), yaşla korelasyon izlenmedi (rho=-0,109; p=0,284). Gıda spesifik IgE pozitif hastalarda ortalama total IgE anlamlı olarak yüksekti (2035,7±3771,7 IU/mL; p=0,001). Epidermal spongioz %21 (n=21), dermal eozinofili %19 (n=19) oranında saptanırken, Langerhans hücre artışı hiçbir olguda gözlenmedi. Dermal eozinofilisi olmayan hastaların hiçbirinde epidermal spongioz veya Langerhans hücre artışı izlenmedi ($p < 0,001$). Dermal eozinofili pozitif hastaların %73,7'sinde, spongioz pozitif hastaların %57,1'inde IgE > 100 IU/mL saptandı. Histopatolojik parametreler ile tedavi grubu arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Histopatolojik ve İmmünolojik Bulguların Pozitiflik Oranları



Tartışma ve Sonuç: Bulgularımız, kaşıntının belirgin olduğu psoriasis hastalarının önemli bir kısmında yüksek serum IgE, dermal eozinofili ve epidermal spongiozun bir arada bulunabildiğini, bunun da psoriasis-AD örtüşme spektrumunu desteklediğini göstermektedir. Dermal eozinofili ile IgE yüksekliği arasındaki güçlü ilişki, doku düzeyindeki tip 2 inflamasyon ile sistemik IgE aktivasyonu arasında bağlantı olabileceğini düşündürmektedir. Tedavi grupları arasında IgE ve histopatolojik belirteçler açısından fark bulunmaması, immün fenotip değişikliklerinin daha karmaşık mekanizmalarla ilişkili olabileceğini akla getirmektedir. Sonuç olarak, psoriasisin homojen bir immünolojik hastalık olmadığı; kaşıntı baskın alt grupta Th2 ilişkili immün aktivasyonun da rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, "atopik özellikli psoriazis" alt grubunun tanımlanmasının kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarına katkı sağlayabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, ig E, psoriazis

Yayın No: SS-074
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Akne Vulgaris Hastalığının Şiddetiyle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Pittsburgh Uyku Kalite Endeksi Ve Serumda Oreksin-A Molekül Düzeyi Ölçülmesi İle İncelenmesi

İrem Aday[1], Fatma Efsun Tanaçan[2], Bilge Ozan Çiçek[2], Selda Pelin Kartal[2]

[1]Şanlıurfa Viranşehir Devlet Hastanesi
[2]Etlik Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Akne vulgaris, genellikle adölesan yaş grubunda başlayan kronik seyirli bir hastalıktır. Bir cilt hastalığı olmasının yanı sıra psikososyal etkilenimi de ciddi düzeyde olabilmektedir. Multifaktöriyel etyopatogeneze sahiptir ancak mekanizması hala tam olarak açıklanamamıştır. Akne gelişiminde yaşam tarzı faktörlerinin rolünü araştıran çalışmalar giderek artmaktadır. Bu faktörlerden biri olan uyku, son yıllarda akne gelişimi ile ilişkisi sorgulanmaya başlanan parametrelerden biri haline gelmiştir. Uyku biyolojisinin merkezinde yer alan iki molekül olan melatonin ve oreksin-A, yalnızca uyku-uyanıklık döngüsünün düzenlenmesinde değil, aynı zamanda immün yanıt, inflamasyon ve hormonal dengede oynadıkları destekleyici rolleri nedeniyle dikkat çekmektedir. Bu biyolojik etkiler, sebum üretimi artışı, foliküler keratinizasyon, mikrobiyal kolonizasyon ve inflamasyon gibi akne etyopatogenezindeki temel süreçleri modüle ederek akne oluşumunun ve şiddetinin azalmasına katkı sağlayabilir. Bu tezde, henüz tam olarak aydınlatılmamış olan uyku ile akne arasındaki ilişkinin Pittsburgh Uyku Kalite Endeksi ve uyku düzenlenmesinde rol oynayan aracı bir molekül olan Oreksin-A'nın serum düzeylerinin belirlenmesi yoluyla incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, Ocak 2025-Nisan 2025 tarihleri arasında, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine akne şikayetiyle başvuran son 2 aydır topikal tedavi son 3 aydır sistemik tedavi almamış 42 akne hastası ve dışlama kriterlerini karşılamayan sağlıklı 42 kontrol dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) anketleri doldurulduu ve katılımcılardan venöz kan örneği alındı. Bu ölçeklerden elde edilen sonuçlar ile çeşitli istatistiksel çalışmalar yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 42 akne hastası 42 kontrol olmak üzere 84 kişi dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hasta grubunun %55,8'i kadın, %44,2'si erkekti. Ortalama yaş 21,3±4,12 olarak saptandı. Hasta ve kontrol grupları arasında yaş ($p > 0,05$) ve cinsiyet ($p > 0,05$) açısından anlamlı fark bulunmadı. Skar gelişen bireylerde PUKİ skorları daha yüksek bulundu ($p=0,017$). Serum oreksin-A düzeyleri hasta grubunda anlamlı şekilde daha düşük bulundu ($p=0,001$). ROC analizine göre oreksin-A düzeyi, akne hastalığını ayırt etmede anlamlı bulundu (EAA=0,729; $p < 0,001$). Kesme değeri 50,85 ng/mL; duyarlılık %66,7 ve özgüllük %67,4 olarak saptandı. PUKİ ve uyku hijyeni skorları açısından hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). Tüm gruptakilerin cinsiyetine göre PUKİ ($p=0,391$), uyku hijyeni ($p=0,5$) ve oreksin-A düzeyi ($p=0,76$) ölçümleri arasında bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda akne hastalarında Oreksin-A düzeylerinin anlamlı şekilde düşük bulunması, bu molekülün akne patogenezinde rol oynayabileceğine işaret etmektedir. Uyku kalitesi açısından hasta ve kontrol grubu arasında fark saptanmamış olması ise, Oreksin-A'nın etkisinin uyku kalitesinden ziyade inflamasyon, stres ve hormonal mekanizmalar üzerinden gerçekleşebileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, Oreksin-A'nın akne hastalarını ayırt etmede potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini ortaya koymakta ve bu ilişkinin daha kapsamlı fizyopatolojik çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: akne vulgaris, inflamasyon, oreksin-A

Yayın No: SS-075
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Nitrofurazona Bağlı Alerjik Kontakt Dermatit Gelişen Olgular İle Alt Ekstremite Yerleşimli Dermatit Olgularının Polietilen Glikol Duyarlanması Açısından Karşılaştırılması

HAİLE ÇAKIR[1], Zeynep Keskinkaya[1], Buket Güngör[2]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Polietilen glikol (PEG) genellikle zayıf bir kontakt alerjen olarak kabul edilmektedir. Öte yandan nitrofurazon alerjisinin yansıması olarak Türkiye'de PEG ile duyarlanma oranı yüksektir. Kronik alt ekstremite patolojisi olan hastalarda PEG içeren çeşitli topikal ilaçların uzun süreli kullanımı, duyarlanma riskini artırabilir. Bu çalışmada, kronik alt ekstremite dermatiti olan hastalar ile nitrofurazon kullanımına bağlı alerjik kontakt dermatit (AKD) gelişen hastaların PEG ile duyarlanma oranı açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu prospektif, kesitsel, karşılaştırmalı çalışma, Ocak 2024 - Ocak 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak bir dermatoloji kliniğinde yürütülmüştür. Nitrofurazona bağlı AKD şüphesi olan hastalara nitrofurazon (%1 pet.) ile yama testi uygulanmış ve pozitif reaksiyon saptanan hastalar "N grubu" olarak isimlendirilmiştir. N grubundaki hastalar ile PEG içeren topikal ilaç kullanımına bağlı AKD şüpheli kronik alt ekstremite dermatiti bulunan hastalara (K grubu), PEG 400 (%100) ile yama testi uygulanmıştır. Ek olarak K grubundaki hastalara kullandıkları PEG içeren topikal ürünler ile de yama testi uygulanmıştır.

Bulgular: Nitrofurazona bağlı AKD şüphesi olan 23 hastanın 14'ünde (%60,9) (N grubu) nitrofurazon ile pozitif reaksiyon saptandı. N grubundaki 14 hasta (erkek:kadın oranı 2,5:1; ortanca yaş: 59,5) ve K grubundaki 26 hasta (erkek:kadın oranı 2,3:1; ortanca yaş: 63) yaş ve cinsiyet açısından benzerlik gösteriyordu. Hiçbir hastada atopi öyküsü yoktu. Nitrofurazon alerjisi olan hastalarda en sık tutulan primer anatomik bölge alt ekstremiteydi (n=12). Travmatik deri yaralanması (n=8) nitrofurazon kullanımının en sık sebebiydi. K grubunda ise PEG içeren topikal ilaç kullanımı gerektiren en yaygın patoloji staz dermatiti (n=18) olup, diğer sekiz hastada venöz ülserdi. PEG pozitiflik oranı nitrofurazon alerjisi olan hastalarda (%28,6), K grubunda yer alan hastalara kıyasla (%3,8) anlamlı derecede daha yüksekti ($p < 0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Bulgularımız, Türkiye'de hâlen yaygın olarak kullanılan nitrofurazon ile eş zamanlı temasın, PEG ile duyarlanmayı kolaylaştırdığını göstermektedir. Nitrofurazon alerjisi saptanan ve çoğunlukla travmatik deri yaralanmaları nedeniyle alt ekstremiteye nitrofurazon uygulanmış olan hasta grubunda PEG pozitifliği yüksek oranda saptanmıştır. Buna karşılık, nitrofurazon teması olmayan hastalarda, alt ekstremitede bütünlüğü bozulmuş deriye PEG içeren topikal ilaçların uzun süreli kullanımının tek başına duyarlanma oluşturmak için yeterli olmadığı görülmektedir. Bu bulgu, geçmişte nitrofurazon teması olan kronik alt ekstremite patolojisi

bulunan hastalarda PEG içeren topikal ürünlerin dikkatle kullanılması gerektiğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: alerjik kontakt dermatit, nitrofurazon, polietilen glikol

Yayın No: SS-076
Bildiri Grubu: Genel / Psikodermatoloji

Adölesan akne vulgaris hastalarında hastalık şiddeti, postinflamatuar hiperpigmentasyon ve skar varlığının; Akran zorbalığı, okul işlevi ve beden algısı üzerine etkilerinin incelenmesi

Ayberk Aktaran[1], İlknur Altunay[1], Efruz Pirdoğan Aydın[2], Melek Aslan Kayıran[3], Erdem Değirmenci[1], Ayşe Ece Velipaşaoğlu[1], Furkan Yılmaz[1], Kübra Akdemir Yücel[3]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul
[3]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastenesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Akne vulgaris, adölesan dönemde sık görülen ve inflamatuar/noninflamatuar lezyonların yanı sıra skar ve postinflamatuar hiperpigmentasyon (PİH) gibi sekeller bırakabilen yaygın bir hastalıktır. Aknenin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu bilinmekle birlikte, bu etkinin tüm hastalarda benzer düzeyde olmadığı giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Literatürde aknenin psikososyal etkilerini ortaya koyan çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen, yaşam kalitesindeki bozulmanın hangi klinik ve psikososyal özelliklerle ilişkili olduğunu değerlendiren veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, akran zorbalığı, beden değer algısı ve okul işlevselliğinin akne vulgaris hastası adölesanlar ile sağlıklı kontroller arasında karşılaştırılması; ayrıca hasta grubunda dermatolojiye özgü yaşam kalitesi ve okul işlevselliğini etkileyen klinik ve psikososyal faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çok merkezli, prospektif, vaka-kontrol tasarımındaki bu çalışmada İstanbul'daki iki üçüncü basamak dermatoloji merkezinde değerlendirilen 13-18 yaş arası 161 akne vulgaris hastası ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 161 sağlıklı kontrol yer aldı. Akne şiddeti Investigator's Global Assessment (IGA), PİH şiddeti Post-Acne Hyperpigmentation Index (PAHPI) ve skar şiddeti SCAR-S ile değerlendirildi. Katılımcılara Beden Değeri Ölçeği-2 (BAS-2), Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri (PedsQL) Okul İşlevselliği alt boyutu, Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği (ÇEZÖ-9) ve yaşa uygun Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (CDLQI/DLQI) uygulandı. Gruplar arası karşılaştırmalarda Student t-testi, Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi kullanıldı. Hasta grubunda klinik, psikososyal ve demografik değişkenlerin dermatolojiye özgü yaşam kalitesi üzerindeki etkileri Spearman korelasyonu ve çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelendi.

Bulgular: Hasta grubu genel olarak hafif-orta şiddette olmak üzere, şiddetli akne hastalarını da içeren bir hasta profiline sahipti (ortalama IGA: 2.32±0.99; CDLQI: 5.19±4.30). Akran zorbalığı, beden algısı ve okul işlevselliği açısından akne ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). Bununla birlikte, hasta grubunda yapılan analizler psikososyal yükün bireysel özelliklere göre değişkenlik gösterdiğini ortaya koydu. Çoklu doğrusal regresyon modeli,

dermatolojiye özgü yaşam kalitesindeki değişkenliğin %32'sini açıkladı. ($F(8,151)=8.92$, $p < 0.001$; $R^2=0.32$). Düşük beden algısı (BAS-2 $\beta=-0.35$, $p < 0.001$), akran zorbalığına maruz kalma ($\beta=0.26$, $p < 0.001$) ve daha yüksek akne şiddeti (IGA $\beta=0.16$, $p=0.047$), yaşam kalitesinde bozulma ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Buna karşılık aktif tedavi almak, hastalık şiddetinden bağımsız olarak daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkiliydi ($\beta=-0.15$, $p=0.031$). Tedavi almayan hastalarda yaşam kalitesi daha düşük ($p=0.004$) ve zorbalık maruziyeti daha yüksekti ($p=0.032$). Skar ve PİH ise diğer değişkenler kontrol edildiğinde yaşam kalitesi üzerinde bağımsız bir etki göstermedi. Ayrıca dermatolojiye özgü yaşam kalitesindeki bozulma, okul işlevselliğindeki kötüleşmenin bağımsız bir belirleyicisi olarak saptandı (CDLQI $\beta=-0.30$, $p=0.001$).

TABLO 1: Hasta Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Özellik	Değer
Yaş, yıl (ort ± SS)	15.94 ± 1.45
Cinsiyet, n (%)	Kadın111 (68.9) Erkek50 (31.1)
IGA (ort ± SS; aralık)	2.32 ± 0.99 (0-4)
PAHPI (ort ± SS; aralık)	8.31 ± 4.87 (0-22)
SCAR-S (ort ± SS; aralık)	1.34 ± 1.21 (0-5)
CDLQI (ort ± SS; aralık)	5.19 ± 4.30 (0-24)
Hastalık süresi, ay (ort ± SS; aralık)	30.48 ± 19.49 (1-96)
Aktif tedavi, n (%)	Tedavisiz 85 (52.8) Yalnızca topikal 25 (15.5) Sistemik antibiyotik ± topikal 5 (3.1) İzotretinoin46 (28.6)

Değerler ortalama ± standart sapma (aralık) veya n (%) olarak verilmiştir.IGA: Investigator's Global Assessment; PAHPI: Post-Acne Hyperpigmentation Index; SCAR-S: skar şiddet skoru; CDLQI: Çocuklar Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi.

TABLO 2: Dermatolojiye Özgü Yaşam Kalitesi (CDLQI) için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Değişken:	B (SH)	β	%95 GA	p
Beden algısı (BAS-2)	-0.18 (0.04)	-0.35	[-0.25, -0.11]	<0.001
Akran zorbalığı düzeyi	1.85 (0.50)	0.26	[0.86, 2.84]	<0.001
Akne şiddeti (IGA)	0.69 (0.35)	0.16	[0.01, 1.38]	0.047
Aktif tedavi (var)	-1.32 (0.60)	-0.15	[-2.51, -0.13]	0.031

Bağımlı değişken: CDLQI toplam puanı. Modele BAS-2, cinsiyet, akran zorbalığı düzeyi, IGA, PAHPI, SCAR-S, hastalık süresi ve tedavi durumu eşzamanlı dahil edildi; tabloda anlamlı yordayıcılar gösterilmiştir. Model: $F(8,151)=8.92$, $p<0.001$; $R^2=0.32$ (düzeltilmiş $R^2=0.29$); tüm VIF<2.

Tartışma ve Sonuç: Akne vulgaris hastası adölesanlarda psikososyal etkilenme tüm hastalarda benzer düzeyde değildir. Düşük beden algısı, akran zorbalığına maruz kalma, daha yüksek hastalık şiddeti ve tedavisiz kalma, daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkili başlıca faktörler olarak öne çıkmaktadır. Bu bulgular, akne değerlendirmesinde yalnızca klinik şiddetin değil, beden algısı ve zorbalık öyküsünün de dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca aktif tedavi alan hastalarda yaşam kalitesinin daha iyi olması, erken ve etkin müdahalenin önemini desteklemektedir. Dermatolojiye özgü yaşam kalitesinin okul işlevselliği ile bağımsız ilişkisi, DLQI/CDLQI'nin eğitim yaşamında etkilenme riski taşıyan hastaların belirlenmesinde yararlı olabileceğini düşündürmektedir. Bulguların özellikle daha şiddetli akne popülasyonlarında doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, Çocuk ve Adölesan Ruh Sağlığı, Zorbalanma

Yayın No: SS-077
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Kaşıntı Şikayeti İle Başvuran Gebelerin Etiyoloji, Klinik Özellikler Ve Gebelik Süreci Açısından Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

HİLAY GARİPCAN KARAEMİR[1], Selda Işık Mermutlu[1], İbrahim Eren Pek[2], Özge Kaya[1], Zeynep Keskinkaya[1]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Gebelikte pruritus, maternal yaşam kalitesini azaltan ve bazı olgularda fetal morbidite ile ilkişkili olabilen yaygın rastlanan bir klinik semptomdur. Gebeliklerin yaklaşık %23-38'inde bildirilmektedir. Bu çalışmada, dermatoloji polikliniğine pruritus yakınmasıyla başvuran gebelerin etiyolojik dağılımı,klinik özellikleri ve laboratuvar bulgularının retrospektif olarak değerlendirilmesi ve klinik spektrumun ortaya konulmuştur.

Yöntem: Çalışmada Ocak 2015 - Aralık 2025 arasında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Dermatoloji Polikliniğine kaşıntıyla başvuran 246 gebe değerlendirilmiştir. Klinik bulgular, dermatolojik tanılar ve laboratuvar parametreleri (hemogram, karaciğer ve tiroid fonksiyon testleri, safra asidi, glukoz, PAPP-A, AFP ve İnhibin-A) incelenmiştir. Sistemik inflamatuvar yanıtı değerlendirmek için nötrofil-lenfosit (NLR), trombosit-lenfosit (PLR) oranları ve sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) hesaplanmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 31,04±4,85 olan hastaların %65'i üçüncü trimesterde başvurmuştur. Dermatolojik muayenede en sık ekskoriyasyon (%31,30) ve papül (%25,61) saptanmıştır. Olguların %67,07'sinde gebeliğe özgü dermatoz saptanmış olup bunları gebelik prurigosu (%34,55), intrahepatik gebelik kolestazı (İHK) (%14,23), gebeliğin pruritik ürtikeryal papül ve plakları (PUPPP) (%13,01) ve atopik erüpsiyon (%5,28) oluşturmaktadır. PUPPP olgularında nulliparite yüksek bulunmuş; gebeliğe özgü dermatozların üçüncü trimesterde sıklaştığı görülmüştür. Gebeliğe özgü olmayan dermatolojik nedenler (%35,37) içinde en sık skabiyes izlenmiştir. Ayrıca bu gruptaki 9 hastada, eş zamanlı veya takiben gebelik kolestazı (n=6) veya prurigo (n=3) geliştiği görülmüştür. Gebeliğe özgü olmayan dermatozların sıklığı birinci trimesterde anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$). İnflamatuvar indekslerin trimesterler arasında farklılık gösterdiği, hepatobiliyer ve endokrin parametrelerin ise benzer dağıldığı görülmüştür. Aynı trimesterdeki gebeliğe özgü dermatozlarda, NLR gebelik prurigosunda diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Safra asidi arttıkça AST, ALT ve bilirubin değerlerinde anlamlı artış saptanmıştır ($p < 0,05$). Hipotiroidi varlığının, safra asidi artışı ve kolestaz sıklığıyla ilişkili olduğu bulunmuştur ($p=0,014$). İnflamatuvar indeksler (NLR, PLR, SII) ise safra asidi gruplarında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). İHK tanısına yönelik tek değişkenli analizlerde AST, ALT, safra asidi ve direkt bilirubin ile İHK arasında anlamlı ilişki saptanırken ($p < 0,05$); demografik faktörler ve obstetrik tarama parametreleri

(PAPP-A, AFP, İnhibin-A) ile anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çok değişkenli analiz modelinde ise; safra asidi yüksekliği ile birlikte lenfosit düzeyindeki düşüşün (lenfopeni), İHK tanısını öngörmede bağımsız birer risk faktörü olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$).

Tartışma ve Sonuç: Gebelikte kaşıntı ile başvuranların %67'sini gebeliğe özgü dermatozlar oluştursa da, %35 oranında gebelik dışı nedenlerin varlığı akılda tutulmalıdır. Bu dermatozların özellikle üçüncü trimesterde ve genellikle nullipar gebelerde görülmesi nedeniyle dermatologlar, obstetrik profili mutlaka sorgulamalıdır. Skabiyes gibi gebelik dışı bir dermatoz saptansa dahi, eklenebilecek İHK gibi tabloları atlamamak adına hastalar tedavi sonrası yeniden değerlendirilmeli ve takibe alınmalıdır. Trimester ilerledikçe artış gösteren NLR değerinin gebelik prurigosunda (AEP), PUPPP ve kolestaza kıyasla anlamlı derecede düşük bulunması, AEP'nin sınırlı bir sistemik inflamatuvar yükle seyrettiğini göstermektedir. Kolestaz tanısında safra asidi altın standart olsa da, verilerimiz, kaşınan bir gebede rutin hemogramdaki lenfopeninin hastalığı öngörmede bağımsız ve pratik bir klinik belirteç olabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca eşlik eden hipotiroidinin kolestaz riskini artırdığı saptanmış olup, kaşıntının yalnızca tiroid patolojisine bağlanmaması, hastaların mutlaka kolestaz açısından da tetkik edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Tüm bu veriler ışığında dermatologlar, kaşıntılı gebelerde obstetrik profili özenle sorgulamalı; hastaları hepatobiliyer, endokrin ve immünolojik belirteçleri de içine alan geniş ve bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik Dermatozları, Gebelikte Pruritus, İntrahepatik Gebelik Kolestazı

Yayın No: SS-078
Bildiri Grubu: Genel / Yapay Zeka

Soliter Cilt Lezyonlarının Tanısında CNN Tabanlı Yapay Zekânın Tanısal Performansının Değerlendirilmesi ve Dermatoloji ile Dermatoloji Dışı Hekim Değerlendirmeleriyle Karşılaştırılması

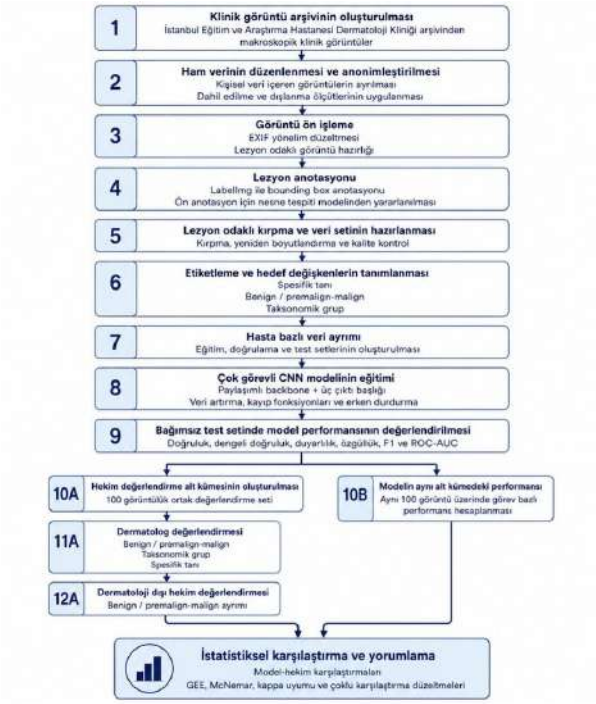
Yunus Emre Ulusoy[1], Abdurrahim Yılmaz[2], Zeynep Hazal Baltacı[1], Ahmet Emre Avcı[1], Burak Erçoban[1], Burak Temelkuran[2], Mehmet Salih Gürel[3], Buğra Burç Dağtaş[3], Ayşe Esra Koku Aksu[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]Imperial College London, Division of Systems Medicine, Department of Metabolism, Digestion and Reproduction
[3]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Soliter cilt lezyonlarının değerlendirilmesinde makroskopik klinik görünüm, tanısal sürecin temel basamaklarından biridir. Yapay zekâ tabanlı görüntü analizi, dermatolojide karar destek potansiyeli taşısa da makroskopik klinik görüntülere dayalı çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, soliter cilt lezyonlarının makroskopik görüntülerinden geliştirilen çok görevli CNN tabanlı yapay zekâ modelinin tanısal performansının değerlendirilmesi ve dermatologlar ile dermatoloji dışı hekimlerin değerlendirmeleriyle karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif, kesitsel ve karşılaştırmalı tasarımdaki çalışmada İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği arşivinden elde edilen makroskopik klinik görüntüler kullanıldı. Görüntüler anonimleştirildi, lezyon odaklı olarak işaretlendi ve kırpıldı. EfficientNetV2-S omurgalı çok görevli CNN modeli; benign/premalign-malign ayrımı, taksonomik grup sınıflandırması ve spesifik tanı tahmini için eğitildi. Model eğitimine hazırlanan veri setinde 12.703 hastaya ait 68.404 görüntü ve 59 tanı yer aldı; spesifik tanı başlığında 20 sınıf değerlendirildi. Model bağımsız test setinde ve hekim karşılaştırması için seçilen 100 görüntülük alt test setinde değerlendirildi. Bu set 55 dermatolog ve 70 dermatoloji dışı hekim tarafından değerlendirildi.

Çalışma genel akış şeması



Bulgular: Bağımsız test setinde 1.906 hastaya ait 9.985 görüntü yer aldı. Modelin spesifik tanı top-1 doğruluğu 0,703, top-3 doğruluğu 0,887 ve makro ROC-AUC değeri 0,933 idi. Benign/premalign-malign ayrımında doğruluk 0,873, ROC-AUC 0,937; taksonomik grup sınıflandırmasında doğruluk 0,782, makro ROC-AUC 0,950 olarak hesaplandı. Hekim değerlendirme setinde modelin doğrulukları benign/premalign-malign, taksonomik grup, spesifik tanı top-1 ve spesifik tanı top-3 görevlerinde sırasıyla 0,900, 0,860, 0,760 ve 0,940 idi. Dermatologların karşılık gelen ortalama doğrulukları 0,794, 0,729, 0,567 ve 0,782; dermatoloji dışı hekimlerin benign/premalign-malign doğruluğu 0,638 idi. Model, bireysel dermatolog ortalamasından tüm görevlerde daha yüksek performans gösterirken, dermatolog çoğunluk kararıyla görüntü düzeyinde anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Makroskopik klinik görüntülere dayalı çok görevli CNN modeli, soliter cilt lezyonlarında özellikle risk ayrımı ve taksonomik sınıflandırmada güçlü performans göstermiştir. Spesifik tanı başlığında yüksek top-3 doğruluk, modelin ayırıcı tanı desteği sağlayabileceğini düşündürmektedir. Bulgular, modelin bağımsız tanı aracı olarak değil; klinik değerlendirme, dermoskopi ve gerektiğinde histopatolojik inceleme ile birlikte yorumlanabilecek yardımcı bir karar destek sistemi olarak araştırılmasını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilgisayar destekli tanı, Yapay zekâ, Deri neoplazileri

Yayın No: SS-079
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Psoriazis Tedavisinde İksekizumab'ın Etkinliği ve Tedavi Sağkalımı: Üçüncü Basamak Bir Sağlık Kuruluşunda 6 Yıllık Retrospektif Gerçek Yaşam Analizi

Caner Göllü[1], Pelin Hızlı[1], Arzu Kılıç[1], İlkay Can[1]

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

Giriş ve Amaç: İnterlökin-17A'yı hedefleyen iksekizumab, orta-ağır plak psoriazis tedavisinde ruhsatlı bir biyolojik ajandır. Randomize çalışmalarda yüksek etkinliği gösterilse de, Türkiye'den bildirilen gerçek yaşam verileri, özellikle önceki biyolojik başarısızlığı olan hastalarda, sınırlıdır. Bu çalışmada, iksekizumabın gerçek yaşam etkinliğinin değerlendirilmesi ve biyolojik-naif ile non-naif hastalar arasındaki yanıt farklılıklarının incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Balıkesir Üniversitesi Dermatoloji Polikliniğinde iksekizumab başlanan 145 plak psoriazis hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Bazal veya takip PASI skoru eksik olan, tedavi başlama/bırakma tarihi net olmayan ya da eş zamanlı farklı bir sistemik/biyolojik ajan kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Demografik özellikler, hastalık süresi, başlangıç PASI skoru, eşlik eden psoriatik artrit (PsA), tırnak tutulumu, sigara kullanımı ve önceki sistemik/biyolojik tedaviler kaydedildi. Birincil sonuç ölçütleri PASI75/PASI90 yanıt oranları ve yanıta ulaşma süresi; ikincil ölçütler tedavi sağkalımı ve bırakma nedenleriydi. Sürekli değişkenler normal dağılmadığından (Shapiro-Wilk $p < 0.001$) gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenlerde beklenen hücre değerine göre ki-kare veya Fisher'ın kesin testi kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Araştırma için Balıkesir Üniversitesi Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Bulgular: Hastaların %57.2'si kadın, ortalama yaşı 46.9±13.3 yıldı. Başlangıç PASI medyanı 8.6 (IQR 6.2–13.8), hastalık süresi medyanı 12 yıldı (IQR 7–19). Olguların %55.2'sinde PsA, %30.3'ünde tırnak tutulumu mevcuttu; %65.5'i biyolojik-naifti. Dikkat çekici biçimde, hastaların %91.7'si (133/145) medyan yalnızca 8 haftada PASI75'e, %81.4'ü (118/145) medyan 10 haftada PASI90'a ulaştı. Bu oranlar ruhsat çalışmalarındaki 12. haftadan daha erken elde edilmiştir. Takip sonunda hastaların %73.1'i (106/145) tedaviye devam etmekteydi; Kaplan-Meier analizi ile hesaplanan 12. ay tedavi sağkalımı %78.3, 24. ay tedavi sağkalımı %65.5 olarak bulundu. Tedaviyi bırakan 39 hastada (%26.9) en sık neden hastanın kendi kararıyla kesmesiydi (%13.1, n=19); bunu sekonder yanıtsızlık (%7.6, n=11), primer yanıtsızlık (%3.4, n=5), artrit üzerine etkisizlik nedeniyle kesme (%2.1, n=3) ve vitiligo gelişimi nedeniyle biyolojik değişimi (%0.7, n=1) izledi. Tedavi kesilmesine yol açmayan 9 hastada advers etki (enjeksiyon yeri reaksiyonu n=7, tinea cruris n=1, oral kandidiyazis n=1) gözlendi. Biyolojik-naif ve non-naif gruplar arasında PASI75 (%93.7 vs %88.0; p=0.34) ve PASI90 (%85.3 vs %74.0; p=0.15) yanıt oranları açısından anlamlı fark saptanmadı; bu da iksekizumabın önceki biyolojik başarısızlığından bağımsız etkili olabileceğini düşündürmektedir. Alt grup analizinde non-naif hastaların hastalık süresinin naif hastalara göre anlamlı olarak daha uzun olduğu belirlendi

(medyan 15 vs 11 yıl; p=0.03). PsA varlığı, tırnak tutulumu ve sigara kullanımının yanıt oranlarını etkilemediği görüldü (tümü p > 0.30).

Tablo 2

Sonuç ölçütü	Değer
PASI75 yanıtı, n (%)	133 (91.7)
PASI75'e ulaşma süresi, medyan (IQR) (hafta)	8 (4–12)
PASI90 yanıtı, n (%)	118 (81.4)
PASI90'a ulaşma süresi, medyan (IQR) (hafta)	10 (4–12)
Tedaviye devam eden, n (%)	106 (73.1)
Tedaviyi bırakan, n (%)	39 (26.9)

Yanıta ulaşma süreleri yalnızca ilgili yanıta ulaşan hastalarda hesaplanmıştır.

Tedavi etkinliği sonuçları

Tablo 4

Değişken	Naif (n=95)	Non-naif (n=50)	p
PASI75 yanıtı, n (%)	89 (93.7)	44 (88.0)	0.34
PASI90 yanıtı, n (%)	81 (85.3)	37 (74.0)	0.15
Başlangıç PASI, medyan	8.0	10.1	0.14
Hastalık süresi, medyan (yıl)	11	15	0.03
PASI75 süresi, medyan (hafta)	8	6	0.35

p değerleri kategorik değişkenlerde ki-kare/Fisher kesin testi, sürekli değişkenlerde Mann-Whitney U testi ile hesaplanmıştır. p<0.05 anlamlı kabul edilmiştir.

Biyolojik-naif ve non-naif hastaların karşılaştırması

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızın en dikkat çekici bulgusu, biyolojik-naif ve non-naif hastalar arasındaki PASI yanıt farkının istatistiksel anlamlılığa ulaşmaması değil, bu iki grubu asıl ayıran parametrenin önceki biyolojik kullanımı değil hastalık süresi olmasıdır (medyan 15 vs 11 yıl; p=0.03). Bu gözlem, iksekizumaba yanıtı belirleyen asıl faktörün "tedavi sırası" değil "hastalık kronisitesi" olabileceğini düşündürmekte ve literatürde şimdiye dek doğrudan gösterilmemiş özgün bir hipotez oluşturmaktadır: biyolojik geçmişten bağımsız olarak, hastalığı daha erken evrede yakalayıp tedaviye başlamak yanıtı iyileştirebilir. Bu ilişki prospektif çalışmalarla sınanmayı hak etmektedir. Ayrıca hastalarımızın PASI75/PASI90'a ruhsat çalışmalarındaki 12. haftadan daha erken ulaşması, gerçek yaşamda yanıt hızının ruhsat çalışmalarınınkini yakaladığını, hatta aştığını göstermektedir. Sonuç olarak iksekizumab; hızlı, yüksek ve biyolojik geçmişten bağımsız korunan PASI yanıtları ile öngörülebilir güvenlik profiliyle gerçek yaşamda güvenle tercih edilebilecek bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Psoriazis, İksekizumab, Gerçek yaşam verisi

Yayın No: SS-080
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Büllöz Pemfigoid Hastalarında Omalizumab Tedavisi: Klinik Etkinlik, Hastalık Aktivitesi ve Tedavi Yanıtını Öngören Faktörler – Tek Merkez Deneyimi

Emre ERSUN[1], Arzu KILIÇ[1], Pelin HIZLI[1], İlkay CAN[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Büllöz pemfigoid (BP), ileri yaşta görülen en sık otoimmün subepidermal büllöz hastalık olup şiddetli kaşıntı, bül oluşumu ve yüksek komorbidite yükü nedeniyle önemli morbiditeye neden olmaktadır.[1,2] Sistemik kortikosteroidler standart tedavi olmakla birlikte ileri yaş hastalarda uzun dönem toksisite ve immünsüpresif tedavilere bağlı komplikasyonlar önemli sorun oluşturmaktadır.[2,3] Son yıllarda BP patogenezinde tip 2 inflamasyonun rolünün ortaya konulmasıyla anti-IgE monoklonal antikoru omalizumab dirençli veya immünsüpresif tedavilere uygun olmayan olgularda umut verici bir seçenek haline gelmiştir.[1,2,5,6] Bununla birlikte gerçek yaşam verileri sınırlı olup tedavi yanıtını öngören belirteçler yeterince tanımlanmamıştır.[4,7,9] Bu çalışmada omalizumab tedavisinin etkinlik ve güvenliliğinin değerlendirilmesi ile tedavi yanıtını öngören klinik, laboratuvar ve immünopatolojik faktörlerin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Balıkesir Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda Aralık 2023–Ocak 2026 tarihleri arasında omalizumab tedavisi alan BP tanılı hastaların dahil edildiği retrospektif, tek merkezli gerçek yaşam çalışması gerçekleştirildi. En az iki doz omalizumab alan ve düzenli takip verileri bulunan dokuz hasta değerlendirildi. Demografik özellikler, komorbiditeler, laboratuvar verileri, histopatolojik ve direkt immünfloresan bulguları ile tedavi sonuçları kaydedildi. Hastalık aktivitesi BPDAI aktivite skoru ile başlangıçta, üçüncü ayda ve son kontrolde değerlendirildi. Tedavi yanıtı, remisyon, tam hastalık kontrolü (THK), kaşıntı yanıtı, relaps ve advers olaylar analiz edildi. Ayrıca tedavi yanıtını öngören klinik ve immünopatolojik faktörler araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya medyan yaşı 80 yıl olan dokuz hasta dahil edildi ve hastaların %88,9'u kadındı. Medyan omalizumab tedavi süresi 6 ay idi. Omalizumab tedavisi sonrası hastaların %66,7'sinde remisyon ve tam hastalık kontrolü sağlanırken, genel yanıt oranı %77,8 olarak bulundu. Medyan BPDAI aktivite skoru başlangıçta 52 iken üçüncü ayda 19'a ve son kontrolde 0'a geriledi; ancak örneklem büyüklüğünün sınırlı olması nedeniyle bu değişim istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (sırasıyla p=0,062 ve p=0,063). Hastaların %66,7'sinde NRS skorunda ≥3 puanlık iyileşme elde edilirken medyan kaşıntı yanıt süresi 2 ay olarak hesaplandı. Eş zamanlı sistemik tedaviler hastaların %55,6'sında tamamen kesilebildi. Tedavi süresince omalizumaba bağlı advers olay veya mortalite gözlenmedi. Hospitalizasyon öyküsü bulunan hastalarda tam yanıt elde edilemedi (p=0,012). Hospitalizasyon sayısı başlangıç BPDAI skoru, periferik eozinofil düzeyi, THK süresi ve kaşıntı yanıt süresi ile pozitif korelasyon gösterdi. Direkt immünfloresan incelemede lineer C3 birikim yoğunluğu başlangıç BPDAI skoru (r_s=0,883; p=0,020), THK süresi (r_s=0,786; p=0,036) ve remisyon süresi (r_s=0,826; p=0,012) ile

anlamlı ilişki gösterdi. Yüksek başlangıç periferik eozinofil düzeyleri ise daha sınırlı BPDAI düzelmesi eğilimi ile ilişkili bulundu (r_s=-0,754; p=0,084).

Tablo 1:Histopatolojik, direkt immünfloresan bulgular ve tedavi sonuçları

Tablo 1. Histopatolojik, direkt immünfloresan bulgular ve tedavi sonuçları

Histopatolojik bulgular

Bulgular	n (%)
Vezikülobüllöz reaksiyon	5 (62,5)
Perivasküler eozinofil infiltrasyonu	6 (75,0)
Perivasküler nötrofil infiltrasyonu	3 (37,5)
Spongiyoz	3 (37,5)
Subepidermal ayrışma	3 (37,5)

Direkt immünfloresan bulguları

Bulgular	n (%)
DİF pozitifliği	7 (87,5)
Lineer IgG	6 (75,0)
Lineer C3	7 (87,5)
Lineer IgA	1 (12,5)

Tedavi sonuçları

Değişken	Değer
Başlangıç BPDAI aktivite skoru, medyan (ÇAA)†	52 (32–101)
3. ay BPDAI aktivite skoru, medyan (ÇAA)†	19 (0–90)
Son vizit BPDAI aktivite skoru, medyan (ÇAA)†	0 (0–70)
Tam Hastalık Kontrolü (THK), n (%)	6 (66,7)
Remisyon, n (%)	6 (66,7)
Tam yanıt, n (%)	6 (66,7)
Kısmi yanıt, n (%)	1 (11,1)
Yanıtsızlık, n (%)	2 (22,2)
Genel yanıt oranı (ORR), n (%)	7 (77,8)
Relaps	3/6 (50,0)
NRS ≥3 puan düşüş	6 (66,7)
Diğer tedavilerin kesilmesi	5 (55,6)
Tedavinin sonlandırılması	3 (33,3)
Advers olay	0
Mortalite	0

†BPDAI analizleri 7 hasta üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2. Hastalık şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkili faktörler

Tablo 2. Hastalık şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkili faktörler

Değişken	Sonlanım	Sonuç	p
Başlangıç–3. ay BPDAI aktivite skoru	Wilcoxon	Z=-1,866	0,062
Başlangıç–Son vizit BPDAI aktivite skoru	Wilcoxon	Z=-1,863	0,063
Başlangıç BPDAI aktivite skoru	Primer yanıtsızlık	Daha yüksek	0,190
ΔBPDAI aktivite skoru	Tedavi yanıtı	Daha fazla azalma	0,095
Başlangıç eozinofil sayısı	ΔBPDAI aktivite skoru	r_s=-0,754	0,084
Hospitalizasyon öyküsü	Tam yanıt	%100 vs %0	0,012
Hospitalizasyon sayısı	CDA süresi	r_s=0,913	0,004
Hospitalizasyon sayısı	NRS yanıt süresi	r_s=0,870	0,002
Hospitalizasyon sayısı	Başlangıç BPDAI aktivite skoru	r_s=0,837	0,019
Hospitalizasyon sayısı	Eozinofil	r_s=0,784	0,021
C3 yoğunluğu	Başlangıç BPDAI aktivite skoru	r_s=0,883	0,020
C3 yoğunluğu	CDA süresi	r_s=0,786	0,036
C3 yoğunluğu	Remisyon süresi	r_s=0,826	0,012
NRS ≥3 puan düşüş	Remisyon	%100 vs %0	0,012
Başlangıç BPDAI aktivite skoru	Remisyon	Medyan 36 vs 101	0,057
Başlangıç BPDAI aktivite skoru	NRS yanıtı	Daha yüksek BPDAI	0,057
Eozinofili	Remisyon	%83,3 vs %0	0,107
Eozinofil sayısı	CDA süresi	r_s=0,691	0,086
Eozinofil sayısı	Remisyon süresi	r_s=0,626	0,097

Kaplan–Meier analizleri

- NRS ≥3 puan düşüş: **2 ay** (%95 GA: 1,08–2,92)
- Tam Hastalık Kontrolü: **4 ay** (%95 GA: 0,00–9,13)
- Remisyon: **5 ay** (%95 GA: 2,08–7,92)
- Diğer tedavilerin kesilmesi: **5 ay** (%95 GA: 2,43–7,57)

Tablo 3:Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Değişken	Değer

Hasta sayısı, n	9
Yaş, medyan (ÇAA)	80 (16)
Kadın cinsiyet, n (%)	8 (88,9)
Tanı öncesi hastalık süresi, ay, medyan (ÇAA)	5 (3)
Omalizumab öncesi tedavi süresi, ay, medyan (ÇAA)	8 (12)
Omalizumab kullanım süresi, ay, medyan (ÇAA)	6 (8)
Omalizumab enjeksiyon sayısı, medyan (ÇAA)	5 (4)
Başlangıç BPDAI aktivite skoru, medyan (ÇAA)†	52 (32–101)
Total IgE (IU/mL), medyan (ÇAA)	335 (1231)
Eozinofil sayısı ($\times 10^9$/L), medyan (ÇAA)	0,24 (0,73)
Eozinofili ($>0,5\times 10^9$/L), n (%)	2 (25,0)*
Hospitalizasyon öyküsü, n (%)	3 (33,3)
Hospitalizasyon sayısı	6 (66,7) / 1 (11,1) / 2

(0/1/2), n (%)	(22,2)

*Eozinofil verisi 8 hasta üzerinden hesaplanmıştır. †BPDAI aktivite skoru retrospektif olarak hesaplanabilen 7 hasta üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4. Komorbiditeler, eşlik eden ilaçlar ve omalizumab öncesi tedaviler

Komorbiditeler	**n (%)**
Diyabetes mellitus	9 (100)
Hipertansiyon	6 (66,7)
Koroner arter hastalığı	4 (44,4)
Demans	3 (33,3
Malignite	2 (22,2)
Kronik böbrek hastalığı	2 (22,2)
Psikiyatrik hastalık	2 (22,2)
Eşlik eden ilaçlar	**n (%)**
Tiyazid grubu diüretik	5 (55,6)
ACE inhibitörü	2 (22,2)
ARB	3 (33,3)
DPP-4 inhibitörü	3 (33,3)
Beta bloker	3 (33,3)
ASA	3 (33,3)
Omalizumab öncesi	**n (%)**

tedaviler	
Sistemik kortikosteroid	5 (55,6)
Doksisiklin	2 (22,2)
Azatioprin	1 (11,1)

Daha önce kullanılan tedavi sayısı, medyan (ÇAA): 2 (1,5–3)

Tartışma ve Sonuç: Gerçek yaşam verilerimizi yansıtan bu çalışma, omalizumabın ileri yaş ve çoklu komorbiditeye sahip BP hastalarında etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir.[2,3,9] Tedavi sonrasında hastalık aktivitesi ve kaşıntıda belirgin klinik iyileşme sağlanırken ciddi advers olay izlenmemiştir.[2,4,9] Ayrıca hospitalizasyon yükü, yüksek başlangıç hastalık aktivitesi, periferik eozinofilik inflamasyon ve özellikle direkt immünfloresan incelemede lineer C3 birikim yoğunluğu daha ağır hastalık fenotipi ve daha yavaş tedavi yanıtı ile ilişkili bulunmuştur.[1,2] Bu bulgular, C3 birikim yoğunluğu ve periferik eozinofilik inflamasyonun omalizumab tedavisi için potansiyel prognostik biyobelirteçler olabileceğini düşündürmektedir.[1,2,5] Bulguların doğrulanması için daha geniş, çok merkezli ve prospektif gerçek yaşam çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Büllöz Pemfigoid, Omalizumab, Tedavi Yanıtı

Yayın No: SS-081
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Raman Spektroskopisi ile Baş-Boyun Bölgesindeki Aktinik Keratoz ve Skuamöz Hücreli Karsinomun Moleküler Ayırımı: Kombine ve İzole Lezyonların Karşılaştırılması

AYSİMA UĞURLU KINIK[1], Rukiye Yasak Güner[1], Armağan Akkuş[2]

[1]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri

Giriş ve Amaç: Kutanöz skuamöz hücreli karsinom (cSCC), lokal invazyon, metastaz ve mortalite potansiyeli nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olup, en sık görülen keratinosit kökenli malignitelerden biridir. En önemli premalign öncül lezyonu olan aktinik keratozun (AK) yıllık cSCC'ye dönüşüm riski %0,025–20 arasında bildirilmekle birlikte, hangi lezyonların progresyon göstereceği güvenilir biçimde öngörülememektedir. Bu nedenle AK ve cSCC arasındaki ortak ve ayırt edici moleküler değişimlerin ortaya konulması, hastalık patogenezinin

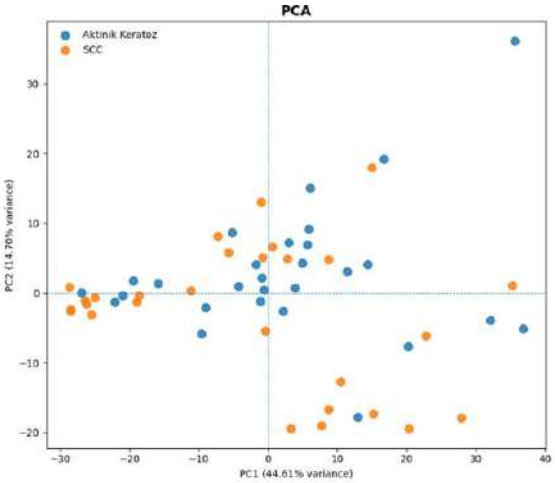
aydınlatılması, yüksek riskli lezyonların erken belirlenmesi ve yeni tanısal yaklaşımların geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Raman spektroskopisi, dokuların biyokimyasal yapısını moleküler düzeyde değerlendirebilmesi nedeniyle kanser tanısı ve tümörlerin moleküler karakterizasyonunda giderek daha fazla ilgi gören noninvaziv optik bir yöntemdir. Bu çalışmada baş-boyun bölgesinde yerleşimli AK, cSCC ve aynı hastada eş zamanlı bulunan AK-cSCC lezyonlarının Raman spektral özellikleri karşılaştırılarak gruplara özgü moleküler değişimlerin belirlenmesi ve Raman spektroskopisinin premalign ve malign lezyonların tanı ve ayırıcı tanısındaki potansiyel katkısının değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışmanın, premalign ve malign keratinositik lezyonlar arasındaki ortak ve ayırt edici Raman özelliklerini aynı çalışma kapsamında ortaya koyması açısından literatüre özgün katkı sunması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada 2010–2025 yılları arasında histopatolojik olarak doğrulanmış baş-boyun yerleşimli 17 aktinik keratoz (AK), 17 kutanöz skuamöz hücreli karsinom (cSCC), aynı hastada eş zamanlı AK ve cSCC bulunan 17 olgu ile kontrol grubu incelendi. Histopatoloji bloklarından hazırlanan parafin kesitler Erciyes Üniversitesi Nanoteknoloji Araştırma Merkezi'nde bulunan WITec alpha300 M+ Raman mikroskop sistemi ile analiz edildi. Elde edilen spektrumlarda ortak ve ayırt edici Raman bantları, normalize pik yoğunlukları, pik oran analizleri, fark spektrumları ve temel bileşen analizi (PCA) kullanılarak gruplar arasındaki moleküler farklılıklar değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde Mann–Whitney U testi kullanıldı ve $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular: AK grubunda 1117 ve 1661 cm^{-1} bantlarında, SCC grubunda ise 1125 cm^{-1} bandında kontrol grubuna göre anlamlı artış saptandı ($p < 0,05$). AK-SCC grubunda 1585 cm^{-1} bandı kontrol grubuna göre anlamlı olarak artarken ($p < 0,01$), AK ve SCC'nin doğrudan karşılaştırılmasında 1577/1451 pik oranı SCC'de daha yüksek, 1901/1451 oranı ise anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p < 0,01$). Bu bantlar genel olarak protein sekonder yapısı, keratinizasyon, membran fosfolipitleri, lipid-protein organizasyonu ve ekstraselüler matriks bileşenlerindeki biyomoleküler değişikliklerle ilişkilendirildi. PCA analizinde kontrol grubu hasta gruplarından belirgin olarak ayrılırken, AK ve SCC grupları arasında kısmi örtüşme izlendi. Aynı hastada birlikte bulunan AK-cSCC lezyonlarında ise hem premalign hem malign gruplarla ortak Raman özellikleri saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Raman spektroskopisi, normal deri ile aktinik keratoz, kutanöz skuamöz hücreli karsinom ve AK-cSCC birlikteliği bulunan lezyonlar arasında belirgin biyomoleküler farklılıklar ortaya koyarak hasta gruplarını sağlıklı deriden ayırt edebildi. AK ve cSCC arasında ortak Raman bantlarının korunması ve PCA'da gözlenen kısmi örtüşme, her iki lezyonun ortak keratinositik kökenini desteklerken; 1117, 1125, 1577/1585 ve 1661 cm^{-1} bantları ile pik oranlarındaki değişiklikler malignite ile ilişkili membran fosfolipitleri ve protein sekonder yapısındaki değişiklikleri düşündürmektedir. Bu bulgular, Raman spektroskopisinin premalign ve malign keratinositik lezyonların noninvaziv değerlendirilmesi ve moleküler karakterizasyonunda gelecekte klinik kullanıma katkı sağlayabilecek umut verici bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Aktinik keratoz ve SCC gruplarına ait Raman spektrumlarının PCA skor grafiği



Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren Raman bantları ve olası biyokimyasal atıfları

Karşılaştırma	Raman bandı / Oranı	Değişim	p değeri	Biyokimyasal Atıf
AK – Kontrol	1661 cm^{-1}	↑ AK	<0.05	Amide I, protein sekonder yapısı
AK – Kontrol	1117 cm^{-1}	↑ AK	<0.05	Keratin, C–C/C–N titreşimleri, lipid–protein organizasyonu
SCC – Kontrol	1125 cm^{-1}	↑ SCC	<0.05	C–C/C–N titreşimleri, membran fosfolipitleri ve keratin yapısı
AK+SCC – Kontrol	1585 cm^{-1}	↑ AK+SCC	<0.01	Amide II, aromatik

				aminoasitler, protein yeniden yapılanması
SCC – AK	1901/1451 oranı	↓ SCC	<0.01	Yardımcı spektral bölge (biyolojik özgüllüğü sınırlı)

AK: Aktinik keratoz; cSCC: Kutanöz skuamöz hücreli karsinom; ↑: İlgili grupta artış; ↓: İlgili grupta azalma. Biyokimyasal atıflar literatürde bildirilen Raman bant atamalarına dayanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Skuamöz Hücreli Karsinom, Aktinik Keratoz, Raman Spektroskopisi

Yayın No: SS-082
Bildiri Grubu: Genel / Dermatopatoloji

Güney Türkiye'de Granülomatöz Dermatozların Klinikopatolojik Spektrumu: 213 Olgunun 17 Yıllık Retrospektif Değerlendirmesi

Ela Gazal[1], Ayşın Köktürk[1], Yasemin Yuyucu Karabulut[2]

[1]Mersin Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Mersin Üniversitesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Granülomatöz dermatozlar, enfeksiyöz ve enfeksiyon dışı birçok nedenle ilişkili, klinik ve histopatolojik olarak örtüşebilen heterojen bir hastalık grubudur. Dağılımları bölgesel coğrafya, endemik enfeksiyonlar ve epidemiyolojik özelliklerden etkilenir. Güney Türkiye gibi Akdeniz kuşağındaki bölgelerde Batı tipi inflamatuvar dermatozlar ile endemik enfeksiyonların birlikte görülmesi, tanısal değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Bu çalışmada, üçüncü basamak bir merkezde 17 yıllık dönemde tanı alan granülomatöz dermatoz olgularının klinikopatolojik spektrumunu; etiyolojik dağılım, histopatolojik paternler, özel boyaların katkısı, klinikopatolojik uyum ve tanısal gecikmeler açısından değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Mersin Üniversitesi Hastanesi'nde Haziran 2008–Haziran 2025 arasında histopatolojik olarak doğrulanmış granülomatöz dermatoz olguları retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, tutulum bölgeleri, granülom alt tipleri, eşlik eden inflamatuvar hücreler, özel boyaların katkısı ve klinikopatolojik uyum oranları analiz edildi.

Bulgular: Toplam 213 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 48,9 yıl olup hastaların %70,9'u kadındı. Enfeksiyon dışı nedenler baskındı (%84,9); en sık etiyolojiler granüloma anülare (GA; %67,5), sarkoidoz (%15,4) ve granülomatöz rozasea (%7,1) idi. Enfeksiyöz nedenler %15,1 oranında izlendi; bu grupta kutanöz leishmaniazis (KL; %56,7) ve kutanöz tüberküloz (KT; %40,0) ön plandaydı. Histopatolojik olarak en sık nekrobiyotik granülomlar izlendi (%58,4); bunu tüberküloid (%20,3) ve sarkoidal granülomlar (%12,2) izledi. Granülom alt tipi tanıya göre anlamlı farklılık gösterdi ($p < 0.001$): nekrobiyotik patern ve müsin birikimi GA'da, sarkoidal patern sarkoidozda, plazma hücrelerinden zengin tüberküloid patern ise enfeksiyöz olgularda belirgindi (Tablo 1). Özel boyaların (EZN, PAS, Giemsa) pozitiflik oranları düşüktü; enfeksiyöz olgular çoğunlukla kültür, PCR veya tedavi yanıtı ile desteklendi. Baş-yüz tutulumu ($p < 0.001$) granülomatöz rozasea, lupus miliaris disseminatus faciei ve KL'de; alt ekstremite ($p < 0.001$) ve gövde ($p = 0.002$) tutulumu daha çok GA ve sarkoidoz olgularında belirgindi. Klinikopatolojik uyumsuzluk oranı %26,4 olup en sık GA'da (31 olgu) ve sarkoidozda (6 olgu) görüldü. Bir romatoid nodül, ve bazı KT ve KL olguları klinik olarak maligniteyi taklit etti. Ortalama hastalık süresi enfeksiyöz olgularda 41,6 ay, enfeksiyon dışı olgularda 19,7 ay idi.

Tablo 1

Tanı	**N**	**Ort. Yaş (Yıl)**	**Baskın Cinsiyet**	**Öne Çıkan Lokalizasyon**	**Baskın Granülom Tipi**	**Ayırt Ettirici İpucu**
Granüloma anülare	114	50,6	K (%79,8)	Alt ekstremite, gövde	Nekrobiyotik	Müsin birikimi belirgin; yüz/baş tutulumu nadir
Sarkoidoz	26	55	K (%80,8)	Ekstrmiteler, yüz/baş	Sarkoidal	Daha sınırlı eşlikçi inflamasyon
Granülomatöz rozasea	12	46	K (%66,7)	Yüz/baş	Tüberküloid	Fasiyal yerleşim ve nötrofil eşliği

						vakaların yarısında mevcut
Kutanöz leishmaniazis	17	43,6	K (%52,9)	Yüz/baş	Tüberküloid	Plazma hücreleri belirgin; özel boyalar sınırlı katkılı
Yabancı cisim granülomu	5	33,4	K (%80,0)	Yüz/baş	Yabancı cisim tipi	Klinik öykü ve polarizan mikroskopi önemli
Derin mikoz	1	36	E (%100)	Alt ekstremite/gövde	Süpüratif	Nötrofilik-süpüratif patern enfeksiyon lehine
Lupus miliaris disseminatus faciei	4	44,3	K (%75,0)	Yüz/baş	Tüberküloid	Fasiyal yerleşim ön planda
Kutanöz tüberküloz	12	33,2	E (%66,7)	Değişken	Tüberküloid	Plazma hücresi eşliği ve ek mikrobiyolojik doğrulama gereksinimi
Nekrobiyozis lipoidika	3	53	K (%66,7)	Alt ekstremite	Nekrobiyotik	Alt ekstremite yerleşimi tipik
Granülomatöz diskoid lupus	1	55	K (%100)	Yüz/baş	Nekrobiyotik	Tek olgu; sınırlı yorum

eritematozus						
Granülomatöz pigmente purpurik dermatoz	1	79	K (%100)	Alt ekstremite	Sınırlı veri	Tek olgu; sınırlı yorum
Granülomatöz ilaç reaksiyonu	2	42	Eşit (%50/%50)	Baş-boyun	Tüberküloid / karışık	Eozinofil eşliği ve ilaç öyküsü yol gösterici
Romatoid nodül	1	59	E (%100)	Üst ekstremite	Nekrobiyotik	Maligniteyi klinik olarak taklit edebilir

Tanılara göre karakteristik klinikopatolojik özellikler

Tartışma ve Sonuç: Kohortumuz, Güney Türkiye'ye özgü epidemiyolojik hibrit bir patern göstermektedir. Enfeksiyon dışı nedenlerin baskınlığı (%84,9) ve nekrobiyotik mimari (%58,4), Batı Avrupa kohortlarıyla benzerlik taşımaktadır. Buna karşın enfeksiyöz alt grup, Batı ülkelerinde daha sık bildirilen fırsatçı enfeksiyonlardan farklı olarak, endemik Eski Dünya patojenleri olan KL ve KT ile karakterizedir ve Orta Doğu-Asya paternine daha yakındır (Tablo 2). Tanıya göre değişen anatomik tutulum ve histopatolojik paternler, klinikopatolojik korelasyonun önemini desteklemektedir. Enfeksiyöz kohorttaki 41,6 aylık tanısal gecikme önemli bir boşluğu göstermektedir. Akdeniz literatürü, KL'de klinik polimorfizm ve birinci basamakta farkındalık eksikliği nedeniyle tanının gecikebildiğini bildirmektedir. KL ve KT'nin sıklıkla paucibaciller veya kronik geç evre lezyonlar şeklinde prezente olması, histokimyasal boyaların duyarlılığını sınırlamaktadır. Ayrıca, uzun hastalık süresi, üçüncü basamak merkez yanlılığını yansıtabilmekte; atipik enfeksiyöz granülomlar maligniteyi taklit ederek ancak biyopsi, kültür veya PCR ile tanı alabilmektedir. Bu 17 yıllık seri, Güney Türkiye'de granülomatöz dermatozların en sık GA olmak üzere çoğunlukla enfeksiyon dışı nedenlere bağlı olduğunu göstermektedir. Nekrobiyotik-müsinöz paternin GA, sarkoidal paternin sarkoidoz, plazma hücrelerinden zengin tüberküloidpaternin ise enfeksiyöz nedenlerle ilişkisi tanısal açıdan yol göstericidir. Bölgesel endemisite nedeniyle KL ve KT mutlaka akılda tutulmalıdır. Klinikopatolojik uyumsuzluklar ve malignite taklitleri; erken biyopsi, klinikopatolojik korelasyon ve ileri laboratuvar incelemelerinin önemini vurgulamaktadır.

Tablo 2

Çalışma /	**Kohort Büyüklüğ.**	**Ort**	**Cinsiyet**	**Enfeksiyon Dışı /**	**En Sık**	**En Sık Histolojik**	**Temel Bölgesel**

Ülke	ü (N)	Yaş (Yıl)	Dağılımı	Enfeksiyöz (%)	Etiyoloji	Granülom Alt Tipi	Çıkarım
Mevcut çalışma 2026/ Mersin, Türkiye	N=213	48,9	E: %29,1 K: %70,9	%84,9 / %15,1	Granüloma anülare (%67,5)	Nekrobiyotik (%58,4)	Enfeksiyon dışı olguların Avrupa benzeri baskınlığına karşın, enfeksiyöz alt grupta Orta Doğu endemik profili görülmektedir. Enfektif olgularda tanısal gecikme 3,5 yıla ulaşmaktadır
Queirós ve ark. 2020/ Portekiz	N=411	54,1	E: 38% K: 62%	%80,3 / %19,5	Granüloma anülare (%23,8)	Nekrobiyotik (%27,0)	Enfeksiyon dışı ve nekrobiyotik paternin baskınolduğu tipik Batı Avrupa profili.
Ting ve ark. 2023/ Malezya	N=49	53,5	E: %51 K: %49	%40.8 / %59,2	Derin fungal enfeksiyonlar (%24.5) ve tüberküloz (%20.4)	Epiteloid (%43) ve süpüratif (%24)	Enfeksiyöz patojenlerin baskın olduğu tropikal/gelişmekteolan ülke profili.
Chakrabarti ve ark. 2016/ Hindistan	N=186	30,4	E: %55,4 K: %44,6	%11.8 / %88.2	Lepra (%57,52) ve tüberküloz (%24,73)	Tüberküloid (%73,12)	Mikobakteriyel türlerin granülomatöz spektrumu belirlediği klasik Güney Asya paterni.

Aryanian ve ark. 2024/ İran (yüz yerleşimli olgular)	N=144	35,8	E: %42.4 K: %57.6	70.1% / 12.5 (belirsiz ve diğerleri 17.4%)	Rozasea (%31,9), sarkoidoz (%13,9) ve leishmaniazis (%10,4)	Tüberküloid (%41)	Fasiyal granülomatöz lezyonlarda rozase ve sarkoidozun yanı sıra Leishmania'nın temel Orta Doğu enfeksiyöz baskısını vurgulamaktadır.

Farklı coğrafi bölgelerde bildirilen granülomatöz dermatoz serilerinin demografik, etiyolojik ve histopatolojik özelliklerinin karşılaştırılması.

Anahtar Kelimeler: Granüloma anülare, Granülomatöz dermatozlar, Klinikopatolojik korelasyon

Yayın No: SS-083
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Psoriasis Hastalarında Survivin Gen Polimorfizmlerinin (rs8073069, rs9904341 ve rs1042489) İncelenmesi

Berke Caner KIZMAZ[1], Metin BUDAK[2], Pelin GÜVEN[2], Yıldız GÜRSEL ÜRÜN[1]

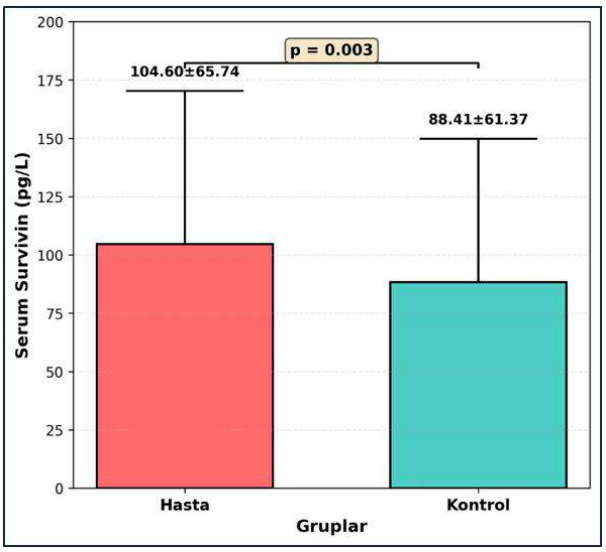
[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyofizik Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Psoriasis; genetik yatkınlık, immün disregülasyon ve keratinosit hiperproliferasyonunun etkileşimiyle gelişen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Apoptoz inhibitörü protein ailesinin bir üyesi olan survivin (BIRC5), hücre döngüsünü düzenlemesi ve apoptozu baskılaması nedeniyle psoriatik epidermal hiperproliferasyonda rol oynayabilir. Bu çalışmada psoriasis hastaları ile sağlıklı kontrollerin serum survivin düzeylerinin ve BIRC5 genindeki rs8073069, rs9904341 ve rs1042489 polimorfizmlerinin karşılaştırılması; bu değişkenlerin hastalık şiddeti, klinik alt tipler ve demografik-klinik özelliklerle ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

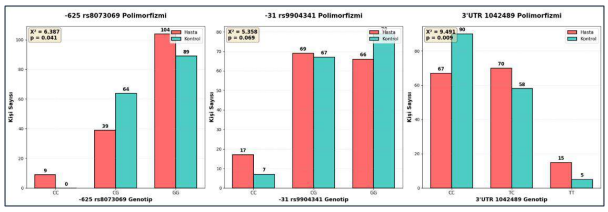
Yöntem: Prospektif kesitsel çalışmaya, Mayıs 2024–Ekim 2025 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 152 psoriasis hastası ve yaş-cinsiyet açısından benzer 153 sağlıklı kontrol dahil edildi. Katılımcıların demografik özellikleri, yaşam alışkanlıkları, vücut kitle indeksi ve komorbiditeleri kaydedildi; hastalarda klinik alt tip, Psoriasis Alan Şiddeti İndeksi (PAŞİ), vücut yüzey alanı ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi değerlendirildi. Serum survivin düzeyleri sandviç ELISA yöntemiyle ölçüldü. rs8073069, rs9904341 ve rs1042489 polimorfizmleri PCR-RFLP yöntemiyle genotiplendirildi. Veriler uygun parametrik ve parametrik olmayan testlerle analiz edildi; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hasta ve kontrol gruplarının yaş ve cinsiyet açısından benzer olduğu görüldü. Serum survivin düzeyinin psoriasis grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı [medyan 86,53'e karşı 66,78 pg/L; ortalama 104,60±65,74'e karşı 88,41±61,37 pg/L; p=0,003]. rs8073069 genotip dağılımının gruplar arasında farklı olduğu belirlendi (p=0,041); CC genotipinin yalnızca hastalarda görüldüğü (%5,9), CG genotipinin ise kontrollerde daha sık bulunduğu (%41,8'e karşı %25,7) tespit edildi. rs1042489 dağılımının da anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (p=0,009); TC ve TT genotiplerinin hastalarda, CC genotipinin ise kontrollerde daha yüksek oranda bulunduğu görüldü. rs9904341 için anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,069). Serum survivin düzeyinin sigara kullanan hastalarda daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,032); PAŞİ, psoriatik artrit, komorbidite, immünsupresyon ve tedavi türü ile survivin düzeyinin ilişkili olmadığı görüldü. Püstüler psöriazis olgularının sayısı oldukça düşük olsa da rs1042489 polimorfizmi ile püstüler psoriasis arasında anlamlı ilişki saptandı (p=0,003).

Hasta ve kontrol gruplarının serum survivin konsantrasyonu karşılaştırılması



Hasta ve kontrol gruplarının BIRC5 gen polimorfizmlerinin karşılaştırılması



Hasta ve kontrol gruplarının serum survivin konsantrasyonu ve BIRC5 genine ait polimorfizmlerin dağılımı karşılaştırılması

		Hasta n (%)	Kontrol n (%)	X^2/Z	p
Serum Survivin pg/L Medyan (Min. - Max.) Ortalama±SS		86,53 (61,67-124,77) 104,60±65,74	66,78 (50,75-99,67) 88,41±61,37	-2,959	**0,003***
-625 rs8073069	CC	9 (5,9)	0(0,0)	6,387	**0,041****
	CG	39 (25,7)	64 (41,8)		
	GG	104 (68,4)	89 (58,2)		
-31 rs9904341	CC	17 (11,2)	7 (4,6)	5,358	0,069**
	CG	69 (45,4)	67 (43,8)		
	GG	66 (43,4)	79 (51,6)		

3'UTR rs1042489	CC	67 (44,1)	90 (58,8)	9,491	**0,009****
	TC	70 (46,1)	58 (37,9)		
	TT	15 (9,9)	5 (3,3)		

*Mann Whitney U test, **Ki-kare testi, Min- Max: Minimum – Maksimum, SS: Standart Sapma, CC: Sitozin-sitozin, CG: Sitozin-guanin, GG: Guanin-guanin, CC: Sitozin-sitozin, TC: Timin-sitozin TT: Timin-timin.

Serum survivin düzeylerinin (pg/L) demografik ve klinik özelliklere göre karşılaştırılması

		n	Ortalama±SS	Medyan (Q1-Q3)	Z	p*
Cinsiyet	Erkek	85	110,41±67,05	92,07 (67,45-133,3)	-1,568	0,117
	Kadın	67	97,23±63,77	80,20 (55,81-115,01)		
Yaş	<40	60	103,79±65,61	86,60 (57,86-123,81)	-,187	0,853
	≥40	92	105,13±66,17	86,54 (62,97-130,85)		
Sigara	İçmemiş	45	87,12±50,31	73,03 (51,35-116,53)	-2,145	**0,032**
	İçiyor	107	111,95±70,15	90,89 (66,83-134,87)		
Alkol	İçmemiş	90	99,25±61,27	81,38 (60,78-123,40)	-,872	0,383
	İçiyor	62	112,37±71,53	92,26 (61,81-134,03)		
VKİ	<30	92	101,20±63,74	82,06 (58,60–	-,059	0,555

				119,57)		
	≥30	60	109,82±68,91	89,04 (62,97-145,73)		

*Mann-Whitney U testi, SS: Standart Sapma, Q1-Q3: Çeyrekler arası aralık, VKİ: Vücut kitle indeksi.

Tartışma ve Sonuç: Elde edilen bulgular, psoriasis hastalarında artmış serum survivin düzeylerinin apoptoz mekanizmalarındaki bozulmayı yansıtarak keratinosit hiperproliferasyonuna ve hastalığın patogenezine katkıda bulunduğunu desteklemektedir. rs8073069 polimorfizmindeki CC genotipi ve rs1042489 varyantının psoriasis gelişiminde genetik bir yatkınlık faktörü olabileceği düşünülmektedir. Survivin polimorfizmleri ile PAŞİ skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmaması, survivinin hastalığın mevcut klinik şiddetinden ziyade ilk gelişim aşamalarında daha belirleyici olabileceğine işaret etmektedir. Survivin molekülünün patogenezdeki rolünün aydınlatılması, gelecekte hastalığın genetik temelini anlamada ve hedefe yönelik yeni tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesinde klinisyenlere yol gösterebilir.

Anahtar Kelimeler: psoriasis, survivin, BIRC5

Yayın No: SS-084
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Kseroderma Pigmentozumlu Hastalarda Malignite Yükü, Oftalmolojik Tutulum ve İnflamatuvar Profilin Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

İsmail Esendir[1], Nilay Duman[1], Furkan Emre Kotan[1], Işıl Karaarslan[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Kseroderma pigmentozum (XP), nükleotid eksizyon tamir mekanizmasındaki bozukluk sonucu gelişen, ultraviyole ışınlarına aşırı duyarlılık ve erken yaşta kutanöz malignite gelişimi ile karakterize nadir bir genodermatozdur. Bu çalışmada XP hastalarının klinik özelliklerinin, malignite yüklerinin, oftalmolojik tutulumlarının ve inflamatuvar belirteçlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu kesitsel, tek merkezli çalışmaya Ocak 2015-Mart 2026 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Dermatoonkoloji Polikliniği'nde takip edilen 13 XP hastası dahil edildi. Demografik özellikler, klinik bulgular, histopatolojik olarak doğrulanmış maligniteler, oftalmolojik tutulumlar ve laboratuvar parametreleri değerlendirildi. Rutin biyokimya ve tam kan sayımı bulguları, Serum Amiloid A (SAA), C-reaktif protein (CRP), sedimantasyon, immünglobulin düzeyleri, Vitamin D ve tam kan sayımı parametrelerinden hesaplanan nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR) ve sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) analiz edildi.

Bulgular: Hastaların 7'si (%53,8) erkek, 6'sı (%46,2) kadın olup medyan yaş 23 (6–53) yıl idi. Hastalarda şiddetli lentigo %61,5, aktinik keratoz %61,5 ve aktinik keilit %53,8 oranında saptandı. Oftalmolojik bulgular arasında fotofobi %76,9, göz kuruluğu %84,6, keratit %23,1 ve göz malignitesi %23,1 oranında bulundu. Medyan CRP düzeyi 1,23 (0,33–4,03) mg/L, SAA düzeyi 4,43 (1,80–9,46) mg/L ve sedimantasyon değeri 4 (2–6) mm/saat olarak hesaplandı. Medyan NLR, PLR, MLR ve SII değerleri sırasıyla 1,68 (1,22–2,23), 144,72 (127,38–153,76), 0,23 (0,20–0,29) ve 465,40 (347,51–682,39) olarak hesaplandı. Vitamin D ölçümü bulunan hastaların %70'inde eksiklik, %10'unda yetersizlik saptandı. Hastalarda histopatolojik olarak doğrulanmış toplam 264 kutanöz malignite saptandı. Bunların 194'ü bazal hücreli karsinom, 29'u skuamöz hücreli karsinom ve 35'i melanom/melanom in situ ve 6'sı kutanöz anjiosarkom idi. Histopatolojik olarak saptanan toplam 223 non-melanom deri kanserine bakıldığında hastaların %84,6'sında bazal hücreli karsinom, %46,2'sinde skuamöz hücreli karsinom öyküsü mevcuttu. Hastaların %46,2'sinde melanom, %15,4'ünde metastatik melanom öyküsü saptandı. Melanom öyküsü bulunan hastalarda IgA düzeyi (medyan 3.01 g/L, 1.25 g/L; p=0.008), IgG düzeyi (medyan 13.07 g/L, 10.61 g/L; p=0.014), globulin düzeyi (medyan 29.05 g/L, 26.50 g/L; p=0.022), kreatinin düzeyi (medyan 0.70 mg/dL, 0.49 mg/dL; p=0.005) ve GGT düzeyi (medyan 17 U/L, 9 U/L; p=0.045) anlamlı olarak daha yüksekti. Hemoglobin düzeyi melanom öyküsü bulunan grupta daha yüksek olmasına karşın istatistiksel anlamlılık sınırına ulaşmadı (medyan

14.7 g/dL, 12.8 g/dL; p=0.051). Melanom öyküsü bulunan hastalarda SAA düzeyleri melanom öyküsü olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksekti [9,51 (8,49–11,54) mg/L'ye karşı 1,80 (1,80–3,83) mg/L; p=0,023]. SAA yüksekliği kategorik olarak değerlendirildiğinde, melanom öyküsü bulunan hastaların %83,3'ünde (5/6) SAA yüksekliği saptanırken, melanom öyküsü olmayan hastaların hiçbirinde yüksek SAA düzeyi izlenmedi (%0, 0/7). SAA yüksekliği ile melanom öyküsü arasında anlamlı ilişki bulundu (Fisher exact test, p=0,005). CRP, çinko, sedimantasyon, folik asit, vitamin B12, albümin, IgE, IgM, üre, MPV, trombosit, ALT, AST, monosit, eozinofil, lenfosit ve nötrofil düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (tüm $p > 0.05$).

Tartışma ve Sonuç: XP hastalarında yüksek malignite yükü ve sık göz tutulumu saptanmıştır. D vitamini eksikliği/yetersizliği yaygın olup, melanom öyküsü bulunan hastalarda SAA düzeylerinin anlamlı olarak yüksek bulunması, inflamatuvar süreçlerin malignite gelişimindeki potansiyel rolünü düşündürmektedir. Çalışma sonucundaki bulgularımız, Serum Amiloid A'nın XP hastalarında malignite ile ilişkili inflamatuvar süreçlerin değerlendirilmesinde potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, XP hastalarında klinik malignite yükü, oftalmolojik tutulum ve inflamatuvar belirteçleri birlikte değerlendiren sınırlı sayıdaki çalışmalardan biridir.

Anahtar Kelimeler: Kseroderma Pigmentozum, Serum Amiloid A, Malign Melanom

Yayın No: SS-085
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoskopi

LPLK'de Dermoskopik Özelliklerin Fenotipe Göre Karşılaştırılması

Esin Kaplan[1], Esma İnan Yüksel[3], Ayliz Akbulut[1], Vildan Manav[1], Cem Leblebici[2], Ayşe Esra Koku Aksu[1]

[1]İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,İstanbul
[2]İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi,Patoloji Ana Bilim Dalı,İstanbul
[3]Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Kayseri

Giriş ve Amaç: Liken planus benzeri keratoz (LPLK), sıklıkla solar lentigo veya seboreik keratoz zemininde gelişen, benign fakat klinik ve dermoskopik olarak lentigo maligna ile karışabilen bir tablodur. LPLK lezyonları düz ve papillomatöz özellik gösterebilir. Düz lezyonlara ait dermoskopik bulgular tanımlanmış olmakla birlikte, papillomatöz lezyonlara ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, histopatolojik olarak doğrulanmış LPLK olgularının düz ve papillomatöz fenotiplerinin dermoskopik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, 2015-2025 yılları arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiş olup,histopatolojik olarak doğrulanmış LPLK tanısı alan 64 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Lezyonlar klinik görünümlerine göre düz ve papillomatöz olarak iki gruba ayrıldı. Dermoskopik olara k gri nokta,psödoağ yapısı, milia benzeri kistler, papillomatöz yüzey, pembe arka plan, damar yapısı, simetri, mavi-gri peçe, polimorf damarlar, baskın damar yapısı, krut/ülser varlığı, beyaz yapısız alan parametreleri analiz edildi.İstatistiksel değerlendirme için Ki-kare testi, Fisher'ın kesin testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Erkek/kadın oranı 1:1,16 olup(Kadın: %53.1, Erkek: %46.9), tanı konulduğunda ortalama yaş 60,3 idi. En sık etkilenen bölge yüzdü (44 olgu, %67,7); bunu gövde (% 15,4),ekstremite (% 15,4),boyun (%1,5), izledi.Ortalama lezyon süresi 4,9 yıl (dağılım : 1—15 yıl) idi.Düz fenotipte (n=37) gri nokta sıklığı %89,1 iken, papillomatöz tipte (n=27) bu oran %51,9 idi ($p < 0,01$}. Düz fenotipte psödoağ yapısı %43,2 iken, papillomatöz tipte % 11,1 olarak saptandı (p=0,01).Papillomatöz lezyonlarda polimorfik damar yapısı (%29,6), düz lezyonlara (%8,1) göre daha sıktı ($p < 0,05$).1 yıl ve daha kısa süreli lezyonlarda yapısız beyaz alan görülme oranı %6,7 iken, 1 yıldan uzun süreli lezyonlarda bu oran %35,3 idi ($p < 0,01$). Klinik tip ile yapısız beyaz alan varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Liken planus benzeri keratoz lezyonlarında fenotipik farklılıklar dermoskopik özelliklere yansıma ktadır. Düz tipte gri nokta sıklığı belirgin şekilde yüksekken, papillomatöz tipte vasküler yapılar daha baskındır. Lezyon süresi arttıkça yapısız beyaz alan görüIme oranı da artma kta, bu durum fibrozis ile ilişkili olabilir. Bu çalışma, LPLK'nin fenotipik varyasyonlarına göre dermoskopik özelliklerinin değişebileceğini göstererek literatüre önemli bir katkı sağlama ktadır.

Anahtar Kelimeler: Liken Planus Benzeri Keratoz, Likenoid keratoz, Dermoskopi

Yayın No: SS-086
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Psoriazis Vulgariste Sistemik Tedavi Yanıtının Dermoskopik İzlemi: Çok Merkezli Prospektif Çalışma

Tubanur Çetinarslan[1], Göksu Dalgıç Demirtaş[1], Aylin Türel Ermertcan[1], Ece Gökyayla[2], Arzu Kılıç[3], Özge Sevil Karstarlı Bakay[4], Neslihan Demirel Öğüt[5], Pelin Hızlı[3], Pınar Dursun[6], Ayça Cordan Yazıcı[6], Ümit Türsen[6], Abdullah Fatih Açık[6], Melih Akyol[7], Mustafa Turhan Şahin[1], Beyhan Cengiz Özyurt[8], Emel Bülbül Başkan[9]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Balıkesir Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
[4]Pamukkale Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye
[5]Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Uşak, Türkiye
[6]Mersin Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye
[7]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye
[8]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye
[9]Özel Dermatoloji Kliniği, Bursa

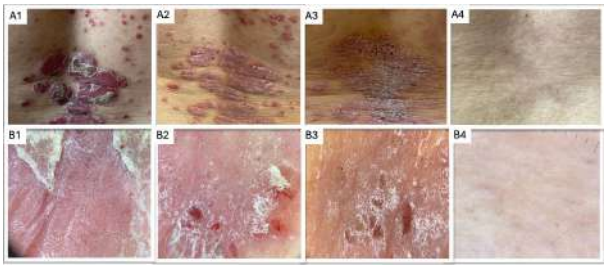
Giriş ve Amaç: Psoriazis vulgaris, kronik inflamatuvar, alevlenme ve remisyonlarla seyreden eritemli-skuamlı plaklarla karakterize bir deri hastalığıdır. Dermoskopide eritemli zemin üzerinde düzenli dağılımlı noktasal/glomerüler damarlar ve beyaz skuam tipik bulgulardır. Sistemik tedaviyle klinik iyileşme sağlansa da dermoskopik bulguların tedavi sürecindeki zamansal değişimi ve klinik yanıtla ilişkisi yeterince tanımlanmamıştır. Bu çalışmada sistemik tedavi başlanan psoriazis vulgaris hastalarında dermoskopik bulguların zaman içindeki değişimini, tedavi gruplarına göre farklılıklarını ve ikinci haftadaki dermoskopik değişimin klinik yanıtla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çok merkezli prospektif çalışmaya konvansiyonel veya biyolojik sistemik tedavi başlanması planlanan 92 erişkin hasta ve bu hastalara ait 114 lezyon dahil edildi. Dermoskopik değerlendirme başlangıçta, 2. haftada, 1. ayda ve 3. ayda yapıldı. Zemin aktivitesi ve skuam yoğunluğu 0–3 arasında skorlandı; yüksek skor sırasıyla daha aktif zemin veya daha yoğun skuamı ifade etti. Dermoskopik bulgular ile PASI skorları zaman içinde ve tedavi grupları arasında karşılaştırıldı; başlangıç–ikinci hafta dermoskopik değişimin üçüncü ay klinik yanıtla ilişkisi değerlendirildi. Anti-TNF grubu, hasta sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmalı analizlerin dışında bırakıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 44,2±12,9 yıl olup %58,7'si erkekti. Medyan PASI değeri başlangıçta 8,6, üçüncü ayda 0,8 idi. Üçüncü ayda PASI75 ve PASI90 yanıtları sırasıyla %74,2 ve %52,8 oranında elde edildi. PASI75 yanıtı konvansiyonel, IL-17 inhibitörü ve IL-23 inhibitörü gruplarında sırasıyla %50,0, %93,3 ve %95,2 ($p < 0,001$), PASI90 yanıtı ise %30,6, %63,3 ve %81,0 idi ($p=0,001$). Zemin aktivitesi ve skuam yoğunluğu skorları izlem boyunca anlamlı azaldı (her ikisi için $p < 0,001$). Üçüncü ayda skuam yoğunluğu skoru gruplar arasında farklıydı ($p=0,024$). IL-17 inhibitörü grubunda konvansiyonel tedaviye göre daha düşük skuam skorları izlendi ($p=0,014$); IL-23 inhibitörü grubunda ise konvansiyonel tedavi ve IL-17 inhibitörü grubuna göre anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,059$ ve $p=0,823$). Glomerüler damar paterninin sıklığı azalırken vasküler yapı saptanmayan patern arttı (her ikisi için $p < 0,001$). Üçüncü ayda vasküler yapı saptanmayan patern oranı konvansiyonel, IL-17 ve IL-23 inhibitörü gruplarında sırasıyla %24,3, %65,6 ve %66,7 idi ($p < 0,001$). Hemorajik noktalanma izlem boyunca azaldı ($p < 0,001$). Başlangıçta hemorajik noktalanma izlenmeyen 6 lezyonda ikinci haftada geçici hemorajik noktalanma gelişti; bu bulgu izlemde kayboldu ve gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi ($p=0,105$). Hiperpigmentasyon takipte arttı ($p=0,003$), ancak postinflamatuvar/rezidüel karakterde olabileceğinden primer tedavi yanıt göstergesi olarak yorumlanmadı. İkinci haftada zemin aktivitesi daha düşük olan lezyonlarda üçüncü ay PASI75 ve PASI90 yanıtları daha sıktı (sırasıyla $p=0,002$ ve $p=0,004$). Ancak başlangıç–ikinci hafta

zemin aktivite skor değişimine dayalı modelin ayırt edici gücü sınırlıydı (AUC=0,62); bu bulgu tek başına klinik yanıtı öngörmek için yeterli değildi.

Sistemik tedavi sürecinde klinik ve dermoskopik bulguların değişimi



Aynı psoriazis plağının başlangıç (A1-B1), 2. hafta (A2-B2), 1. ay (A3-B3) ve 3. ay (A4-B4) klinik ve dermoskopik görüntüleri. Tedaviyle eritem, infiltrasyon, skuam yoğunluğu ve zemin aktivitesinde gerileme; ikinci haftada geçici hemorajik noktalanma ve üçüncü ayda skuam ve vasküler yapıların belirginliğinde azalma izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Sistemik tedavi alan psoriazis vulgaris hastalarında dermoskopik bulgular klinik yanıtla paralel değişmektedir. Skuam yoğunluğundaki azalma ve üçüncü ayda vasküler yapı saptanmayan paternin daha sık görülmesi, tedavi yanıtının dermoskopik karşılıkları olarak öne çıkmıştır. Bu iki bulgu tedavi grupları arasında anlamlı farklılık göstermiş; skuam farkı özellikle IL-17 inhibitörü grubunda, vasküler yapı saptanmayan patern ise IL-17 ve IL-23 inhibitörü gruplarında daha yüksek oranlarda izlenmiştir. Dermoskopi, psoriazis vulgariste tedavi yanıtının izleminde non-invaziv, tekrarlanabilir ve klinik değerlendirmeyi tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılabilir. Ayrıca dermoskopik değişikliklerin klinik iyileşmeyle uyumlu seyretmesi, yöntemin objektif izlemdeki potansiyel katkısını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Dermoskopi, Psoriazis vulgaris, Biyolojik tedavi

Yayın No: SS-087
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

OSAS Hastalarında Tırnak Kıvrımı Kapilleroskopik Bulgularının Değerlendirilmesi

Saliha Gökçe Albayrak[1], Zeynep Karaca Ural[1], Alperen Aksakal[1]

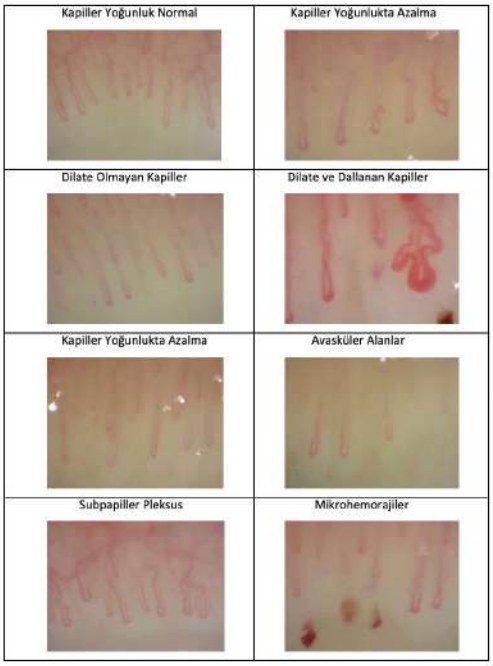
[1]Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: OSAS(Obstrüktif Uyku Apne Sendromu) çeşitli komorbiditelerle ilişkili, tüm çaplardaki damarlarda etkilenmeye sebep olan bir hastalıktır. Kapilleroskopi proksimal tırnak kıvrımında yer alan mikrosirkülasyonun görünür hale gelmesinde kullanılan non invazif, ucuz ve basit bir yöntemdir. Bu çalışmada yaş, cinsiyet, hipertansiyon, sigara kullanımı, OSAS süresi, AHI(Apne/Hipopne İndeksi) şiddeti ve minimum oksijen satürasyonu parametreleri ilişkili kapilleroskopik bulguların OSAS hastaları ile kontrol grubunda karşılaştırılması amaçlandı.

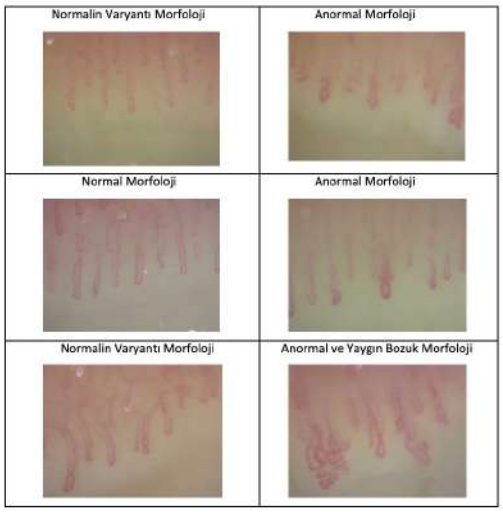
Yöntem: Eylül 2025 ile Ocak 2026 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve uyku apnesi tanısı olan veya yeni tanı almış hastaların dahil edildiği kesitsel, gözlemsel bir klinik çalışmadır. Çalışmaya 44 OSAS hastası ve 44 benzer özellikteki kontrol grubu hastaları katılmıştır ve tüm katılımcılara Pittsburgh uyku anketi uygulanmıştır. Planlanan hasta sayısına ulaşıldığında elde edilen görüntüler, katılımcıların klinik verilerine kör olan alanında deneyimli iki dermatolog tarafından bağımsız olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen OSAS hastalarının ve kontrol grubunun 29'u erkek(%65,91), 15'(%34,09)i kadındı. OSAS hastalarında en sık izlenen kapilleroskopik bulgular kılcal genişlik artışı%86,36 (n=38) ve bozulmuş kapiller morfolojiydi %86,36 (n=38). OSAS hastaları ile kontrol grubunun kapilleroskopik bulgularının karşılaştırılmasında kapiller yoğunlukta azalma, kapiller genişleme, dallanan damarlar, avasküler alanlar, bozulmuş morfoloji, yaygın bozuk morfoloji OSAS hastalarında daha sık izlendi. Mikrohemoraji varlığı ve subpapiller pleksus görünürlüğü açısından iki grup arasında istatistiksel fark elde edilemedi. OSAS şiddeti ile kapiller morfolojide bozulmanın arttığı tespit edildi.

Değerlendirilen Kapilleroskopik Yapıların Temsili Fotoğrafları



Değerlendirilen Kapilleroskopik Yapıların Temsili Fotoğrafları



OSAS Hastaları ve Kontrol Grubunda Değerlendirilen Tüm Parametrelerin İstatistiksel Analizi

	OSAS	KONTROL	P
CİNSİYET	ERKEK = 29	ERKEK =29	p =1,000

	KADIN 15	KADIN =15	
EK HASTALIK	VAR =15	VAR = 15	p =1,000
	YOK = 29	YOK = 29	
SİGARA	VAR = 13	VAR =12	p= 0,813
	YOK = 31	YOK = 32	
KAPİLLER YOĞUNLUK	NORMAL =29	NORMAL =39	p= 0,011
	AZALMIŞ = 15	AZALMIŞ =5	
KAPİLLER GENİŞLİK	NORMAL = 6	NORMAL= 15	p= 0,024
	ARTMIŞ = 38	ARTMIŞ =29	
AVASKÜLER ALANLAR	VAR = 15	VAR = 1	**p<0,001**
	YOK = 29	YOK = 43	
SUBKAPİLLER PLEKSUS	VAR = 6	VAR = 8	p= 0,592
	YOK = 37	YOK = 36	
MİKROHEMORAJİ	VAR = 8	VAR = 7	p=0,777
	YOK = 36	YOK = 37	
KAPİLLER MORFOLOJİ	NORMAL = 6	NORMAL =24	**p<0,001**
	BOZUK = 38	BOZUK = 20	
YAYGIN BOZUK MORFOLOJİ	VAR = 15	VAR = 0	**p<0,001**
	YOK 29	YOK = 44	
KAPİLLEROSKOPİK SKOR	HAFİF = 26	HAFİF = 43	**p<0,001**
	ŞİDDETLİ = 18	ŞİDDETLİ = 1	
DALLANAN	VAR = 36	VAR = 17	**p<0,001**

DAMAR	YOK = 8	YOK = 27	
AHI ŞİDDETİ	HAFİF = 13	-	-
	ORTA = 11		
	ŞİDDETLİ = 20		
OSAS SÜRESİ	0-6 AY = 31	-	-
	6-12 AY = 4		
	12 AY ÜSTÜ = 9		
PİTTSBURGH ANKETİ	NORMAL = 13	NORMAL =23	p = 0,030
	BOZULMUŞ = 31	BOZULMUŞ = 21	

Tartışma ve Sonuç: Bulgular OSAS süresi ile, yaş, cinsiyet ve sigara kullanımı ile kapilleroskopik bulguların etkilenmediğini göstermektedir. Sonuç olarak OSAS hastalarında meydana gelen kapilleroskopik bulguların kontrol grubuna kıyasla daha sık gözlendiği ve bu değişikliğin yaş, cinsiyet, OSAS süresi, minimum oksijen satürasyonu ve Hipertansiyon varlığından ziyade OSAS şiddeti ile ilişkili olabileceği, uyku bozukluğu olanlarda çeşitli kapilleroskopik bulguların izlenebileceği belirlenmiş

Anahtar Kelimeler: OSAS, Kapilleroskopi, mikrosirkülasyon

Yayın No: SS-088
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Otoimmün Büllöz Hastalıklarda İlk Tanıda Serum Albümin Düzeyi ile Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Abdullah Yılmaz[1], Ece Tabaş[2], Ceyda Tetik Aydoğdu[1], Soner Uzun[2], Aslan Yürekli[3], Suzan Demir Pektaş[1]

[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD

Giriş ve Amaç: Serum albümini, kanın osmotik basıncından sorumlu primer protein olup düşük düzeyleri myastenia gravis gibi çeşitli otoimmün hastalıklarda şiddet ve prognozla ilişkilendirilmiştir. Ancak otoimmün büllöz hastalıklardaki klinik önemi yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada pemfigus vulgaris (PV) ve büllöz pemfigoid (BP) hastalarında ilk tanı anında serum albümin düzeyi ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yürütülen iki merkezli prospektif kohort çalışmasına klinik, histopatolojik ve direkt immünofloresan (DİF) bulgularıyla PV veya BP tanısı alan 70 hasta (36 BP, 34 PV) dahil edildi. Tedavi öncesinde serum albümin düzeyi ölçüldü; şiddet PV'de Pemfigus Hastalığı Alan İndeksi (PDAI), BP'de Otoimmün Büllü Hastalıklar Tutulum Şiddeti Skoru (ABSIS) ile belirlendi. Farklı şiddet skorları kullanıldığından birleşik analizlerde hastalık şiddet skorları hastalık-içi standardize edildi (z-skoru). Şiddet, birincil (PDAI≥15/ABSIS≥17) ve ikincil-yaygın (PDAI≥45/ABSIS≥53) eşiklerle ikili değişkene dönüştürüldü. Hipoalbüminemi (< 35 g/L) tanımlandı. Serum albüminin şiddetli hastalığı öngörmedeki performansı duyarlılık, özgüllük ve ROC-AUC analiziyle değerlendirildi.

Bulgular: BP hastaları PV'den anlamlı olarak daha yaşlıydı (72,1±11,0 vs 53,1±15,0 yıl; p < 0,001); serum albümin düzeyi gruplar arasında farklılık göstermedi (p=0,36). Hipoalbüminemik hastalarda şiddet skoru, normoalbüminemik hastalara göre belirgin yüksekti: BP'de medyan ABSIS 118,0 vs 42,8 (p < 0,001), tüm kohortta standardize skor anlamlı yüksekti (p < 0,001). PV'de aynı yönde bir eğilim gözlendi ancak anlamlılığa ulaşmadı (medyan PDAI 28,0 vs 19,0; p=0,19), hipoalbüminemik PV hastası sayısının azlığıyla (n=3) uyumluydu. Birincil (daha düşük) şiddet eşiğine göre hipoalbüminemi ile hastalık şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmadı, çünkü hastaların büyük çoğunluğu bu eşiği zaten aşmaktaydı ve eşik ayırt edici olmadı; buna karşılık ikincil-yaygın eşiğe göre hipoalbüminemi ile yaygın hastalık ilişkisi tüm kohortta anlamlıydı (p=0,018). Hipoalbüminemi şiddetli hastalık için yüksek özgüllük (%93,9) fakat düşük duyarlılık (%28,6) gösterdi. Serum albümin düzeyinin şiddetli hastalığı ayırt edici gücü orta düzeydeydi (AUC=0,667) ve bu performans BP grubunda daha yüksekti (AUC=0,712).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, ilk tanı anındaki düşük serum albümin düzeyinin özellikle büllöz pemfigoid hastalarında artmış hastalık şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Pemfigus vulgaris grubunda benzer yönde bir eğilim izlenmesine rağmen hipoalbüminemik hasta sayısının azlığı nedeniyle istatistiksel anlamlılığa ulaşılamamıştır. Serum albümini, yüksek özgüllüğü ve rutin klinik uygulamada kolaylıkla elde edilebilmesi nedeniyle otoimmün büllöz hastalıklarda başlangıç hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde ve risk sınıflandırılmasında yardımcı bir biyobelirteç olarak kullanılabilir. Bulgularımızın daha geniş örneklemli ve çok merkezli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.Not: Bu çalışma, Türk Dermatoloji Derneği Bilimsel Araştırma Projesi Destek Bursu ile desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Büllöz pemfigoid, Pemfigus vulgaris, Serum albümin

Yayın No: SS-089
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Psoriasis Tırnak Tutulumunda IL-17 Ve IL-23 İnhibitörlerinin Etkinliği ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri

Reşat Güneş[1]

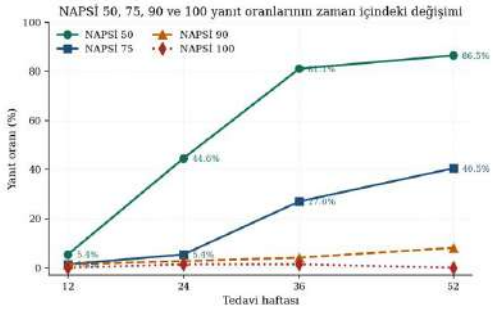
[1]Şişli Hamidiye Etfal EAH

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada; konvansiyonel ve birçok tedavi yöntemlerine direnç gösteren tırnak psoriasisinde, yeni nesil İL-17 inhibitörleri (Bimekizumab, İksekizumab, Sekukinumab) ve İL-23 inhibitörlerinin (Guselkumab, Risankizumab) klinik etkinliği ile bu tedavilerin hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini prospektif olarak karşılaştırmayı amaçladık. Böylece, tedavilere verilen klinik yanıtlara bağlı olarak PASİ, NAPSİ ve DYKİ skorlarındaki zamansal değişimlerin ve parametreler arasındaki karşılıklı ilişkilerin net bir şekilde ortaya konması hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışma prospektif gözlemsel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. etik kurul tarafından 11/03/2025 tarihli ve 2933 sayılı kararıyla onaylanmıştır. Çalışmaya mart 2025-mayıs 2026 tarihlari S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi psoriasis Polikliniği'nde takip edilen, en az bir tırnak psoriasisi bulgusu olan ve konvansiyonel tedavi öyküsü bulunan 18 yaş üzeri toplam 74 hasta dahil edildi. Hastalar sitokin yolaklarına göre IL-17 inhibitör grubu (n=47) ve IL-23 inhibitör grubu (n=27) olarak iki sınıfa ayrıldı; ayrıca beş ajan bazında da ayrı analizler yapıldı. Hastaların 0, 12, 24, 36 ve 52. haftalardaki takipleri PASİ, NAPSİ ve DYKİ skorları kullanılarak prospektif olarak değerlendirildi. Çalışma 36. haftaya kadar 74 hastayı içerirken, veri kesim tarihi itibarıyla toplam 37 hasta 52 haftalık izlemini tamamlamıştır.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 38 yıl, medyan hastalık süresi 14 yıl, en sık psoriasis tırnak bulgusu onikoliz ve pitting olarak olarak saptandı. Deri bulgularının gerilemesinde (PASİ 90 ve PASİ 100) IL-17 ve IL-23 sınıfları arasında hiçbir zaman noktasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (tüm p > 0,05); her iki sınıf da 12. haftada deride güçlü bir temizlenme başarısı sergiledi. Buna karşın tırnak iyileşme hızını gösteren NAPSİ medyan yüzde azalma analizinde; IL-17 grubu hem 24. haftada (%52,9 vs %43,5; p=0,031) hem de 36. haftada (%69,8 vs %59,1; p=0,009) IL-23 grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek yanıtlar gösterdi. 24. haftada NAPSİ 50 yanıt oranı IL-17 grubunda %57,4, IL-23 grubunda %22,2 (p=0,004); 36. haftada NAPSİ 75 yanıt oranı ise IL-17 grubunda %38,3, IL-23 grubunda %7,4 (p=0,006) olarak anlamlı düzeyde IL-17 lehine bulundu. 52. haftaya gelindiğinde iki sınıfın tırnak etkinlik eğrileri yakınsadı ve aralarındaki fark anlamlılığını kaybetti (p=0,130). Beş biyolojik ajanlar arasında bimekizumab, tırnak lezyonlarında sergilediği erken ve kararlı NAPSİ 50 (%92,6) ve NAPSİ 75 (%44,4) başarı oranlarıyla ön plana çıktı. Hasta-içi analizlerde el tırnaklarındaki iyileşmenin ayak tırnaklarına göre belirgin derecede daha hızlı seyrettiği saptandı (p < 0,001). Hastaların başlangıçta 10,5 olan medyan DYKİ skorları, tedavinin ilk 12 haftasında hızla 3,0'a düşerek kalıcı bir plato çizdi. Korelasyon analizlerinde PASİ ile DYKİ arasında zayıf düzeyde anlamlı bir korelasyon (ρ=0,234; p=0,044) tespit edilirken, NAPSİ ile PASİ ve NAPSİ ile DYKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

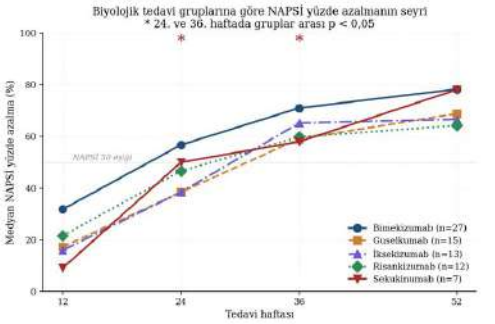
NAPSİ



Şekil 16. NAPSİ 50, 75, 90 ve 100 yanıt oranlarının zaman içindeki değişimi.

NAPSİ 50, 75, 90 ve 100 yanıt oranlarının zaman içindeki değişimi.

Biyolojik tedavi gruplarına göre NAPSİ medyan yüzde azalmanın haftalara göre seyri



Şekil 8. Biyolojik tedavi gruplarına göre NAPSİ medyan yüzde azalmanın haftalara göre seyri.
***Kruskal-Wallis p < 0,05.**

Beş biyolojik tedavi grubunda yanıt oranları karşılaştırıldığında, 12. haftada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,064). Buna karşın 24. hafta (p=0,006) ve 36. haftada (p=0,010) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. 52. haftada ise gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p=0,208). Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda, bimekizumab grubunda NAPSİ yüzde azalmasının guselkumab grubuna göre 24. haftada (%56,8 vs %38,5; p=0,002) ve 36. haftada (%71,0 vs %59,1; p=0,001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (Bonferroni düzeltmesi sonrası düzeltmeli eşik p<0.005 tir. Diğer karşılaştırmalarda anlamlı farklılık izlenmedi (p>0,005).

Çalışma popülasyonunda tırnak bulgularının frekans dağılımı.

Özellik	n	%
TIRNAK BULGULARI		
Tırnak yatağı bulgusu (en az bir)	74	100,0
Tırnak matriks bulgusu (en az bir)	60	81,1
Onikoliz	60	81,1
Pitting	56	75,7
Hiperkeratoz	40	54,1
Splinter hemoraji	15	20,3
Yağ damlası	11	14,9
Ufalanma	3	4,1
Lökonişi	2	2,7
Lunulada kırmızı nokta	0	0,0

Tırnak değişiklikleri ise; 74 hastanın tamamında (%100) en az bir tırnak yatağı bulgusu, 60 hastada (%81,1) ise en az bir tırnak matriks bulgusu mevcuttu. Tek tek değerlendirildiğinde en sık saptanan bulgular onikoliz (%81,1), pitting (%75,7) ve hiperkeratoz (%54,1) idi. Splinter hemoraji 15 (%20,3), yağ damlası 11 (%14,9) hastada izlendi. Çalışma popülasyonunda hiçbir hastada lunulada kırmızı nokta bulgusu saptanmadı

IL-17 ve IL-23 gruplarının bazal demografik ve klinik özellikleri.

Değişken	IL-17 (n=47)	IL-23 (n=27)	p
Bazal NAPSİ (medyan)	48,0 (38,0–67,5)	36,0 (26,5–57,0)	0,099
Bazal PASİ (medyan)	7,2 (4,5–14,2)	6,6 (5,0–9,6)	0,390
Biyolojik naif n (%)	34 (72,3%)	21 (77,8%)	0,790

Cinsiyet (E/K)	28/19	16/11	-
Yaş (yıl, medyan)	42,0 (28,5–53,0)	33,0 (29,0–46,0)	0,109
Hastalık süresi (yıl, medyan)	14,0 (10,0–22,0)	14,5 (10,0–22,0)	0,946

Tablo 15'te görüldüğü üzere, iki sınıf arasında yaş, hastalık süresi, cinsiyet dağılımı, biyolojik tedavi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı . Bu durum, sonraki karşılaştırmaların kıyaslanabilir koşullar altında yapıldığını teyit etmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Biyolojik tedaviler hem deri lezyonlarında (PASİ) hem de yaşam kalitesinde (DYKİ) ilk 12 haftada dramatik ve eşdeğer bir iyileşme sağlamaktadır. Ancak tırnak psoriasisinde iyileşme süreci deriye göre daha geç başlamakta ve tam yanıt için 52 haftayı aşan takiplere ihtiyaç duyulmaktadır. Şiddetli ve dirençli tırnak tutulumunun ön planda olduğu, hızlı klinik yanıt beklenen vakalarda, IL-17 inhibitörlerinin öncelikli terapötik strateji olarak tedavi algoritmasında yer alması doğru bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: NAPSİ, Tırnak Psoriasis, Biyolojik Tedaviler

Yayın No: SS-090
Bildiri Grubu: Genel / Tırnak hastalıkları

Psoriatik Tırnak ve Onikomikoz Tırnak Bulgularının Klinik ve Dermoskopik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Beril Yel Aydınoğlu[1], Kübra Çiçek[1], Sibel Doğan Günaydın[1], Sevtap Arıkan Akdağlı[2], Hanife Avcı[3]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

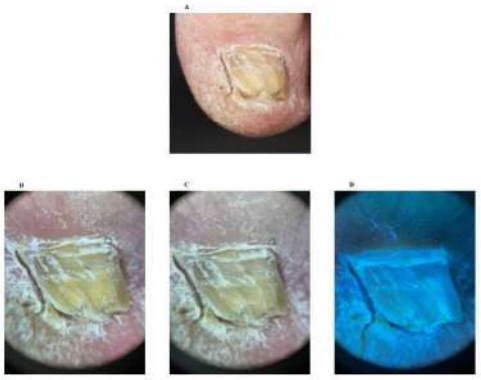
Giriş ve Amaç: Dermoskopi, psoriatik tırnak tutulumu ve onikomikozun değerlendirilmesinde tanısal doğruluğu artıran, invaziv olmayan bir görüntüleme yöntemidir. Polarize olmayan, polarize ve ultraviyole (UV) dermoskopi modlarının bu konuda tanısal performansını karşılaştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, psoriatik tırnak tutulumu ve onikomikozda üç dermoskopi modunun tanısal farklılıklarının karşılaştırılması ve onikomikoz olgularında dermoskopik bulgular ile UV floresansın mikolojik tanı gruplarıyla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif gözlemsel olarak yürütülen çalışmaya psoriatik tırnak tutulumlu 29 hastaya ait 290 tırnak incelemesi ve onikomikoz tanısı KOH inceleme ve/veya mantar kültür incelemesi ile kesinleştirilen 60 hastaya ait 600 tırnak incelemesi dahil edildi. Tüm tırnaklar non-polarize, polarize ve UV dermoskopi modlarında değerlendirildi. Psoriazis grubunda lunulada kırmızı nokta, lökonişi, onikoliz, pitting, splinter hemoraji, subungual hiperkeratoz, ufalanma ve yağ lekesi; onikomikoz grubunda ise aurora borealis paterni, diskromi, longitudinal çizgiler ve subungual hiperkeratoz gözlendi. Onikomikoz grubunda dermoskopik bulgular ve UV floresans; küf üremesi, maya üremesi ve direkt KOH pozitif/kültür negatif grupları arasında karşılaştırıldı. Aynı hastaya ait çoklu tırnak değerlendirmelerinin analizinde binom dağılımlı genelleştirilmiş tahmin denklemleri (GEE) kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Benjamini–Hochberg yanlış keşif oranı (FDR), ikili karşılaştırmalarda ise Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

Bulgular: Psoriazis grubunda en sık saptanan bulgular pitting (N=148, %51,0), splinter hemoraji (N= 97, %33,4), lökonişi (N=72, %24,8) ve onikolizdi (N=57, %19,7). Kırmızı nokta (FDR p=0,009), onikoliz (FDR p=0,040), pitting (FDR p < 0,001), splinter hemoraji (FDR p=0,028) ve yağ lekesi (FDR p < 0,001) açısından anlamlı farklılık saptandı. Bonferroni analizinde pitting non-polarize dermoskopide polarizeye göre 9,09 kat (p < 0,001), UV'ye göre ise 6,12 kat (p < 0,001) daha sık saptandı. Kırmızı nokta non-polarize ve polarize dermoskopide UV'ye göre sırasıyla 3,60 kat (p=0,002) ve 4,15 kat (p=0,003), splinter hemoraji ise 1,26 kat (p=0,021) ve 1,32 kat (p=0,012) daha sık izlendi. Buna karşılık onikoliz (OR=1,10; p=0,021) ve yağ lekesi (OR=2,45; p < 0,001) yalnızca polarize dermoskopide daha yüksek oranda saptandı. Onikomikoz grubunda en sık saptanan bulgular diskromi (N=281, %46,8), longitudinal çizgiler (N=217, %36,2) ve subungual hiperkeratozdu (N=207, %34,5). Diskromi açısından görüntüleme

modları arasında anlamlı farklılık bulundu (FDR p=0,013). Bonferroni analizinde diskromi non-polarize ve polarize dermoskopide UV dermoskopiye göre sırasıyla 1,22 kat (p=0,013) ve 1,23 kat (p=0,006) daha sık saptandı. Dermoskopik bulgular ve UV floresans, mikolojik tanı grupları arasında farklılık göstermedi (tümü p > 0,05).

Şekil 1. Onikomikoz olgusunda klinik ve dermoskopik görüntüler



Şekil 1. Kültürle doğrulanmış Trichophyton rubrum tür kompleksi onikomikoz olgusunun sol ayak başparmak (A) klinik görünümü, (B) non-polarize dermoskopide diskromi, longitudinal çizgiler, distal-lateral onikoliz ve subungual hiperkeratoz, (C) polarize dermoskopide aynı bulguların görünümü, (D) UV dermoskopide distal-lateral tırnak plağında sarı floresans.

Tablo 1. Onikomikoz grubunda non-polarize, polarize ve ultraviyole (UV) dermoskopi modlarında dermoskopik bulguların genelleştirilmiş tahmin denklemleri (GEE) kullanılarak karşılaştırılması (60 hasta, 600 tırnak).

Dermoskopik bulgu	**Non-polarize**	**Polarize**	**UV**	**Wald (χ^2)**	**p**	**FDR (p)**
Auroa borealis	54 (%9)	55 (%9.2)	52 (%8.7)	2.99	0.224	0.225
Diskromi	279 (%46.5)	281 (%46.8)	250 (%41.7)	11.44	0.003	0.013
Longitudinal çizgiler	217 (%36.2)	212 (%35.3)	213 (%35.5)	5.37	0.068	0.137

Subungual hiperkeratoz	206 (%34.3)	207 (%34.5)	205 (%34.2)	3.16	0.206	0.225

GEE analizinde yalnızca diskromi açısından görüntüleme modları arasında anlamlı farklılık saptandı (FDR p=0,013). Aurora borealis, longitudinal çizgiler ve subungual hiperkeratoz açısından ise anlamlı farklılık bulunmadı (FDR p>0,05).

Tablo 2. Psoriazis grubunda non-polarize, polarize ve ultraviyole (UV) dermoskopi modlarında tırnak dermoskopik bulgularının genelleştirilmiş tahmin denklemleri (GEE) kullanılarak karşılaştırılması (29 hasta, 290 tırnak).

Dermoskopik Bulgu	**Non-polarize**	**Polarize**	**UV**	**Wald (χ^2)**	**p**	**FDR (p)**
Kırmızı nokta	30 (%10.3)	34 (%11.7)	9 (%3.1)	11.30	0.004	0.009
Lökonişi	55 (%19.0)	52 (%17.9)	67 (%23.1)	6.20	0.045	0.060
Onikoliz	54 (%18.6)	55 (%19.0)	51 (%17.6)	7.36	0.025	0.040
Pitting	137 (%47.2)	26 (%9.0)	37 (%12.8)	32.93	<0.001	<0.001
Splinter hemoraji	92 (%31.7)	95 (%32.8)	78 (%26.9)	8.52	0.014	0.028
Subungual hiperkeratoz	15 (%5.2)	15 (%5.2)	12 (%4.1)	2.58	0.275	0.314
Ufalanma	9 (%3.1)	8 (%2.8)	9 (%3.1)	1.44	0.488	0.488
Yağ lekesi	24 (%8.3)	32 (%11.0)	14 (%4.8)	45.14	<0.001	<0.001

GEE analizinde kırmızı nokta, onikoliz, pitting, splinter hemoraji ve yağ lekesi açısından görüntüleme modları arasında anlamlı farklılık saptanırken (FDR p<0,05), lökonişi, subungual hiperkeratoz ve ufalanma için anlamlı farklılık bulunmadı (FDR p>0,05). Pitting non-polarize dermoskopide (%47,2), kırmızı nokta ve splinter hemoraji ise UV dermoskopide daha düşük oranda saptanırken, yağ lekesi polarize dermoskopide en yüksek sıklıkta izlendi.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, tırnak dermoskopisinde görüntüleme modlarının tanısal etkinliğinin, değerlendirilen dermoskopik bulguya göre değiştiğini göstermektedir. Psoriatik tırnak tutulumunda non-polarize dermoskopi matriks kaynaklı bulguların, polarize dermoskopi

ise tırnak yatağı kaynaklı bulguların değerlendirilmesinde daha başarılı bulunmuştur. Onikomikozda ise yalnızca diskromi standart ışık modlarında UV dermoskopiye göre daha yüksek oranda saptanmış, diğer karakteristik dermoskopik bulgular görüntüleme modundan anlamlı düzeyde etkilenmemiştir. Dermoskopik bulgular ve UV floresansın mikolojik tanı gruplarıyla ilişkili bulunmaması, bu yöntemlerin fungal etken tipini ayırt etmedeki katkısının sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımız, tırnak hastalıklarının değerlendirilmesinde multimodal dermoskopik yaklaşımın tanısal değerini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Dermoskopi, Onikomikoz, Psoriazis

Yayın No: SS-091
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Oral Liken Planus Alt Tiplerinde Klinik, Demografik Özellikler ve Sistemik İmmün-İnflamatuar İndekslerin Karşılaştırılması

Ferdi Öztürk[1], Emine Büşra Ölmez[1], Ümmühan Şeker[1], Serkan Yazici[1], Kenan Aydoğan[1], Şaduman Balaban Adım[1], Hayriye Sarıcaoğlu[1]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Oral Liken Planus (OLP), oral mukozayı etkileyen, T-hücre aracılı kronik otoimmün ve inflamatuvar bir hastalıktır. Hemogram parametrelerinden hesaplanan Pan-İmmün İnflamatuvar Değer (PIV), Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi (SII) ve Sistemik İnflamasyon Yanıt İndeksi (SIRI) gibi indeksler, sistemik inflamasyonu pratik bir şekilde yansıtan biyobelirteçlerdir. Psoriasis ve hidradenitis suppurativa gibi kronik inflamatuvar hastalıklarda bu indekslerin hastalık şiddetiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir ancak liken planus hastalarındaki bulgular çelişkilidir. OLP'nin klinik alt tipleri ile söz konusu indeksler arasındaki ilişkiyi karşılaştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle bu araştırmada, non-eroziv ve eroziv OLP tanılı hastaların demografik verilerinin, rutin laboratuvar parametrelerinin ve sistemik immün-inflamatuvar indekslerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda 2020-2025 yılları arasında klinik ve histopatolojik olarak OLP tanısı doğrulanmış hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Dışlama kriterleri sonrası106 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar non-eroziv OLP (n=89) ve eroziv OLP (n=17) olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların tam kan sayımı sonuçlarından PIV, SIRI ve SII hesaplandı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t-Testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenlerde ise Ki-Kare veya Fisher'ın Kesin Testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren veriler ortalama ± standart sapma, normal dağılım göstermeyen veriler ise ortanca (25–75 persentil) olarak sunuldu. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 106 hastanın 89'u (%84,0) kadın, 17'si (%16,0) erkekti. Non-eroziv OLP grubunda kadın ve erkek hasta oranları sırasıyla %82,0 (n=73) ve %18,0 (n=16) iken, eroziv OLP grubunda bu oranlar sırasıyla %94,1 (n=16) ve %5,9 (n=1) olarak belirlendi. Eroziv OLP grubunun yaş ortalaması (64,47±13,52 yıl), non-eroziv OLP grubundan (56,26±14,01 yıl) anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,028). Tiroid fonksiyon testleri, lipid profili ile hemoglobin, lökosit, nötrofil, lenfosit, monosit ve trombosit değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$). HBsAg ve anti-HCV seropozitifliği bakımından da gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). Eroziv OLP grubunda PIV, SIRI ve SII'nin ortanca değerleri non-eroziv OLP grubuna göre daha yüksek olmakla birlikte, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (PIV: 239,97 [229–319,43] ve 198,15 [111,69–260,60], p=0,244; SIRI: 1,2 [0,95–1,58] ve 0,77 [0,62–1,06], p=0,115; SII: 443,14 [392,98–605,40] ve 315,86 [271,77–520,24], p=0,116).

Tartışma ve Sonuç: Eroziv OLP hastalarının non-eroziv OLP hastalarına göre daha ileri yaşta olduğu gösterilirken, rutin laboratuvar parametreleri ile PIV, SIRI ve SII açısından klinik alt tipler arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Literatürde liken planus hasta gruplarında hematolojik parametreler ve sistemik inflamasyon indekslerine ilişkin bulgular çelişkilidir; özellikle OLP olgularında sistemik inflamatuvar belirteçlerin klinik özelliklerle tutarlı ilişki göstermediği bildirilmektedir. Bulgularımız, OLP'nin lokalize T-hücre aracılı inflamatuvar yapısının sistemik hematolojik yanıta sınırlı yansıdığı görüşünü desteklemektedir. Çalışmamız, OLP'nin eroziv ve non-eroziv klinik alt tiplerinde PIV, SIRI ve SII'nin birlikte değerlendirildiği sınırlı sayıdaki çalışmalardan biridir. Bu bulguların daha geniş örneklemli, prospektif ve çok merkezli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

tablo1 ve 2

Oral Liken Planus Hastalarında Yaş ve Sistemik İmmün-inflamatuvar İndekslerin Karşılaştırılması

Tablo 1. Non-eroziv ve Eroziv OLP Hastalarının Yaş Dağılımı

Klinik Tip	n	Ortalama ± Std. Sapma	p Değeri*
Non-eroziv OLP	89	56,26 ± 14,01	0,028
Eroziv OLP	17	64,47 ± 13,52	

* Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 2. Non-eroziv ve Eroziv Oral Liken Planus Gruplarına Göre Sistemik İmmün-inflamatuvar İndekslerin Karşılaştırılması

Değişkenler	Non-eroziv OLP Ortanca (25–75 persentil)	Eroziv OLP Ortanca (25–75 persentil)	p Değeri*
PIV (n=75 / n=15)	198,15 (111,69-260,6)	239,97 (229-319,43)	0.244
SIRI (n=75 / n=15)	0,77 (0,62-1,06)	1,2 (0,95-1,58)	0.115
SII (n=76 / n=15)	315,86 (271,77-520,24)	443,14 (392,98-605,4)	0.116

*Mann-Whitney U

Anahtar Kelimeler: klinik alt tipler, Sistemik immün-inflamatuar indeksler, oral liken planus

Yayın No: P-002
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Selülit Benzeri İntravasküler Büyük B Hücreli Lenfoma: Dermoskopinin Yol Gösterdiği Bir Tanı Tuzağı

Rıza Tolga Ersöz[1], Leyla Huseynova Terzi[1], Berkercan Tuş[1], Kerem Yılmaz[2], Özay Gököz[2], Alkım Yolcu[3], Ümit Yavuz Malkan[3]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: İntravasküler Büyük B Hücreli Lenfoma (IVLBCL), malign lenfoid hücrelerin küçük ve orta çaplı damarların lümeninde proliferasyonu ile karakterize, diffüz büyük B hücreli lenfomanın nadir bir alt tipidir (1,2). Hastalığın nadir görülmesi, heterojen klinik prezentasyonu ve tanısal güçlükleri nedeniyle tanı sıklıkla gecikebilmektedir (3). Selülit benzeri lezyonlar da dahil olmak üzere kutanöz bulgular erken tanıda yol gösterici olabilir (1,4) ve dermoskopi tanısal şüphe oluşturulmasına katkı sağlayabilir (3). Literatürde IVLBCL'nin eritema nodozum benzeri, pannikülit benzeri, selülit benzeri, fasiit benzeri ve farklı tanımlanmamış kutanöz prezentasyonlarla ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (5–9). Bu olguda pannikülit öyküsü bulunan bir hastada selülit benzeri klinik görünümle ortaya çıkan IVLBCL sunularak dermoskopi rehberliğinde derin biyopsinin tanısal değeri vurgulanmıştır.

Yöntem: Çalışma tasarımı: Tek hastadan oluşan olgu sunumu.Klinik değerlendirme: Lezyonun dermatolojik muayenesi ve dermoskopik değerlendirmesi.İncelemeler: Laboratuvar testleri, Doppler ultrasonografi ve sistemik görüntüleme yöntemleri (PET-BT, kemik iliği biyopsisi, beyin omurilik sıvısı analizi).Histopatoloji: Dermoskopi rehberliğinde alınan derin punch-in-punch biyopsilerin histopatolojik ve immünohistokimyasal olarak değerlendirilmesi.Tanı: Klinikopatolojik korelasyon temel alınarak konuldu.

Bulgular ve Sonuç: Altmış dokuz yaşında kadın hasta, uylukta üç aydır mevcut olan, antibiyoterapiye yanıt vermeyen tek taraflı selülit benzeri eritemli yama nedeniyle değerlendirildi. Hastada ateş, kilo kaybı ve gece terlemesi gibi B semptomları mevcuttu. Dermoskopik incelemede homojen zemin üzerinde pembe-mor renkli dilate damarlar izlendi ve biyopsi bölgesi bu bulgular doğrultusunda belirlendi (Şekil 1). Dermoskopi rehberliğinde alınan derin punch-in-punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde orta çaplı damarların lümenlerinde büyük atipik lenfoid hücreler saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede hücreler CD20 ve MUM1 pozitif; CD3, CD5, CD10 ve CD30 negatif bulundu ve IVLBCL tanısı doğrulandı (Şekil 2). Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi incelemesinde anormal bulgular saptanmasına rağmen kesin sistemik tutulum gösterilemedi. Hastaya R-EPOCH tedavisi ile birlikte intratekal metotreksat başlandı. IVLBCL farklı klinik görünümlerle ortaya çıkabilen ve tanısı güç olan nadir bir lenfomadır. Özellikle sistemik semptomların eşlik ettiği, tedaviye dirençli tek taraflı selülit benzeri lezyonlarda ve dermoskopide belirgin vasküler yapıların izlendiği olgularda

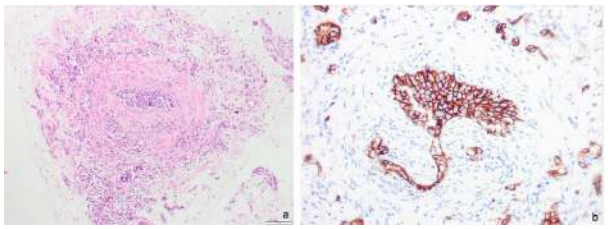
IVLBCL ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu olgu, dermoskopi rehberliğinde gerçekleştirilen derin biyopsi ile klinikopatolojik korelasyonun doğru tanıya ulaşmadaki önemini göstermektedir.

Şekil 1



Lezyonun klinik görünümü ve dermoskopik bulguları. (a) Hafif telenjiektazilerin eşlik ettiği selülit benzeri viyolase yama. (b, c) Dermoskopik incelemede homojen zemin üzerinde belirgin genişlemiş viyolase damarlar izlenmektedir.

Şekil 2



Histopatolojik inceleme. (a) Hematoksilen-eozin boyamasında normal epidermis, dermiste perivasküler ve periadneksiyal lenfositik infiltrasyon ile subkütiste orta çaplı damarların lümeni içerisinde yer alan büyük atipik hücreler izlenmektedir. (b) Diffüz CD20 immünohistokimyasal pozitifliği.

Tablo 1

İlk Tanı	Klinik	Sistemik Tutulum	Biyopsi	Sonuç
EN benzeri (5)	Maküller / nodüller	Yok + MSS	Derin (1-2)	TR / Ölüm
Panniküllit benzeri (6)	Deri altı infiltratlar/ plaklar	Ateş / Kİ / MSS	Subkutan (1-3)	Çoğunlukla TR
Selülit benzeri (7)	Eritem / plaklar	Yok + Kİ	İnsizyonel	Değişken
Fasiit benzeri (8)	Bacak ödemi	Kİ	Punch + Kİ (>1)	İyileşme

Mikst/ TB (9)	Deri altı lezyonlar	Ateş / MSS	Punch (1-6)	Çoğunlukla TR

İntravasküler Büyük B Hücreli Lenfomanın bildirilen çeşitli klinik prezentasyonları. Kısaltmalar: EN: Eritema nodozum; Kİ: Kemik iliği; MSS: Merkezi sinir sistemi; TR: Tam remisyon; TB: Tanımlanmamış

Anahtar Kelimeler: İntravasküler büyük B hücreli lenfoma, Dermoskopi, Selülit benzeri lezyon

Yayın No: P-003
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

ITGB4 ilişkili junctional epidermolizis büllozada Bart sendromu fenotipi: Olgu Sunumu

Emre SÜNBÜLOĞLU[1], Cihan AYAR[1], Gülcan SAYLAM KURTİPEK[1], Fatma TUNÇEZ AKYÜREK[1], Cahit YAVUZ[1], Ebru MARZİOĞLU ÖZDEMİR[2]

[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Bart sendromu, aplazia kutis konjenita, epidermolizis bülloza ve tırnak anomalilerinin birlikteliği ile karakterize, nadir görülen kalıtsal bir genodermatozdur [1]. Günümüzde epidermolizis bülloza spektrumunda yer alan bir klinik fenotip olarak kabul edilmektedir [2]. Deri lezyonları çoğunlukla doğumda mevcut olup en sık ekstremiteleri tutmakla birlikte vücudun diğer bölgelerinde de görülebilir. Özellikle junctional epidermolizis bülloza ile ilişkili olgularda pilor atrezisi, böbrek anomalileri, artrogripozis, amniyotik bantlar ve kulak-burun malformasyonları gibi ek konjenital anomaliler eşlik edebilir [3]. Bu yazıda, ITGB4 ilişkili junctional epidermolizis büllozada Bart sendromu fenotipi gösteren ve çoklu konjenital anomalilerin eşlik ettiği prematüre bir yenidoğan olgusu sunulmuştur.

Olgu: Otuz bir hafta iki günlük gestasyonda sezaryen ile doğan erkek yenidoğan, doğumda mevcut yaygın deri defektleri nedeniyle dermatoloji bölümüne danışıldı. Hastanın doğum ağırlığı 1345 gram, boyu 38 cm ve baş çevresi 29 cm idi. Anne 18 yaşında olup gravida 1, parite 1 idi. Anne ve baba arasında akraba evliliği (teyze çocukları) mevcuttu. Gebelik süresince düzenli prenatal takip yapılmadığı öğrenildi. Annenin bilinen sistemik hastalığı, düzenli ilaç kullanımı, sigara veya alkol öyküsü bulunmuyordu.Dermatolojik muayenede, sol frontopariyetal bölgeden oksipital bölgeye kadar uzanan, üzeri translüsen membranla örtülü ve alttaki vasküler yapıların seçilebildiği geniş aplazia kutis konjenita alanı izlendi. Bilateral alt ekstremitelerde femur proksimalinden ayak parmaklarına kadar uzanan benzer görünümde yaygın aplazia kutis konjenita mevcuttu. Bunun yanında sol el dorsumundan dirseğe kadar uzanan geniş erode alan, sağ dirsek ekstansör yüzünde yaklaşık 1 cm çapında erozyon ve umbilikusun bilateral komşuluğunda yaklaşık 1 cm çaplı erode alanlar saptandı. (Şekil 1 ve 2) Ayrıca yarık dudak ve damak ile sol auriküler hipoplazi ve sol kulak memesi aplazisi izlendi. Hasta yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izleme alındı. Klinik bulgular doğrultusunda Bart sendromu ön tanısı düşünüldü. Genetik analiz için Tıbbi Genetik bölümüne konsültasyon istendi. Yapılan moleküler genetik incelemede ITGB4 geninde c.566+3_566+6del homozigot, "likely pathogenic" varyant saptandı. Klinik bulgular ve genetik analiz sonuçları birlikte değerlendirildiğinde olgunun ITGB4 ilişkili junctional epidermolizis bülloza spektrumunda Bart sendromu fenotipi ile uyumlu olduğu düşünüldü.Yapılan görüntüleme incelemelerinde toraks bilgisayarlı tomografisinde respiratuvar distres sendromu ile uyumlu yaygın buzlu cam opasiteleri saptandı. Abdomen bilgisayarlı tomografisinde ise özofagus atrezisi tespit edildi.Erode alanlara günde iki kez topikal fusidik asit uygulanması, sağlam deri alanlarının vazelin ile nemlendirilmesi ve tüm girişimsel

işlemler öncesinde cildin vazelin ile lubrike edilerek mümkün olduğunca nazik uygulanması önerildi. Hasta yaşamının 5.gününde kardiyak arrest nedeniyle exitus oldu.

Şekil 1.



(A) Bilateral alt ekstremitelerde yaygın aplazia kutis konjenita ve umbilikal bölgede erode lezyonların görünümü. (B) Sol üst ekstremitede el dorsumundan ön kola uzanan geniş erode alanın görünümü.

Şekil 2.



(A) alt ekstremitedeki, üzeri translüsen membranla örtülü ve alttaki vasküler yapıların seçilebildiği aplazia kutis konjenita görünümü. (B) Sol frontotemporopariyetal saçlı deriden oksipital bölgeye uzanan geniş aplazia kutis konjenita alanının görünümü.

Sonuç: Bart sendromu geniş bir klinik spektruma sahip olup, kutanöz bulgulara farklı ekstrakütanöz anomaliler eşlik edebilmektedir. En sık bildirilen anomaliler arasında pilor atrezisi, üriner sistem anomalileri, auriküler malformasyonlar ve kraniofasiyal anomaliler yer almaktadır. Daha nadir olarak korpus kallozum agenezisi, koanal atrezi ve gastrointestinal malformasyonlar da tanımlanmıştır[8].Olgumuzda eşlik eden anomaliler arasında özefagial atrezi, yarık dudak-damak,ve auriküler hipoplazi yer almaktaydı. Sonuç olarak, ITGB4 ilişkili junctional epidermolizis büllozada Bart sendromu fenotipi nadir görülen bir klinik tablodur. Sunulan olgu, özofagus atrezisi, yarık dudak-damak ve auriküler hipoplazi gibi eşlik eden konjenital anomaliler nedeniyle Bart sendromunun fenotipik çeşitliliğini göstermesi açısından dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bart sendromu, aplazia kutis konjenita, ITGB4 geni

Yayın No: P-006
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoskopi

Germline NF1 Varyantı Zemininde Somatik TPM3::ALK Füzyonu ile İlişkili Eruptif Dissemine Spitz Nevüs Olgusu

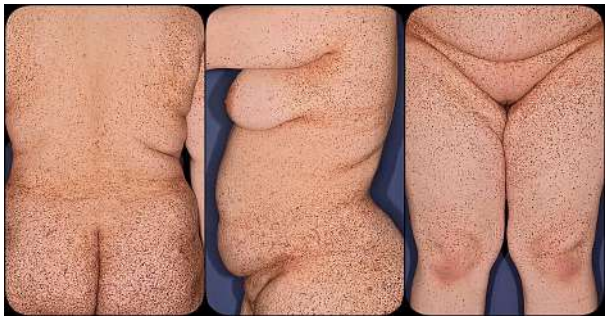
Bengü Nisa Akay[1], Handan Merve Erol Mart[1], Şule Altıner[2], Devrim Deniz Kuşçu[3], Aylin Okçu Heper[4]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik
[3]Cihanbeyli Devlet Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları
[4]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji

Giriş ve Amaç: Spitz nevüsler çoğunlukla çocukluk ve adölesan dönemde görülen benign melanositik neoplazmlardır. Moleküler çalışmalar, Spitz neoplazilerinin önemli bir bölümünde ALK, ROS1, NTRK, RET ve BRAF gibi kinaz genlerini içeren füzyonların rol oynadığını göstermiştir. Eruptif dissemine Spitz nevüs (EDSN), kısa sürede çok sayıda Spitz nevüsün gelişimiyle karakterize son derece nadir bir varyant olup moleküler olarak incelenmiş olgu sayısı oldukça sınırlıdır. Bu bildiride, daha önce erken dönemde EDSN tanısıyla sunulan bir hastanın yaklaşık dört yıllık klinik progresyonu, TPM3::ALK füzyonu ve konstitüsyonel NF1 varyantı ile ilişkili moleküler bulguları sunulmaktadır.

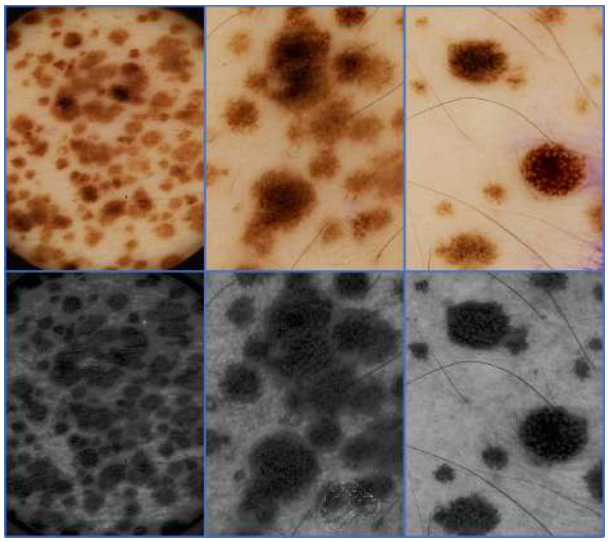
Olgu: Yirmi bir yaşında kadın hastada pigmente lezyonlar ilk olarak 17 yaşında gluteal bölgede başlamış, kısa sürede gövde ve proksimal ekstremitelere yayılmıştı. Hasta daha önce yüzlerce lezyonla EDSN tanısıyla bildirilmişti. Yaklaşık dört yıllık takipte lezyon sayısının progresif olarak artarak on binlerceye ulaştığı ve hastanın neredeyse her gün yeni lezyon gelişimi tariflediği izlendi. Hastanın özgeçmişinde yeni başlanan ilaç kullanımı, immünsüpresyon, mukozal tutulum veya ailede kalıtsal hastalık öyküsü bulunmuyordu.Dermatolojik muayenede gövde ve ekstremitelerde yaygın pigmente makül ve papüller izlendi (Görsel 1); yüz, aksilla, inguinal bölge, intergluteal katlantı ve diğer fleksural/sürtünmeye açık alanlar belirgin şekilde korunmuştu. Dermatoskopik incelemede kalın retiküler ağ yapısı ve lezyonların bazılarında periferik klodlar saptandı (Görsel 2).Farklı anatomik bölgelerden alınan yedi biyopsinin beşi Spitz nevüs, ikisi atipik Spitz tümör ile uyumlu değerlendirildi; hiçbir örnekte melanom lehine tanısal bulgu saptanmadı. İmmünohistokimyasal incelemede ALK diffüz güçlü pozitif, PRAME negatif, BAP1 ekspresyonu korunmuş, p16 pozitif ve Ki-67 proliferasyon indeksi düşüktü (Tablo 1).Tümör dokusunda hedefe yönelik RNA analizi ile TPM3::ALK füzyonu saptandı. DNA analizinde NF1 p.S1249F varyantının %48 varyant allel fraksiyonu (VAF) ile izlenmesi üzerine konstitüsyonel köken açısından ileri değerlendirme yapıldı. Periferik kan ve kültüre deri biyopsisi DNA'sında NF1 c.3746C > T, p.S1249F varyantı %51 VAF ile heterozigot olarak doğrulandı ve ACMG kriterlerine göre önemi belirsiz varyant (VUS) olarak sınıflandırıldı (Tablo 2). Diğer aile bireylerinden segregasyon analizi planlandı. Hastada café-au-lait makülleri, nörofibromlar, aksiller/inguinal çillenme, Lisch nodülleri veya nörogörüntülemede anomali saptanmadı. Yapılan radyolojik tetkiklerde internal malignite lehine bulgu yoktu.

Görsel 1- Eruptif dissemine Spitz nevüs klinik görünümü



Gövde, gluteal bölge ve proksimal alt ekstremitelerde on binlerce milimetrik pigmente makül ve papül izlenmektedir.

Görsel 2- Spitz lezyonlarının konvansiyonel dermoskopi ve sub-ultraviyole reflektans dermoskopi bulguları



Üst sırada konvansiyonel dermoskopi, alt sırada ise karşılık gelen sub-ultraviyole reflektans dermoskopi (sUVRD) görüntüleri izlenmektedir. Lezyonlarda kalın retiküler ağ yapısı dikkat çekmekte olup, bazı lezyonlarda periferik klodlar görülmektedir.

Tablo 1.

Belirteç	**Sonuç**	**Yorum**
ALK	Diffüz, güçlü sitoplazmik pozitiflik	ALK füzyonunu destekler; moleküler olarak doğrulanmıştır

ROS1, Pan-TRK, BRAF	Negatif	ROS1/NTRK füzyonu veya BRAF V600E lehine bulgu saptanmadı
PRAME	Negatif	Melanom lehine destekleyici değildir
BAP1	Nükleer ekspresyon korunmuş	BAP1-inaktive melanositom lehine değildir
p16 (CDKN2A)	Diffüz pozitiflik, değişken yoğunlukta	CDKN2A kaybı lehine bulgu saptanmadı
Ki-67	Düşük; melanositik hücrelerde %2–3	Düşük proliferatif indeksi gösterir
SOX10 / Melan-A	Melanositik hücrelerde pozitif	Melanositik kökeni destekler

İmmünohistokimyasal bulgular

Tablo 2.

Örnek/yöntem	**Varyant/füzyon**	**VAF/okuma sayısı**	**Sınıflandırma**	**İlişkili durum**
Tümör DNA paneli (sırt sol)	**NF1** c.380G>A, p.G127E	%2,17	Potansiyel klinik öneme sahip varyant, Tier 2C	Melanositik neoplazi
Tümör DNA paneli (sol omuz)	**NF1** c.3746C>T, p.S1249F	%48	Potansiyel klinik öneme sahip varyant, Tier 2C	Melanositik neoplazi
Tümör DNA paneli	**GNAQ** c.736-7_736-5del	%1,08	Önemi belirsiz varyant, Tier 3	Melanositik neoplazi

Tümör DNA paneli	**NRAS** c.467T>C, p.F156S	%2,55	Önemi belirsiz varyant, Tier 3	Melanositik neoplazi
Tümör RNA füzyon paneli	**TPM3::ALK** füzyonu; TPM3 ekzon 8 – ALK ekzon 20	99 okuma	Klinik olarak anlamlı füzyon, Tier 2C	Spitz tümör
Periferik kan + kültüre deri biyopsisi DNA'sı (WES)	**NF1** c.3746C>T, p.S1249F	%51 / %45	ACMG kriterlerine göre önemi belirsiz varyant: PM1_Supporting, PM2_Supporting, PP2_Supporting, PP3_Supporting	Nörofibromatozis tip 1 (OD)

Moleküler bulguların özeti

Sonuç: EDSN'de moleküler karakterizasyon yapılmış olgu sayısı oldukça az, uzun dönem klinik seyri ortaya koyan bildirimler ise daha da sınırlıdır. Olgumuzda başlangıçta yüzlerce olan lezyon sayısının yaklaşık dört yıl içinde on binlerceye ulaşması, EDSN'nin benign/borderline biyolojik davranışını korurken bazı hastalarda belirgin progresif seyir gösterebileceğini düşündürmektedir. Takip boyunca yüz ve fleksural alanların korunmuş olması dikkat çekici bir dağılım paterni oluşturmuştur; bu bulgu bölgesel mikroçevre, mekanik faktörler, immün yanıt farklılıkları veya melanositik klonların seçici dağılımı ile ilişkili olabilir.TPM3::ALK füzyonunun saptanması, olguda Spitz tümörü biyolojisiyle uyumlu kanonik bir somatik sürücüyü ortaya koymuştur. Buna eşlik eden konstitüsyonel NF1 önemi belirsiz varyantı, RAS–MAPK yolak düzenlenmesindeki kalıtsal yatkınlığın somatik sürücü olaylarla birlikte yaygın Spitz tümör gelişimine katkıda bulunabileceği hipotezini gündeme getirmektedir. ALK füzyonu, krizotinib gibi hedefe yönelik tedavi olasılıklarını teorik olarak gündeme getirse de, EDSN'de ALK inhibitörlerinin etkinliğine ilişkin yeterli kanıt bulunmaması ve lezyonların benign/borderline davranışı nedeniyle hastada yakın klinik izlem tercih edilmiştir.Bu olgu, EDSN'de uzun dönem progresyon, belirgin intertriginöz korunma, TPM3::ALK füzyonu ve konstitüsyonel NF1 varyantının birlikte gösterildiği sıra dışı bir örnek olup, yaygın Spitz proliferasyonlarında moleküler karakterizasyonun biyolojik mekanizmaları ve olası yönetim stratejilerini aydınlatmadaki önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Eruptif dissemine Spitz nevüs; TPM3::ALK füzyonu; NF1 varyantı

Yayın No: P-009
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Blaschko Çizgilerini Takip Eden Segmental Yerleşimli Bir Hailey Hailey Hastalığı Olgusu:Histopatolojik ve Klinik Tuzaklar

Tuncay Delhiş[1], Ayşe Deniz Yücelten[1], Ertuğrul Dursun[1], Leyla Cinel[2], Gökçe Nur İskender[2], Mahsan Azami[3], Ebru Arslan[3], Çekdar Kapazan[4], Durmuş Yılmaz[5], Pınar Ata[4]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
[3]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Genetik Bölümü
[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı
[5]Marmara Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Genetik

Giriş ve Amaç: Hailey-Hailey Hastalığı (HHH), genellikle erişkin yaşta ortaya çıkan ve sıklıkla aksilla, kasık gibi intertriginöz kıvrım bölgelerini tutan otozomal dominant geçişli nadir bir akantolitik dermatozdur. Hastalık, ATP2C1 genindeki mutasyonlar sonucu kalsiyum pompası fonksiyonunun bozulmasıyla gelişir. Nadiren, postzigotik somatik mutasyonlara bağlı olarak Blaschko çizgilerini takip eden segmental bir dağılım (Tip 1 veya Tip 2 mozaizim) gösterebilir.Bu çalışmada, hem çocukluk çağında başlaması, hem non-fleksural yerleşimi hem de histopatolojik olarak Darier hastalığı ile karışması nedeniyle tanısal zorluk oluşturan atipik bir segmental HHH olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Şekil 1



Gövdede blaschkoid dağılım gösteren içerisinde büller de olan eritemli hiperkeratotik, yer yer krutlu lezyonların tedavi öncesi görünümü

Olgu: Konjenital hipotiroidi nedeniyle levotiroksin sodyum kullanan 8 yaşında kız hasta, 6 aylıkken alt karında başlayıp bir yıl içinde yayılan kaşıntılı döküntü şikayetiyle başvurdu. Soygeçmişinde kronik dermatolojik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde gövde sol tarafta Blaschko çizgilerini izleyen yatay seyirli, yer yer büllöz ve verruköz karakterde eritemli plaklar ile sol bacaktan distale doğru uzanan atrofik yama saptandı; tırnak ve mukoza muayeneleri doğaldı.Dış merkez lezyon biyopsisinde "diskeratöz akantolitik dermatoz" izlenerek klinik korelasyon önerildi. Darier hastalığı ve büllöz iktiyoz (epidermolitik epidermal nevüs) ön tanılarıyla hastadan yeni histopatolojik ve genetik incelemeler planlandı. Lezyon biyopsisi "segmental Darier hastalığı" olarak raporlandı. Ancak eş zamanlı kandan çalışılan ek genetik analizde ATP2C1 geninde heterozigot mutasyon saptanarak HHH ile uyumlu bulundu.Hastaya asitretin günaşırı 10 mg (0,25 mg/kg/gün) olarak başlandı ve verruköz lezyonlara kriyoterapi uygulandı; daha önce uygulanan lokal tazaroten tedavisi yara oluşumu nedeniyle tolere edilememişti. Segmental tutulumun doku düzeyinde doğrulanması amacı ile lezyonlu bölgeden alınan biyopside de aynı mutasyon gösterildi ancak ayrıntılı genetik tetkikler devam etmektedir.

Şekil 2



Asitretin günaşırı 10 mg(0,25 mg/kg/gün) tedavisinin 9.ayı

Sonuç: Klasik HHH, her ne kadar erişkin yaş grubunda fleksural/kıvrım bölgelerinin simetrik tutulumuyla karakterize olsa da, literatürde nadir de olsa bizim hastamızda da olduğu gibi çocukluk çağında başlayan ve mozaizm mekanizmasıyla Blaschko çizgilerini takip eden segmental formlar bildirilmiştir. Benzer şekilde Darier hastalığının da segmental formları bildirilmiştir.Diğer önemli bir klinik tuzak ise histopatolojik değerlendirmedir. HHH ve Darier hastalığı, histopatolojide akantoliz ve diskeratoz gibi ortak özellikleri paylaşırlar. "Yıkık dökük tuğla duvar" görünümü HHH için, "corps ronds" ve "grains" yapıları ise Darier için tipik kabul edilse de, segmental ve erken evre lezyonlarda bu ayrım mikroskop altında kesin olarak yapılamayabilir; nitekim olgumuzun histopatolojisi de Darier hastalığını taklit etmiştir. Bu aşamada ayırıcı tanıda periferik kan veya dokudan çalışılacak genetik analizler (ATP2C1 mutasyonu gösterilmesi) altın standarttır.Sonuç olarak, çocukluk çağında Blaschko çizgilerini takip eden non-fleksural akantolitik lezyonlar varlığında HHH ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli ve histopatolojinin tanısal yanılgılara yol açabileceği durumlarda moleküler doğrulama tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hailey-Hailey Hastalığı, Blaschko çizgileri, ATP2C1 gen mutasyonu

Yayın No: P-012
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Sikatrisyel Alopesi Nedeni Brunsting Perry Pemfigoidi: 12 yıllık izlem

Ece Dolmacı[1], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul
Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Muköz membran pemfigoidi başlıca mukozaları, bazen de deriyi tutan, subepidermal ayrışma ve sikatrisle iyileşen nadir, kronik seyirli bir otoimmün büllöz bir hastalıktır. Brunsting–Perry pemfigoidi (BPP) ise bu spektrum içinde değerlendirilen; baş, boyun ve özellikle saçlı deriye lokalize lezyonların sonunda atrofi ve sikatrisle iyileştiği nadir, lokalize bir varyanttır. BPP'de mukozal tutulum hafiftir ve deri bulgularına göre geri plandadır. Çocukluk çağında mukoza tutulum oldukça ender görülürken genital tutulum bu dönemde öne çıkabilir ve saçlı deri tutulumu kalıcı sikatrisyel alopesiye yol açabilir. Saçlı deri ve genital bölgede eş zamanlı pediyatrik yaş döneminde başlayan saçlı deride sikatrisyel alopesiyle seyreden bir muköz membran pemfigoidi Brunsting Perry olgusunun sunulması amaçlandı.

Olgu: On beş yaşındaki kadın hasta 2014 yılında frontal ve oksipital saçlı deride alopesik, atrofik, eritemli, sarı skuamlı plaklar ve labium majoralarda beyaz, hipertrofik, üzeri masere nodüler lezyonlarla başvurdu. (Şekil A) Frontal ve oksipital saçlı deri ile genital lezyondan alınan biyopsilerde dermoepidermal ayrışma, perifoliküler ve periadneksiyel mikst enflamatuvar infiltrasyon, kıl folikülü kaybı ve dermal fibrozis izlendi. Genital biyopside ek olarak subepidermal bül oluşumu, bant tarzı lenfositik infiltrasyon ve fibrozis saptandı. Bulgular öncelikle sikatrisyel pemfigoid ile uyumlu değerlendirildi. Serum desmoglein antikorları negatif, BP180 antikoru pozitifti. Oral mukozasında da erode plakları mevcuttu.(Şekil B) Yutma güçlüğü nedeniyle yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde patoloji saptanmadı. Hastaya dapson ve metilprednizolon tedavileri başlandı.İzlemde, 2017 yılında saçlı deride 2-3 aydır devam eden sert, infiltre, eritemli, alopesik ve enflamatuvar ayrışma gösteren plaktan biyopsi tekrarlandı. Histopatolojik incelemede hiperkeratoz, rete uzantılarında düzenli uzama, fokal dermoepidermal ayrışma, yüzeyel dermiste az sayıda eozinofil içeren lenfositik infiltrasyon ve orta derecede fibrozis görüldü. Direkt immünfloresan incelemede dermoepidermal bileşke ve folikül çevresinde IgG, C3 ve fibrinojen +2; dermoepidermal bileşkede IgM +2 birikimi saptanırken IgA negatifti. Klinik, histopatolojik ve immünfloresans tetkik sonuçları bulgular mukoz membran pemfigoidi Brunsting Perry varyantı olarak değerlendirildi, dapson ve metilprednizolon tedavileriyle izleme devam edildi. Hasta son 10 yıldır mukozal lezyonlar çıkmamasına rağmen sadece vertekste sikatrisyel alopesiyle ve bu bölgede ayrışmayla devam etmektedir. Onbeş ay önce hasta hamilelik düşündüğü ve klinik tablo remisyonda seyrettiğinden dapson tedavisi kesilerek tedavisiz takip edilmeye başlandı.

Resim 1



Başlangıç ve tedaviden sonraki 2. ayda lezyonlar. 1 ve 2 -Saçlı deride veziküler ve ayrışma gösteren lezyonlar 3- Oral mukozada erode alanlar 4- tedavi sonrası 2. ayda iyileşmiş sikatrisyel alopesi alanı

Resim 2



İzlem. Resim 5- ve 6 3. yıl Resim 7 -10 yıl izlem Resim 8 -12. yıl izlem

Sonuç: Çocukluk çağında başlayan mukozal membran pemfigoidi , genital bölgede liken sklerozusu; saçlı deride ise primer sikatrisyel alopesileri taklit edebilir. Olgumuzda mukozal lezyonları düzeldikten sonra tekrarlamamış ancak saçlı derideki alan genişlemiş ve zaman zaman alevlenmeler göstermiştir. Dapson halen ilk basamak ve en etkili ilaç olarak kabul

edilmektedir.Saçlı deride sikatrisyel alopesi, ayrışmalar ve erode alanlar görülmesi durumunda ayırıcı tanıda MMP düşünülmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: muköz membran pemfigoidi, sikatrisyel alopesi, Brunsting Perry

Yayın No: P-015

Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Çoklu Komorbiditeleri Olan Bir DITRA Olgusunun Yönetimi

Betül Kıymaz Akçakuyu[1], Mustafa Andıç[1], Sena Dinçer[1], Ayşe Deniz Yücelten[1], Dilek Seçkin[1], İzel Acarbay[2], Mehtap Kaya[2], Tülin Ergun[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: DITRA; IL36RN genindeki fonksiyon kaybı mutasyonlarına bağlı oluşan, çocukluk çağında başlayan, tekrarlayıcı, ateş benzeri sistemik enflamasyon bulgularının eşlik ettiği, steril püstüllerin ani erüpsiyonuyla karakterize nadir bir otoinflamatuar hastalıktır. Sepsis, kardiyovasküler yetmezlik gibi ciddi komplikasyonlar nedeniyle yaşamı tehdit edebilir. Burada kronik böbrek yetmezliği, at nalı böbrek, üveit gibi ağır komorbiditeleri olan ve IL36RN homozigot mutasyonu saptanan bir DITRA olgusu sistemik tedavisindeki zorlukları nedeniyle sunulmaktadır.

Olgu: Kronik böbrek yetmezliği, at nalı böbrek, üveit, 2025 yılında tübülointerstiyel nefrit öyküsü olan 16 yaşında 46,5 kg erkek hasta vücudunda aniden gelişen döküntüler nedeniyle konsülte edildi. Yenidoğan sarılığı nedeniyle yoğun bakım yatış öyküsü mevcuttu. Üveit ve nefrit atakları nedeniyle tübülointerstisyel nefrit üveit (TİNU) ön tanısıyla romatoloji takipli hastanın üveit tedavisi amacıyla kullandığı metotreksat tedavisi 3 ay önce pansitopeni gelişmesi üzerine kesilmişti. Son aylarda tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle çoklu servis yatışları ve antibiyotik kullanım öyküsü mevcuttu. Soygeçmiş öyküsünde anne-baba arasında 1. derece akraba evliliğinin olduğu, yedi kardeşinden ikisinin bebeklik döneminde kaybedildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde gövdede, kollarda, bacaklarda difüz eritemli zeminde çok sayıda püstüler lezyon; bilateral periorbital bölgede ödem izlendi. Püstülün kültüründe üreme saptanmadı. AGEP, püstüler psöriyazis, miliaria püstüloza, Pityrosporum foliküliti ön tanılarıyla alınan biyopside; subkorneal nötrofilik püstül, spongioz, perivasküler inflamasyon görüldü. AGEP olarak raporlandı ancak şüpheli ilaçların kesilmesine rağmen tablonun şiddetle devam etmesi, ailede psöriyazis öyküsü olması nedeniyle GPP veya GPP/AGEP örtüşmesi olarak yorumlandı. Metilprednizolon 16 mg, topikal steroid başlanan hastada yanıt alınamaması üzerine tedavinin 7. gününde nefrolojiye konsülte edildi. Asitretinin KBY hastalarında toksik birikim yapabilmesi, kolşisinin hiperürisemik tabloda önerilmemesi nedeniyle 3 gün 40 mg IV prednol uygulandı, kademeli azaltıldı. Düşük doz asitretin (haftada 3 gün 10 mg) başlanan hastaya enfeksiyon gerileyince adalimumab uygulandı ancak izleyen dönemde tekrarlayan enfeksiyonları nedeniyle devam edilemedi. Asitretin ve topikal steroidle lezyonları gerileyen hasta takibe alındı. DITRA açısından yapılan genetik analizde homozigot IL36RN c.338C > A varyantı saptandı, hastada DITRA tanısı doğrulandı.

RESİM 1



Gövde, kol ve bacaklarda difüz eritemli zemin üzerinde çok sayıda püstüler lezyon

Sonuç: DITRA; erken çocukluk başlangıçlı, tekrarlayan jeneralize püstüler psöriyazis (GPP) atakları, sistemik inflamasyon, steril püstüllerle seyreden nadir bir hastalıktır. Patojenezde IL-36 sinyal yolağındaki bozukluklar temel rol oynar. IL36RN genindeki fonksiyon kaybı mutasyonları hastalığın otoinflamatuar doğasını açıklar. Olgumuzda tipik klinik bulguların yanı sıra saptanan homozigot IL36RN c.338C > A varyantı tanıyı desteklemektedir. Histopatoloji AGEP uyumlu gelse de AGEP ve GPP lezyonlarının histopatolojik benzeşimi, antibiyotik kesilmesine karşın lezyonların gerilememesi, ailede psöriyazis varlığı, metotreksat kesilmesi sonrası tetiklenme, genetik mutasyon varlığı tabloyu DITRA yönünde netleştirmiştir. Ağır komorbiditesi olan çocuklarda tedavi yönetimi oldukça kısıtlıdır. Asitretin KBY vakalarında toksisite riski taşıdığından nefroloji kontrolünde haftada 3 gün 10 mg gibi düşük dozda başlanmış, eklenen topikal tedavilerle belirgin klinik yanıt alınmıştır. Pansitopeni öyküsü metotreksat kullanımını engellemiş, biyolojik tedaviler tekrarlayan bakteriyel enfeksiyonlar nedeniyle sürdürülememiştir. Siklosporinin KBY hastalarında kullanımı çok tercih edilmemektedir; kreatinin seyri ve kan düzeylerine göre yakın takiple yönetilebilir. Sistemik steroidler köprü tedavisi olarak kullanılabilse de doz azaltımında rebound püstülasyon riski taşımaktadır. Biyolojik ajanların enfeksiyöz komplikasyonları sınırlandırıcı olabilmektedir. Bu olgu KBY, üveit gibi ağır komorbiditeleri bulunan pediatrik hastada GPP yönetiminin zorluğunu göstermektedir. Organ yetmezliği ve enfeksiyonlar sistemik seçenekleri sınırlandırdığında, böbrek fonksiyonlarına göre ayarlanan düşük doz retinoid ve topikal yaklaşımlar güvenli bir alternatif sunmaktadır. Multidisipliner takip, kompleks hastaların kontrolünde hayati önem taşır.

Anahtar Kelimeler: DITRA, asitretin

Yayın No: P-016
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Süpüratif Nevus Komedonikus: Aynı Anatomik Bölgede Nevus Komedonikus ve Hidradenitis Suppurativa Birlikteliği

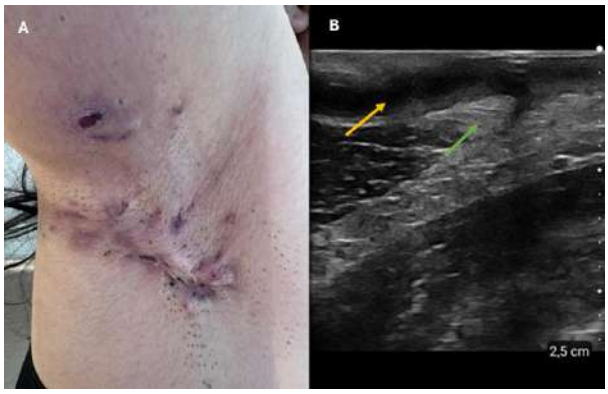
Aylin Savas Furat[1], Aslı Tatlıparmak[1]

[1]İstanbul Arel Üniversitesi Bahçelievler Memorial Hastanesi

Giriş ve Amaç: Nevus komedonikus (NK), pilosebase ünitenin nadir görülen gelişimsel bir anomalisidir. Klinik olarak koyu renkli keratin tıkaçları içeren, kümelenmiş ve genişlemiş foliküler açıklıklarla karakterizedir. Genellikle doğumda veya çocukluk döneminde ortaya çıkan lezyonlar, sıklıkla Blaschko çizgilerini izleyen lineer, segmental ve unilateral dağılım gösterir. İnflamatuvar tip NK'de papül, püstül, nodül, apse, akıntı ve skar gelişebilir. Hidradenitis suppurativa (HS) ise intertriginöz bölgelerde tekrarlayan nodül, apse, drenaj gösteren tünel ve skarlarla seyreden kronik inflamatuar bir hastalıktır. Her iki hastalık pilosebase üniteyi etkilemekte ve patogenezlerinde foliküler oklüzyon önemli rol oynamaktadır. NK zemininde HS bulgularının geliştiği sınırlı sayıda olgu bildirilmiş ve bu birliktelik "süpüratif nevus komedonikus" olarak adlandırılmıştır. Bu bildiride, yaygın segmental NK alanlarında HS bulguları gelişen bir olgunun klinik ve ultrasonografik özelliklerinin sunulması amaçlandı.

Olgu: Yirmi iki yaşındaki kadın hasta, çocukluk döneminden beri bulunan siyah nokta benzeri lezyonlar ile son üç yıldır tekrarlayan ağrılı şişlik ve akıntı yakınmalarıyla başvurdu. Sağ servikal ve aksiller bölgelerde başlayan komedonal lezyonların zamanla sağ supraklaviküler ve inframamarian bölgelere, sağ gövde yarısına, gluteal bölgeye, genital bölgeye ve sağ alt ekstremite proksimaline yayıldığı öğrenildi. Son üç yılda yalnızca NK alanlarında yılda yaklaşık 10 kez tekrarlayan nodül, apse ve spontan akıntı geliştiği; lezyonların skar bırakarak iyileştiği görüldü. NK dışındaki intertriginöz bölgelerde benzer lezyon yoktu.Dermatolojik muayenede belirtilen alanlarda Blaschko çizgilerini izleyen segmental dağılımlı, merkezlerinde koyu renkli keratin tıkaçları bulunan çok sayıda genişlemiş foliküler açıklık izlendi. Sağ aksillada komedonal lezyonlara inflamatuar nodüller, drenaj açıklıkları ve fibrotik skarlar; diğer nevüs alanlarında inflamatuvar papül ve nodüller, postinflamatuvar hiperpigmentasyon ve atrofik skarlar eşlik etmekteydi. Yüksek frekanslı ultrasonografide (HFUS) dermal kalınlaşma, dermis ve yüzeyel subkutan yağ dokusunda cilt yüzeyine paralel uzanan hipoekoik koleksiyonlar, trakt benzeri yapılar ve hipervaskülarizasyon izlendi. Ultrasonografik bulgular, klinik olarak saptanan HS benzeri inflamatuvar değişiklikleri desteklemekteydi. Klinik ve ultrasonografik bulgularla süpüratif nevus komedonikus tanısı konuldu.

Şekil1



Sağ aksillada kümelenmiş, keratin tıkaçları içeren genişlemiş foliküler açıklıklara eşlik eden inflamatuvar nodüller, krutlu erozyonlar, drenaj açıklıkları ve fibrotik skarlar (A). Sağ aksillada cilt altı dokuda cilde paralel uzanımlı hipoekoik dermal sinüs traktı (mavi ok) ve çevre yağlı dokuda eşlik eden inflamasyonla uyumlu ekojenite artışı (yeşil ok) (B).

Şekil2



Sağ servikal ve supraklaviküler bölgede segmental dağılım gösteren, keratin tıkaçları içeren genişlemiş foliküler açıklıklar ile eşlik eden inflamatuvar nodül ve atrofik skar alanları(A). Cilt altı dokuda hipoekoik dermişten subkutan dokuya uzanım gösteren (beyaz ok) sıvı koleksiyonu (B).

Sonuç: NK ve HS, pilosebase üniteyi etkileyen ve patogenezlerinde foliküler oklüzyonun rol oynadığı iki farklı dermatozdur. NK zemininde tekrarlayan nodül, apse, drenaj gösteren tünel ve skar gibi HS bulgularının geliştiği sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir. Bu nadir birlikteliği tanımlamak amacıyla "süpüratif nevus komedonikus" terimi önerilmiştir.NK zeminindeki anormal foliküler keratinizasyonun HS gelişimi için lokal yatkınlık oluşturabileceği; özellikle intertriginöz bölgelerde sürtünme, nem ve tekrarlayan travmanın inflamasyonu tetikleyebileceği düşünülmektedir. Olgumuzda da HS ile uyumlu inflamatuvar lezyonların yalnızca NK alanlarında gelişmesi ve nevüs dışındaki intertriginöz bölgelerde benzer lezyon bulunmaması bu lokal yatkınlık görüşünü desteklemektedir.Dermatolojik ultrasonografi, foliküler genişleme, psödokist, inflamatuvar koleksiyon ve tünel gibi HS ile ilişkili deri altı değişikliklerin gösterilmesini sağlar. Yakın tarihli bir çalışmada, süpüratif NK'de de HS'ye benzer ultrasonografik bulgular saptanmıştır. Bununla birlikte lezyonların unilateral ve segmental

dağılım göstermesi ve NK alanlarıyla sınırlı kalması ayırt edici bulunmuştur. Olgumuzda da NK alanlarında hipoekoik koleksiyonlar ve trakt benzeri yapıların gösterilmesi, aynı anatomik bölgede HS ile uyumlu yapısal değişikliklerin bulunduğunu desteklemiştir.Sonuç olarak olgumuz, NK ve HS'nin aynı anatomik dağılım içerisindeki birlikteliğini klinik ve ultrasonografik bulgularla ortaya koymaktadır. Bu birlikteliğin süpüratif nevus komedonikus adıyla ayrı bir klinik antite olarak değerlendirilmesi, benzer olguların tanınmasına ve sınıflandırılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Nevus komedonikus, Hidradenitis suppurativa, Süpüratif nevus komedonikus

Yayın No: P-019
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

48 Yaşındaki Erkek Hastada Üçlü Senkron Primer Melanom: Erken Tanıda Tüm Vücut Deri Muayenesinin Kritik Rolü

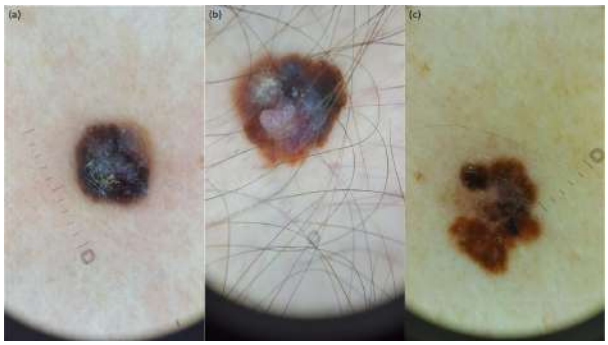
Oğulay Eren[1], İlksen Yağmur Yakut[1], Vefa Aslı Turgut Erdemir[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Multipl primer melanomlar (MPM) nadir izlenmekte olup, özellikle 50 yaş altı hastalarda üçlü senkron primer melanom (3PM) olguları son derece seyrektir. Hastalar tipik olarak tek ve izole bir lezyon yakınmasıyla başvurmakta olup, olası diğer senkron malignitelerden tamamen habersizdirler. Bu sunumda, dermatolojik onkolojide tüm vücut deri muayenesinin (TVDM) vazgeçilmez ve hayat kurtarıcı bir yaklaşım olduğunu vurgulamak amaçlanmıştır.

Olgu: Özgeçmişinde ve soygeçmişinde malignite öyküsü bulunmayan 48 yaşındaki Fitzpatrick deri tip II erkek hasta, kliniğimize yalnızca sol kolundaki lezyon yakınmasıyla başvurmuştur. Yapılan dermatolojik muayene ve biyopsi sonucunda, sol üst koldaki başvuru lezyonu Breslow kalınlığı 1.2 mm, Clark evre III olan nodüler melanom olarak raporlanmıştır. Rutin olarak uygulanan tüm vücut deri muayenesi sırasında, hastanın varlığından tamamen habersiz olduğu iki ayrı asemptomatik lezyon daha saptanmıştır. Sağ medial malleolden eksize edilen lezyonun histopatolojisi Breslow kalınlığı 1.4 mm, Clark evre III nodüler melanom (en derin ve ileri evre lezyon); sağ skapuladan eksize edilen erken evre lezyonun histopatolojisi ise Breslow kalınlığı 0.4 mm, Clark evre II yüzeyel yayılan melanom olarak değerlendirilmiştir. İmmünohistokimyasal incelemede tüm lezyonlarda diffüz ve güçlü SOX10, HMB45 ve PRAME ekspresyonu ile fokal p16 kaybı izlenmiştir. Tüm odaklarda saptanan BRAF V600E (+) mutasyonu, hedefe yönelik tedavi seçenekleri için uygunluk göstermiştir. Epidermotropik metastatik melanomlar (EDMM) tipik olarak 0.2 cm'den küçük çaplıyken, olgumuzdaki senkron nodüler lezyonların belirgin şekilde daha kalın olması (1.2 mm ve 1.4 mm) ve hastamızda farklı histolojik alt tiplerin (nodüler ve yüzeyel yayılan) bir arada gözlenmesi, klinik açıdan dışlanması zorlayıcı olan EDMM ihtimalini uzaklaştırarak bu odakların bağımsız senkron primer tümörler olduğunu güçlü bir biçimde doğrulamıştır.

Şekil 1.



Kırk sekiz yaşındaki erkek olguda saptanan üçlü senkron primer melanom odaklarının dermoskopik bulguları. (a) Sol üst kol (başvuru lezyonu): Yapısız mavi-beyaz tül (blue-white veil) paterninin izlendiği nodüler melanom. (b) Sağ medial malleol (TVDM ile saptanan asemptomatik lezyon): Çok bileşenli (multikomponent) patern ve düzensiz pigment ağı dikkati çeken nodüler melanom. (c) Sağ skapula (TVDM ile saptanan erken evre lezyon): Regresyon yapıları ve asimetrik yerleşimli koyu renkli homojen pigmente alanların (blotch) eşlik ettiği yüzeyel yayılan melanom.

Sonuç: Senkron melanom olguları, yalnızca hastanın şikayetçi olduğu lezyonu değerlendirmenin eksik ve riskli bir yaklaşım olduğunu; erken tanı için baştan ayağa tam vücut muayenesinin kesinlikle esas olduğunu kanıtlamaktadır. Literatürde sonradan saptanan melanomların genellikle ilk başvuru lezyonundan daha ince olduğu belirtilse de, olgumuzda rastlantısal olarak saptanan ayak bileği lezyonunun hastanın ana şikayeti olan lezyondan daha kalın olması bu klasik paradigmayla çelişmektedir. Multipl primer tümörlerin epidermotropik metastazlardan doğru bir şekilde ayırt edilmesi hastanın sağkalım prognozunu doğrudan etkilediğinden; klinik TVDM, dermoskopi ve moleküler profillemenin entegrasyonu multidisipliner yönetimde hayati bir zorunluluktur.

Anahtar Kelimeler: Multipl primer melanom, Tüm vücut deri muayenesi, Erken tanı

Yayın No: P-020
Bildiri Grubu: Genel / Kozmetik dermatoloji

Yanık tedavinde Plalelet-rich Plazma ve Er: YAG lazer kullanımı

Emine Buket Bayram[1]

[1]Serbest Hekim

Giriş ve Amaç: Yanıkta yara bakımı önemlidir. Birincil tedavi hedefi, yaşamı tehdit edebilen yüzeyel enfeksiyonları önlemektir. İkincil hedefler ise, deri yenilenmesini sağlarken fonksiyonel ve estetik iyileşmeyi de inşaa etmektir. Lokal yanıklar yaşamı tehdit etmese bile oluşabilecek estetik problemler sonrasında kişinin yaşamını etkilemektedir. Burada hem yanığın iyileşmesi hem de sonrasında skar oluşumunu azaltmak için Platelet-rich plazma (PRP) ve Er:YAGlazer'in tedavi yöntemi olarak kombine kullanımı anlatılmıştır.

Yöntem: 54 yaşıda kadın hasta, sağ yanağında yanık ile başvurdu. Hastanın herhangi bir ağrı hissi yoktu. Hemen PRP uygulandı. Sistemik antibiyotik, lokal gümüş sülfadiazin içeren krem başlandı. Hastanın 3 gün sonra doku kanlanması gözlemlendi ve o bölgede kaşıntı hissi oluştu. 1 hafta sonra tekrar PRP yapıldı. Yanık dokusu epitelize olan kadar lokal kreme devam edildi. 2. ayda yanık alanında fibrotik alanlar oluşmaya başladığı görüldü. Fibrotik alanları düzeltmek ve skar oluşumunu azaltmak için Er: Yag lazer ile her 3 haftada bir 3 seans yapılı. Er: Yag parametreleri, R11 başlıkla 7j/cm2, 2mm, 2Hz ve XLP seviyesinde iki geçiş ve FS01x başlıkla 60J/cm2, 1.2 Hz 300ms ve LP seviyesinde iki geçiş idi. Lazer seansları sonrasında Avène Cicalfate+® kullanıldı. Lazer seansları bitince Extractum Cepae içeren lokal krem ile devam edildi.

Tedavi öncesi



Bulgular ve Sonuç: 54 yaşıda kadın hasta, sağ yanağında yanık ile başvurdu. Şömine tutuşturucunun plastik kısmının yüzüne yapışması ile lokal bir yanık oluşmuş. Olaydan 2 gün sonra hasta başvurdu. Hastanın sağ göz kenarından yanağına doğru uzanan 3x1.5 cm, deriden 1.5 mm deprese, beyaz renkli yanık alanı saptandı. Hastanın herhangi bir ağrı hissi yoktu. Hemen PRP uygulandı. Hastanın 3 gün sonra doku kanlanması arttı. Yanık bölgesinde ağrı ve kaşıntı hissi başladı. 1 hafta sonra tekrar PRP yapıldı. Ve hızlı bir epitelizasyon gözlemlendi. Yanık dokusu epitelize olan kadar lokal kreme devam edildi. 2. ayda yanık alanında fibrotik alanlar oluşmaya başladığı görüldü. Fibrotik alanları düzeltmek ve skar oluşumunu azaltmak için Er: Yag lazer ile her 3 haftada bir 3 seans yapıldı.Sonuç olarak; hastanın ilk gediğinde hissiz ve deprese-atrofik görünümlü bir yanık alanı vardı. PRP ile doku angiogenezisi ve rejenerasyonu hızlı bir şekilde geri kazandırıldı. Sonrasında yara skar oluşumunu azaltmak için Er :Yag lazer kullanıldı. Lokal tedavilerle birlikte, PRP ve Erbiyum:YAG lazer, kozmetik açıdan rahatsız edici olabilecek, yanık sonrası yara izlerinin iyileştirilmesi için değerli tamamlayıcı araçlardır. Doğru zaman ve uygun vakada kullanıldığında iyileşmeye olumlu katkıları olduğu gözlemlenmiştir.

Tedavi sonrası



Anahtar Kelimeler: Yanık, Platelet-rich plazma, Er:YAG lazer

Yayın No: P-021
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

malign melanom şüphesiyle başvuran bir laugier-hunziker sendromu olgusu: oral ve tırnak pigmentasyonunda ayırıcı tanı önemi

Aybüke Sözen[1], Rana Güngör Yıldırım[1], Semih Tatlıcan[1]

[1]İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medicalpoint Hastanesi, Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Laugier-Hunziker Sendromu (LHS), 1970 yılında ilk kez tanımlanmış, etiyolojisi bilinmeyen, edinsel ve benign karakterde bir mukokutanöz hiperpigmentasyon sendromudur. Dudaklar ve oral mukozada lentiküler melanotik maküller ile longitudinal melanonychia ile karakterizedir; herhangi bir sistemik tutulum veya malign potansiyeli bulunmamaktadır. Nadir görülmesi ve subungual melanom ile Addison hastalığı gibi ciddi durumlarla klinik benzerlik göstermesi, tanıyı güçleştirmektedir. Erişkin dönemde başlayan çok odaklı mukokutanöz pigmentasyonlarda LHS'nin ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmasının önemine dikkat çekmek amacıyla bu olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Elli iki yaşında kadın hasta, tırnaklarındaki kahverengi çizgiler nedeniyle subungual melanom ön tanısıyla kliniğimize yönlendirildi. Pigmentasyonun üç yıl önce sol ayak küçük tırnağından başladığı, ardından diğer tırnaklara ve oral-dudak mukozasına yayıldığı öğrenildi. Bilinen hastalıkları migren ve astım olan hastanın alerji ve astım nedeniyle flutikason propiyonat/formoterol, salbutamol, ipratropium bromür ve flutikason propiyonat nazal sprey kullandığı saptandı. Otuz yıldır günde 10 adet sigara içme öyküsü mevcuttu. Kilo kaybı, senkop ve hipotansiyon gibi sistemik şikayetleri yoktu; gastrointestinal sistem öyküsünde özellik saptanmadı. Ailede benzer pigmentasyon öyküsü bulunmuyordu.Dermatolojik muayenede dudak ve oral mukozada çok sayıda kahverengi-siyah lentiküler makül ile birden fazla tırnakta düzenli longitudinal melanonychia bantları saptandı. Hutchinson işareti saptanmadı. Ağız içi muayenesinde dil ve alt dudak mukozasında belirgin pigmentasyon izlendi.Sistemik değerlendirme kapsamında endokrinoloji konsültasyonu yapıldı; kortizol, adrenokortikotropik hormon (ACTH), tiroid uyarıcı hormon (TSH), serbest T4, elektrolitler ve tam kan sayımı değerleri normal sınırlarda bulundu. Batın ultrasonografisi olağandı. Tüm bu bulgular ışığında Addison hastalığı ve ilaç kaynaklı pigmentasyon başta olmak üzere diğer olası ayırıcı tanılar dışlandı.LHS tanısı; erişkin dönemde başlayan edinsel pigmentasyon öyküsü, çok bölgeli tutulum, normal sistemik bulgular ve aile öyküsü yokluğuna dayalı olarak klinik dışlama yöntemiyle konuldu.

mukokutanöz hiperpigmentasyon



longitudinal melanonychia



Bulgular ve Sonuç: LHS, erişkin dönemde başlayan çok odaklı mukokutanöz pigmentasyonların ayırıcı tanısında mutlaka akılda bulundurulması gereken, nadir ancak öğretici bir klinik antitedir. Sunduğumuz olguda da görüldüğü üzere, hastalık subungual melanom ile kolaylıkla karışabilmekte ve bu durum hastada ciddi anksiyeteye yol açabilmektedir. Oysa LHS; erişkin başlangıçlı edinsel pigmentasyon, çok bölgeli tutulum, Hutchinson işareti yokluğu ve normal sistemik bulgular ile melanomdan klinik olarak ayrıştırılabilir. Addison hastalığı ise diffüz ve baskı alanlarına yönelik pigmentasyon paterni, hipotansiyon ve yorgunluk gibi eşlik eden sistemik bulgularla LHS'den ayırt edilebilir; olgumuzda kortizol ve ACTH düzeylerinin normal

saptanması bu tanıyı dışlamıştır.LHS bir dışlama tanısı olup literatürde 200'den fazla olgu bildirilmiş olmakla birlikte hâlâ yeterince tanınan bir sendrom olmaya devam etmektedir. Oral pigmentasyonun çoğu olguda sendromun ilk ve bazen tek bulgusu olarak ortaya çıkması, dermatoloji pratiğinde muayenenin tırnak ve oral mukozayı da kapsayacak şekilde yürütülmesinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Dermoskopi, hem oral mukoza hem de tırnak değerlendirmesinde benign pigmentasyon örüntülerini tanımlamada ve melanomla ayırıcı tanıda değerli bir noninvaziv araç olarak öne çıkmaktadır. Hastalığın bilinen herhangi bir sistemik komplikasyonu veya malign dönüşüm potansiyeli bulunmamakta; tedavi yalnızca kozmetik kaygı durumunda gündeme gelmekte ve Q-anahtarlı (Q-switched) Nd:YAG lazer başarıyla uygulanabilmektedir. Bu olgumuzun temel katkısı; sık karıştırılan ancak özgün klinik özellikleriyle ayırt edilebilen bu nadir sendromu vurgulamak, gereksiz biyopsi ve invaziv girişimlerin önüne geçilebileceğini göstermek ve multidisipliner yaklaşımın tanı sürecindeki belirleyici rolünü paylaşmaktır.

Laugier-Hunziker Sendromu, Subungual Melanom ve Addison Hastalığının Ayırıcı Tanı Açısından Karşılaştırılması

Özellik	LHS	Subungual Melanom	Addison Hastalığı
Dağılım	Çok bölgeli	Tek tırnak	Diffüz/ Baskı bölgeleri
Hutchinson işareti	Yok	Var (tipik)	Yok
Sistemik bulgu	Yok	Yok (lokal)	Halsizlik, hipotansiyon
Laboratuvar	Normal	Normal	Kortizol ↓ / ACTH ↑
Seyir	Benign, statik	Malign, ilerleyici	Kronik, tedavi gerektirir

Laugier-Hunziker Sendromu (LHS), subungual melanom ve Addison hastalığının klinik dağılım, Hutchinson işareti, sistemik bulgu, laboratuvar ve seyir açısından karşılaştırılması. Bu üç klinik antite pigmentasyon bulgularıyla birbirine benzeyebilse de, listelenen özellikler ayırıcı tanıda belirleyicidir.

.Olguda Saptanan Dermoskopik ve Klinik Bulguların Ayırıcı Tanıdaki Değeri

Bulgu	Bu Olguda	Tanısal Anlamı
Bant genişliği ve renk homojenitesi	Düzenli, homojen kahverengi-siyah pigmentasyon	Homojen renk dağılımı, benign melanositik aktivasyonu düşündürür
Bant sınırları	Paralel, keskin ve düzenli kenarlar	Melanomda tipik olan düzensiz ve bulanık sınırlarla uyumsuzdur
Hutchinson işareti	Negatif	Periungual pigment yayılımının yokluğu, subungual melanom olasılığını azaltır
Tutulum dağılımı	Çok bölgeli (dudak, oral mukoza ve birden fazla tırnak)	İzole, tek tırnakta sınırlı lezyonlardan ziyade yaygın bir pigmentasyon sürecini destekler
Pigmentasyon simetrisi	Simetrik, çok odaklı dağılım	Lokalize ve asimetrik büyüme göstermemesi, benign ve statik bir süreci destekler

Olguda saptanan dermoskopik ve klinik bulgular ile bu bulguların ayırıcı tanıdaki değeri özetlenmiştir. Bulguların tümü birlikte değerlendirildiğinde, melanositik malignite lehine bir paternin bulunmadığı görülmüş; bu durum klinik tanının desteklenmesini ve gereksiz biyopsi ile invaziv girişimlerden kaçınılmasını sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Laugier-Hunziker Sendromu, mukokutanöz hiperpigmentasyon, longitudinal melanonychia

Yayın No: P-022
Bildiri Grubu: Genel / Dermatopatoloji

Keloid Görünümünün Ardındaki Nadir Tanı: Keloidal Dermatofibrom

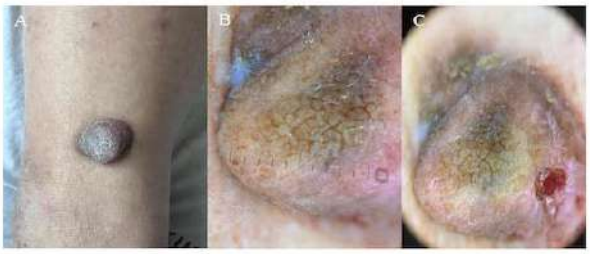
Yağız Üstündağ[1], Yasemin Çakır[2], Ceylan Avcı[1], Sevgi Akarsu[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Dermatofibrom, genellikle genç ve orta yaşlı kadınlarda görülen, en sık alt ekstremite yerleşimli, sert kahverengi veya pembemsi renkte papül ya da nodül şeklinde ortaya çıkan benign fibrohistiyositik bir deri tümörüdür. Çeşitli histopatolojik varyantları bulunmakta olup keloidal tip, tüm dermatofibrom olgularının yaklaşık %1'ini oluşturan nadir bir alt tiptir. Olgumuzda, nadir görülen keloidal dermatofibromun klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulguları sunularak, bu özgün varyantın tanınmasına dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk yedi yaşında kadın hasta, hidradenitis suppurativa nedeniyle biyolojik tedavi planı amacıyla dermatoloji kliniğine yatırıldı. Hastanın dermatolojik değerlendirmesi sırasında, sağ tibia ön yüzde yaklaşık 3 X 3 X 2 cm boyutlarında, iyi sınırlı, kubbe şeklinde, kahverengi-viyole renkli, yüzeyi hiperkeratotik, sert kıvamlı nodüler lezyon insidental olarak saptandı (Resim 1A). Lezyona yönelik ağrı veya hassasiyet yakınması mevcut değildi. Anamnez derinleştirildiğinde lezyonun yaklaşık 35 yıl önce şüpheli bir böcek ısırığı sonrası sivilce benzeri bir oluşum şeklinde başladığı ve sonrasında tekrarlayan travmalarla giderek büyüdüğü öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde diyabet, hiperlipidemi, astım, duygu durum bozukluğu ve hidradenitis suppurativa mevcuttu. Ailevi veya kişisel keloid öyküsü bulunmamaktaydı. Diyabet nedeniyle yara iyileşmesinde gecikmeler olduğu öğrenildi. Dermoskopik incelemede, yüzeyde hafif skuam, fokal hiperkeratotik alanlar ve serebriform görünümün yanı sıra, pembe-açık kahverengi zemin üzerinde beyaz-kahverengi yapısız alanlar, parlak beyaz çizgiler ve ince vasküler yapılar izlendi (Resim 1B, C). Keloid, dermatofibrom, ve dermatofibrosarkom protuberans ön tanılarıyla alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde, ince bir grenz zonunun altında dermiste kalın keloid benzeri kollajen demetleri ve bu demetler arasında yerleşmiş fibrohistiyositik hücre proliferasyonu izlendi (H&E, ×200) (Resim 2A). Dermal fibrohistiyositik proliferasyon ve belirgin keloid benzeri hiyalinize kollajen demetleri dikkati çekti (H&E, ×40) (Resim 2B). Geniş, eozinofilik, hiyalinize kollajen demetleri arasında yerleşmiş sitolojik atipi göstermeyen iğsi fibrohistiyositik hücreler izlendi (H&E, ×200) (Resim 2C). Klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda keloidal dermatofibrom tanısına ulaşıldı. Eksizyon isteği olmayan hastaya ek bir cerrahi girişim planlanmadı.

Resim 1. Keloidal dermatofibromun klinik görünümü (A) ve dermoskopik görünümleri (B, C).



(A) Sağ tibia ön yüzde yaklaşık 3 cm çapında, iyi sınırlı, kubbemsi, kahverengi-viyole renkli, hiperkeratotik yüzeyli ve sert kıvamlı nodüler lezyon. (B, C) Dermoskopik incelemede; pembe-açık kahverengi zemin üzerinde beyaz-kahverengi yapısız alanlar, parlak beyaz çizgiler, ince vasküler yapılar, hafif skuam, fokal hiperkeratotik alanlar ve serebriform görünüm izlendi. (C) Sağ alt kesimde punch biyopsi alanına ait ülserasyon.

Resim 2. Histopatolojik bulgular



(A) İnce bir grenz zonunun altında dermiste kalın keloid benzeri kollajen demetleri ve bu demetler arasında yerleşmiş fibrohistiyositik hücre proliferasyonu (H&E, ×200). (B) Dermal fibrohistiyositik proliferasyon ile belirgin keloid benzeri hiyalinize kollajen demetleri (H&E, ×40). (C) Geniş, eozinofilik, hiyalinize kollajen demetleri arasında yerleşmiş sitolojik atipi göstermeyen iğsi fibrohistiyositik hücreler (H&E, ×200).

Sonuç: Keloidal dermatofibrom (KDF), ilk kez 1998 yılında tanımlanan ve tüm dermatofibromların yaklaşık %0,8–2,4'ünü oluşturan oldukça nadir bir varyanttır. Literatürdeki KDF olgularının büyük çoğunluğu, keloid gelişimine yatkın olduğu bilinen Asya kökenli bireylerde tanımlanmış olup, beyaz ırkta bildirilen olgu sayısı oldukça sınırlıdır; bu yönüyle sunulan olgu literatüre katkı sağlamaktadır. Patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, özellikle minör travma sonrası gelişen keloid benzeri kollajen birikimi, reaktif süreç hipotezini desteklemektedir. Olgumuzda lezyonun şüpheli böcek ısırığı sonrasında ortaya çıkması ve zamanla tekrarlayan mikrotravmalarla büyümesi bu görüşle uyumludur. KDF, klasik dermatofibromdan farklı olarak sıklıkla pembe zemin üzerinde arborizan ve/veya noktasal damar yapıları ile parlak beyaz çizgiler sergileyen, bu nedenle bazal hücreli karsinom ve amelanotik melanom gibi malign lezyonları taklit edebilen değişken dermoskopik özelliklere sahiptir. Histopatolojik incelemede ise literatür ile uyumlu olarak ince grenz zonu altında yerleşen belirgin keloid benzeri hiyalinize kollajen demetleri arasında fibrohistiyositik proliferasyon izlenmesi tanıyı desteklemiştir. Yakın tarihli retrospektif bir Japon serisinde KDF'nin çoğunlukla üst ekstremitede yerleştiği bildirilirken, olgumuzun alt ekstremite yerleşimli olması dikkat çekicidir. Güncel veriler, KDF'nin klasik dermatofibromdan farklı bir tümörden ziyade, önceden gelişmiş dermatofibrom üzerinde ortaya çıkan sekonder keloidal değişikliği temsil edebileceğini

düşündürmektedir. Sonuç olarak KDF'nin değişken klinik ve dermoskopik özellikleriyle ayırıcı tanıda akılda tutulması ve histopatolojik değerlendirme ile doğrulanması, bu nadir varyantın klinikopatolojik spektrumunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: dermatofibrom, keloid, kollajen

Yayın No: P-023
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

İlaç ile Tetiklenen Büllöz Pemfigoid Olgusu: Nivolumabın Nadir Bir Yan Etkisi

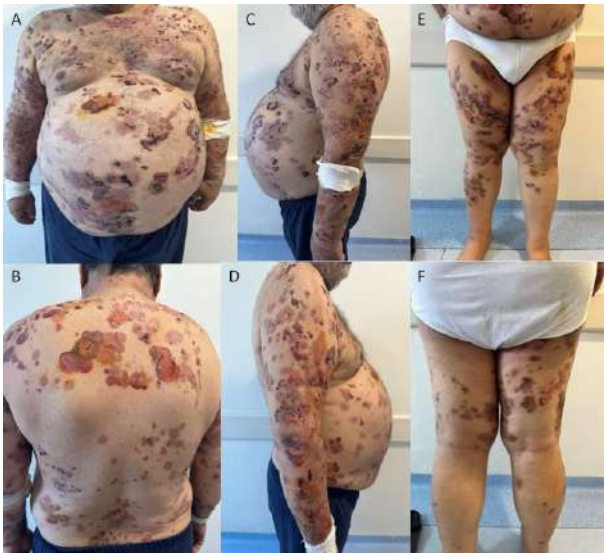
Merve Karabulut[1], Ela Gazal[1], Ümit Türsen[1], Yasemin Yuyucu Karabulut[2]

[1]Mersin Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Mersin Üniversitesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Büllöz pemfigoid (BP) daha çok ileri yaşlarda görülen otoimmün büllöz dermatozdur. Patogenezde hemidesmozomal proteinler BP 180 ve BP 230' a karşı oluşan otoantikorlar sorumludur. Otoantikorların hedef antijene bağlanmasıyla kompleman sistemi aktive olur; nötrofil ve eozinofiller bölgeye gelerek salgıladıkları enzimlerle hemidesmozomlarda parçalanma böylece dermoepidermal ayrışma ve bül oluşumuna neden olur. Hastalık şiddetli kaşıntı ve gergin büllerle karakterizedir. Etiyolojide bazı ilaçlar yer almakta olup ilaçlar bazal membran proteinlerinin antijenik özelliklerini değiştirerek otoimmün yanıtı tetikleyebilir. Nivolumaba bağlı BP olguları bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda, renal hücreli karsinom nedeniyle immün kontrol noktası inhibitörü (nivolumab) kullanan ve buna bağlı gelişen BP tablosunun klinik ve histopatolojik bulgularının literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta yaklaşık 5 ay önce başlayan kaşıntı ve vücudunda su toplayan yara şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Bilinen hipertansiyon, diyabet ve benign prostat hiperplazisi olan hasta gliklazid, pioglitazon-metformin, tamsulosin, kandesartan-amlodipin kullanmaktaydı. Detaylı sorgumuzda kullandığı ilaçları en yenisi 8 yıl önce başlanmıştı. 2025 yılında renal hücreli karsinom tanısı alan hastaya sol böbrek radikal nefrektomi yapılıp Eylül 2025' te nivolumab tedavisi başlanmıştı. 21 güne bir olacak şekilde 14 seans tedavi alan hastanın 10. seansından itibaren kaşıntıları ve derisinde büllöz lezyonları çıkmaya başlamıştı ve giderek artış göstermişti. Muayenemizde kollarda bacaklarda gövde ön ve arka yüzde yer yer gergin intakt büller, erode ve kurutlu lezyonlar saptandı (Resim 1). Oral mukoza, anogenital mukoza ve göz tutulumu yoktu. Direkt ve indirekt Nikolsky bulgusu negatifti. BP ön tanısıyla alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde dermoepidermal ayrışma ve lenfosit, eozinofil nötrofillerden oluşan infiltrasyon görüldü. Nivolumab tedavisi durduruldu ve hastaya 60 mg/gün sistemik prednizolon ve antihistaminik, topikal olarak klobetazol propiyonat başlandı.

Resim 1



Nivolumab sonrası büllöz pemfigoid tetiklenen hastanın gövde ve ekstremitelerinin farklı yönlerden klinik görünümü

Sonuç: İmmün kontrol noktası inhibitörleri (İKİ) olan PD-1 inhibitörleri (nivolumab vb.), kanser tedavisinde çığır açmış olmakla birlikte, bağışıklık sistemini aktive ettikleri için çeşitli immün ilişkili advers olaylara yol açabilirler. Dermatolojik toksisiteler İKİ tedavisinden sonra en sık görülen yan etkiler arasındadır; ancak BP gibi edinilmiş otoimmün büllöz hastalıklar nadir görülen ancak ciddi komplikasyonlardır. Literatürde nivolumabın başlanmasından aylar sonra (ortalama 4-6. aylarda) BP gelişebildiği bildirilmiştir. Olgumuzda da tedavinin 10. seansında (yaklaşık 6-7. aylarda) lezyonların ortaya çıkması bu verilerle uyumludur. İKİ'ye bağlı büllöz pemfigoid vakalarında ilaç kesilmesi ve sistemik kortikosteroid tedavisi temel yaklaşımdır. Bu olgu, Nivolumab'a bağlı görülebilecek deri reaksiyonları spektrumunu genişletmekte olup, büllöz pemfigoid (BP) gibi potansiyel ciddi otoimmün komplikasyonlar açısından erken tanı ve biyopsi ile değerlendirme hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Büllöz pemfigoid, Nivolumab, İmmün ilişkili advers olaylar

Yayın No: P-024
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Xp22.31 Mikrodelesyonuna Bağlı X'e Bağlı İktiyoz: Genetik Doğrulamanın Multisistemik Değerlendirme ve Multidisipliner İzlemdeki Önemi

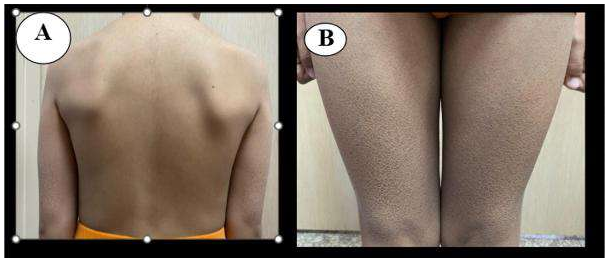
Emre ERSUN[1], Pelin HIZLI[1], Arzu KILIÇ[1], İlkay CAN[1], Hilmi BOLAT[2], Hilal AYDIN[3]

[1]Balıkesir Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı
[3]Balıkesir Üniversitesi, Çocuk Nöroloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: X'e bağlı iktiyoz (XLI), steroid sülfataz (STS) genindeki patojenik varyantlar veya delesyonlar sonucu gelişen, X'e bağlı resesif kalıtılan en sık kalıtsal iktiyozlardan biridir. STS enzim eksikliği epidermal deskuamasyonu bozarak özellikle ekstremite ekstansör yüzlerinde belirgin kahverengi, poligonal skuamlarla karakterize tipik klinik görünüm oluşturur. Günümüzde XLI'nin yalnızca kutanöz bulgularla sınırlı olmadığı; özellikle Xp22.31 mikrodelesyonlarının komşu genleri de etkilemesi sonucu nörogelişimsel bozukluklar, epilepsi, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kardiyak anomaliler, korneal opasiteler ve kriptorşidizm gibi çok sayıda ekstrakütanöz bulgunun eşlik edebildiği gösterilmiştir. Bu nedenle genetik doğrulama, yalnızca tanının kesinleştirilmesini değil, aynı zamanda multisistemik değerlendirmenin planlanmasını ve uzun dönem multidisipliner izlemi de yönlendirmektedir.[1–9] Bu olgu sunumunda, Xp22.31 mikrodelesyonuna bağlı X'e bağlı iktiyoz tanısı alan, epilepsi ve DEHB ön tanısının eşlik ettiği bir çocuk hastada genetik doğrulamanın multidisipliner yaklaşım açısından öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.[1–9]

Olgu: Sekiz yaşında erkek hasta, yaklaşık iki yıldır bilateral kol ve bacak ekstansör yüzlerinde bulunan, kış aylarında belirginleşen ve yaz aylarında gerileyen yaygın pullanma şikâyeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde gebeliğin son trimesterinde oligohidramniyoz öyküsü, üç yaşından itibaren yalnızca uykuda gelişen toplam beş epileptik nöbet ve sekiz yaşında konulan DEHB ön tanısı mevcuttu. Dermatolojik muayenede bilateral üst ve alt ekstremite ekstansör yüzlerinde yerleşmiş kahverengi, poligonal, balık pulu görünümünde skuamlar izlendi (Resim 1). Kas-iskelet sistemi muayenesinde bilateral pes planus saptanırken saç, tırnak ve diş muayeneleri normaldi. Epilepsi etiyolojisine yönelik yeni nesil dizileme tabanlı epilepsi panelinde patojenik varyant saptanmadı. Takiben gerçekleştirilen kromozomal mikrodizi analizinde Xp22.31 bölgesinde yaklaşık 1,63 Mb büyüklüğünde patojenik hemizigot delesyon gösterildi ve STS delesyonuna bağlı X'e bağlı iktiyoz tanısı doğrulandı. Genetik tanı sonrasında çocuk kardiyolojisi, göz hastalıkları ve çocuk cerrahisi tarafından yapılan değerlendirmelerde atriyal fibrilasyon, yapısal kardiyak anomali, korneal opasite ve kriptorşidizm saptanmadı. Hasta levetirasetam tedavisi ile nöbetsiz izlenmekte olup dermatolojik bulguları için bariyer onarıcı emolyan tedavi ile takip edilmektedir.

Resim 1



Bilateral kol ve uyluk ekstensörlerinde kahve renkli-poligonal, balık pulu şeklinde skuamlar.

Sonuç: Xp22.31 mikrodelesyonuna bağlı XLI olgularında aynı delesyon büyüklüğüne rağmen klinik spektrumun oldukça değişken olabileceği ve nörolojik ile nörogelişimsel bulguların kutanöz fenotipe eşlik edebileceği bilinmektedir.[1,3,5–9] Olgumuzda epilepsi ve DEHB ön tanısının eşlik etmesi, XLI'nin multisistemik doğasını desteklemektedir. Dikkat çekici olarak, epilepsi panelinin normal bulunmasına karşın kromozomal mikrodizi analizi ile tanının kesinleştirilmesi, özellikle iktiyoza nörolojik veya nörogelişimsel bulguların eşlik ettiği hastalarda kromozomal mikrodizi analizinin önemini göstermektedir.[4–7] Ayrıca genetik tanı sonrasında gerçekleştirilen sistematik kardiyak, oftalmolojik ve ürolojik değerlendirme olası komorbiditelerin dışlanmasına olanak sağlamıştır. Sonuç olarak X'e bağlı iktiyoz yalnızca deri bulguları ile sınırlı bir hastalık olarak değerlendirilmemeli; özellikle nörolojik veya davranışsal bulguların eşlik ettiği olgularda genetik doğrulama yapılarak hastalar multidisipliner yaklaşımla izlenmelidir.[1–9]

Anahtar Kelimeler: X'e Bağlı İktiyoz, Steroid Sülfataz Eksikliği, Epilepsi

Yayın No: P-025
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Seboreik Dermatit Hastalarında Serum Human Beta-Defensin-2 ve Kallikrein-5 Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Olgu-Kontrol Çalışması

Yavuz Semiz[1]

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

Giriş ve Amaç: Seboreik dermatit (SD), Malassezia türleri, sebase bez aktivitesi, epidermal bariyer bozukluğu ve doğuştan gelen immün yanıtın etkileşimi sonucu gelişen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Human beta-defensin-2 (hBD-2) antimikrobiyal savunmada, kallikrein-5 (KLK5) ise epidermal bariyer bütünlüğü ve deskuamasyonun düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada SD hastalarında serum hBD-2 ve KLK5 düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu biyobelirteçlerin hastalık şiddeti ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Prospektif olgu-kontrol çalışmasına klinik olarak SD tanısı alan 54 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından benzer 46 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Hastalık şiddeti Seboreik Dermatit Alan ve Şiddet İndeksi (SDASI) ile değerlendirildi. Açlık venöz kan örneklerinde serum hBD-2 ve KLK5 düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü. Biyobelirteçlerin klinik özellikler ve SDASI skorları ile ilişkisi analiz edildi.

Bulgular ve Sonuç: Hasta ve kontrol grupları yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve sigara kullanımı açısından benzerdi ($p > 0.05$). SD hastalarında ortalama hastalık süresi 90,22±97,32 ay olup, hastaların %38,9'unda aile öyküsü mevcuttu. Tüm hastalarda yüz ve saçlı deri tutulumu izlenirken, ortalama toplam SDASI skoru 25,02±10,59 idi. SD grubunda medyan serum hBD-2 düzeyi sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha düşüktü (9.41 ng/L vs. 13.29 ng/L, $p=0.001$). Benzer şekilde medyan serum KLK5 düzeyi de hasta grubunda anlamlı olarak düşük bulundu (1126.3 ng/L vs 2264.9 ng/L, $p=0.001$). SD hastalarında serum hBD-2 ve KLK5 düzeyleri arasında çok güçlü pozitif korelasyon saptandı ($r=0.952$, $p < 0.001$). Ancak her iki biyobelirteç ile toplam, yüz ve saçlı deri SDASI skorları arasında anlamlı ilişki izlenmedi ($p > 0.05$). Ayrıca biyobelirteç düzeyleri yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, sigara kullanımı, hastalık süresi ve aile öyküsü ile ilişkili değildi. Daha önceki çalışmalar çoğunlukla hBD-2 ve KLK5'in deri dokusundaki ekspresyonunu incelemiş olup, serum düzeylerine ilişkin veriler sınırlıdır. Çalışmamızda her iki biyobelirtecin serum düzeylerinin düşük bulunması, SD'de lokal inflamasyon ile sistemik immün yanıtın farklı düzenlenebileceğini ve epidermal bariyerle ilişkili doğuştan gelen immün yanıtın sistemik düzeyde de etkilenebileceğini düşündürmektedir. Serum hBD-2 ve KLK5 düzeylerindeki azalma, SD patogenezinde epidermal bariyer ve doğuştan gelen immün yanıtın birlikte rol oynadığını desteklemektedir. Bu biyobelirteçlerin hastalık aktivitesi ve tedavi yanıtındaki olası rollerinin ortaya konulması için daha geniş, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: human beta-defensin-2, kallikrein-5, seboreik dermatit

Yayın No: P-026
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Dissemine Kutanöz Erüptif Histiyositoz: Sistemik Tutulumu Olmayan Nadir Bir Olgu

Bengisu MERAL KETENCI[1]

[1]konya şehir hastanesi

Giriş ve Amaç: Generalize erüptif histiyositom (GEH), Langerhans hücreli olmayan histiyositozlar (NHL) içerisinde yer alan, nadir görülen benign bir histiyositik proliferasyondur [1,2]. İlk kez 1963 yılında tanımlanan hastalık, özellikle erişkinlerde yüz, gövde ve proksimal ekstremitelerde simetrik dağılım gösteren, birbirinden ayrı, asemptomatik kırmızı-kahverengi papüllerin tekrarlayan ataklar halinde ortaya çıkmasıyla karakterizedir [2–5]. Klinik ve histopatolojik özelliklerinin diğer histiyositik hastalıklarla örtüşebilmesi tanısal güçlük oluşturabilir [1,6]. Bu bildiride, kısa sürede gelişen oldukça yaygın kutanöz lezyonlara rağmen sistemik tutulumu bulunmayan bir erişkin GEH olgusunun sunulması amaçlandı.

Olgu: Bilinen ek hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olmayan 39 yaşında erkek hasta, son üç ay içerisinde tüm vücudunda hızla artan kahverengi-kiremit renkli kabarıklıklar nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede yüz ve kulaklar dahil olmak üzere gövde, üst ve alt ekstremitelerde yaygın yerleşimli, birbirinden ayrı, düzgün yüzeyli, kubbe şeklinde, kırmızı-kahverengi papül ve küçük nodüller izlendi. Özellikle alt ekstremitelerde lezyonların belirgin olarak daha yoğun olduğu görüldü. Deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde dermiste histiyositik hücrelerden oluşan infiltrasyon izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede histiyositik hücreler CD68, CD163 ve Faktör XIIIa ile pozitif; CD1a ve S100 ile negatif boyandı. Klinik, histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular birlikte değerlendirilerek GEH tanısı konuldu. Bu immünfenotip daha önce bildirilen GEH olgularıyla uyumluydu [7–9]. Yaygın kutanöz tutulum nedeniyle olası ekstrakutanöz hastalık açısından sistemik değerlendirme yapıldı. Hematolojik incelemelerde tutulum lehine bulgu saptanmadı. Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi incelemesinde lenf nodu veya visseral organ tutulumu izlenmedi. Hasta sistemik tutulumu olmayan GEH olarak değerlendirilerek klinik takibe alındı.

Generalize Erüptif Histiyositomun Klinik Görünümü



Yüz, kulaklar, gövde ve ekstremitelerde yaygın yerleşimli kırmızı-kahverengi, kiremit renkli papül ve nodüller.

Generalize Erüptif Histiyositomun Klinik Görünümü



Gövde ile üst ve alt ekstremitelerde yaygın dağılım gösteren, farklı boyutlarda, kubbe şeklinde kırmızı-kahverengi papül ve nodüllerin klinik görünümü.

Sonuç: GEH, nadir görülen ve klinik olarak diğer histiyositik proliferasyonlarla karışabilen Langerhans hücreli olmayan bir histiyositozdur [1,6]. Hastalık çoğunlukla benign seyirli olmakla birlikte histiyositik hastalıkların klinik ve histopatolojik özelliklerinde örtüşme bulunması nedeniyle tanıda klinik, histopatolojik ve immünohistokimyasal bulguların birlikte değerlendirilmesi önemlidir [1,6,10]. Olgumuz, üç ay gibi kısa bir sürede gelişen, yüz ve kulaklar dahil hemen tüm vücut yüzeyini tutan çok sayıda lezyona rağmen sistemik tutulumun bulunmaması açısından dikkat çekicidir. Yaygın kutanöz hastalıkta sistemik tutulumun dışlanması ve olguların klinik izlemi önem taşımaktadır. Kaynaklar 1.Zelger BWH, Sidoroff A, Orchard G, Cerio R. Non-Langerhans cell histiocytoses. Am J Dermatopathol. 1996;18:490-504.2.Emile JF, Abla O, Fraitag S, et al. Revised classification of histiocytoses and neoplasms of the macrophage-dendritic cell lineages. Blood. 2016;127:2672-81.3.Seward JL, Malone JC, Callen JP. Generalized eruptive histiocytosis. J Am Acad Dermatol. 2004;50:116-20.4.Stables GI, MacKie RM. Generalized eruptive histiocytoma. Br J Dermatol. 1992;126:196-9.5.Caputo R, Alessi E, Allegra F. Generalized eruptive histiocytoma. Arch Dermatol. 1981;117:216-21.6.Repiso T, Roca-Miralles M, Kanitakis J, Castells-Rodellas A. Generalized eruptive histiocytoma evolving into xanthoma disseminatum. Br J Dermatol. 1995;132:978-82.7.Cardoso F, Serafini NB, Reis BD, Nuñez M. Generalized eruptive histiocytoma. An Bras Dermatol. 2013;88:285-8.8.Hansel G, Schönlebe J, Tchernev G, et al. Generalized eruptive histiocytoma in adult patient. J Biol Regul Homeost Agents. 2015;29:15-7.9.Luo S, Guo Z, Zhou Y, Zhang G. Generalized eruptive histiocytoma with S100 protein-positive histiocytes. Am J Dermatopathol. 2022;44:515-8.10.Vázquez-Blanco M, Peteiro C, Toribio J. Generalized eruptive histiocytoma. Actas Dermosifiliogr. 2006;97:35-8.

Anahtar Kelimeler: histiositoz, immünohistokimya, langerhans

Yayın No: P-027
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

MEME BAŞI ADENOMU: SEKİZ OLGULUK KLİNİK, DERMOSKOPİK VE HİSTOPATOLOJİK DEĞERLENDİRME

Ayşenur Yanık Bostan[1], Prof. Dr. Vefa Aslı Erdemir[1], Buğra Burç Dağtaş[1], Sıdıka Şeyma Özkanlı[2], Furkan Aknar[2], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Meme başı adenomu, laktiferöz duktuslardan köken alan nadir görülen benign bir epitelyal neoplazmdır. Klinik görünümü nedeniyle Paget hastalığı, kronik ekzamatöz dermatit, intraduktal papillom ve diğer benign ya da malign meme başı lezyonlarını taklit edebilir. Bu nedenle doğru tanıya ulaşmada histopatolojik inceleme altın standarttır. Dermoskopi ise noninvaziv bir yöntem olarak ayırıcı tanıda önemli katkılar sağlayabilmektedir. Bununla birlikte meme başı adenomunun dermoskopik özelliklerine ilişkin literatür oldukça sınırlıdır ve mevcut bilgiler çoğunlukla olgu sunumlarına dayanmaktadır.AmaçHistopatolojik olarak doğrulanmış meme başı adenomu olgularının klinik, dermoskopik ve histopatolojik özelliklerini değerlendirmek; dermoskopik bulguları mevcut literatür ile karşılaştırarak tanısal katkısını ortaya koymaktır.

Yöntem: Histopatolojik olarak meme başı adenomu tanısı doğrulanmış sekiz kadın hastaya ait klinik, ,histopatolojik veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Bu olguların 4'ünde dermoskopi kayıtları mevcuttu. Dermoskopik bulgular Uluslararası Dermoskopi Derneği terminolojisine uygun olarak tanımlandı Elde edilen bulgular literatürde bildirilen dermoskopik özelliklerle karşılaştırıldı.

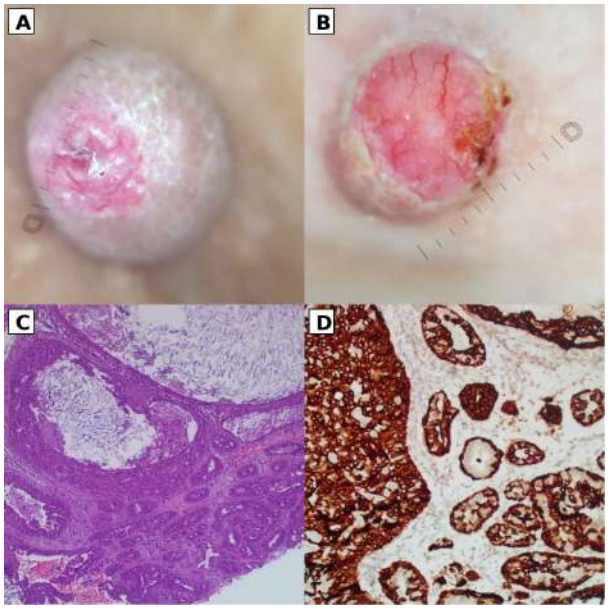
Klinik Görünümler



Lezyonların başlangıçtan eksizyon öncesine kadar farklı evrelerdeki makroskopik görünümü.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmaya yaşları 22 ile 51 arasında değişen sekiz kadın hasta dahil edildi. Klinik ön tanılar arasında en sık Paget hastalığı, kronik ekzama, meme başı adenomu, melanom, bazal hücreli karsinom ve fibroepitelyal polip yer almaktaydı. Hastaların yaş ortalaması 36,4 yıl olup, iki hastada kaşıntı, üç hastada ağrı, iki hastada ülserasyon ve bir hastada meme başı akıntısı mevcuttu. Lezyon süresi ortalama 2,2 yıl (6,5 ay–4,5 yıl) idi. Dermoskopik görüntüsü mevcut olan hastaların klinik ve dermoskopik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Tüm olgularda meme başı adenomu tanısı histopatolojik inceleme ile doğrulandı. TartışmaMeme başı adenomu, klinik olarak başta meme başı Paget hastalığı olmak üzere birçok meme başı hastalığını taklit edebilen nadir görülen benign bir neoplazmdır. Meme başı Paget hastalığında dermoskopik olarak en sık pembe yapısız alanlar, beyaz skuamlar, parlak beyaz çizgiler ile düzensiz noktasal ve lineer damarlar tanımlanmıştır. Bu bulguların özellikle kronik, tedaviye dirençli meme başı lezyonlarında Paget hastalığını düşündürmede önemli olduğu bildirilmiştir (1,2). Buna karşılık, meme başı adenomunda dermoskopik olarak pembe-beyaz yapısız alanlar , kırmızı yapısız alanlar, beyaz-sarı hiperkeratotik skuamlar ve özellikle lineer, radyal veya semisirküler dizilim gösteren kırmızı noktalar ile lineer-serpijinöz damarlar karakteristik bulgular olarak tanımlanmıştır. Bu düzenli vasküler paternin, meme başı adenomunun Paget hastalığı ve diğer malign meme başı lezyonlarından ayırıcı tanısında yol gösterici olabileceği belirtilmektedir (3). Bizim olgularımızda da literatürle uyumlu olarak pembe yapısız alanlar, beyaz yapısız alanlar ve lineer-serpijinöz damarlar izlenmiş, tüm olgularda kesin tanı histopatolojik inceleme ile doğrulanmıştır. Dermoskopi, Paget hastalığı ve diğer meme başı lezyonlarının ayırıcı tanısında değerli bir yardımcı yöntem olmakla birlikte, kesin tanı için histopatolojik inceleme altın standart olmaya devam etmektedir.Kaynaklar1.Singh N, Sharma A, et al. Dermoscopy of Mammary Paget's Disease: A Case Report and Literature Review. Cureus. 2025;17:e86086.2.Cinotti E, Lallas A, Argenziano G, et al. Dermoscopic features of mammary Paget disease: A multicentre retrospective case-control study. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2020;34(2):350-356.

dermoskopik ve histopatolojik görünüm



A. Lobüler mimari ve santral umbilikasyon görünümü. B. Pembe yapısız alan, lineer-serpijinöz damarlar, yüzeyel erozyon ve hemorajik krut. C. p63 immünohistokimyasal boyama: Miyoepitelyal hücrelerde belirgin nükleer pozitiflik. D. H&E boyama: Adenomatöz duktal proliferasyon ve genişlemiş duktal yapılar.

Hastaların Dermoskopik Özellikleri

Dermoskopik bulgu	**n (%)**
Pembe yapısız alan	**4 (%100)**
Beyaz yapısız alan	**3(%75)**
Lineer-serpijinöz damarlar	**3(%75)**
Kalın dallanan damar	**1(%25)**
Beyaz skuam / hiperkeratoz	**1(%25)**
Lobüler mimari	3(%75)
Erozyon	**1 (%25)**
Hemorajik krut	**1 (%25)**

Tablo 1. Dermoskopik olarak değerlendirilen olguların özellikleri

Anahtar Kelimeler: Meme başı adenomu, dermoskopi, meme başı Paget hastalığı

Yayın No: P-028
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Ribosiklib İlişkili Lökoderma: Bir Olgu Sunumu ve Güncel Literatürün Gözden Geçirilmesi

Özlem Türkyaman Coşkun[1], Bengüsu Dursun[1], Kaan Gündüz[1], Elif Demirci Saadet[1]

[1]Atılım Üniversitesi Tıp Fakültesi,Dermatoloji ABD, Ankara

Giriş ve Amaç: Ribosiklib hormon reseptörü pozitif, HER2-negatif ileri evre meme kanserinde birinci basamak tedavide kullanılan siklin bağımlı kinaz 4/6 (CDK4/6) inhibitörlerinden biridir. Bu ajana bağlı bildirilen advers olayların yaklaşık %15'ini kutanöz yan etkiler oluşturmaktadır; bu reaksiyonlar çoğunlukla hafif-orta şiddette seyreder ve doz azaltımı gerektirmez. Bu toksisitelerden biri olan vitiligo benzeri lökoderma, nadir ancak giderek daha sık saptanan kutanöz bir advers olay olup, tipik olarak keskin sınırlı olmayan, konfeti benzeri depigmente maküllerle karakterizedir. Bu yazıda, ribosiklib tedavisi sırasında gelişen vitiligo benzeri lökoderma olgusu sunulmuş ve mevcut literatür eşliğinde tartışılmıştır.

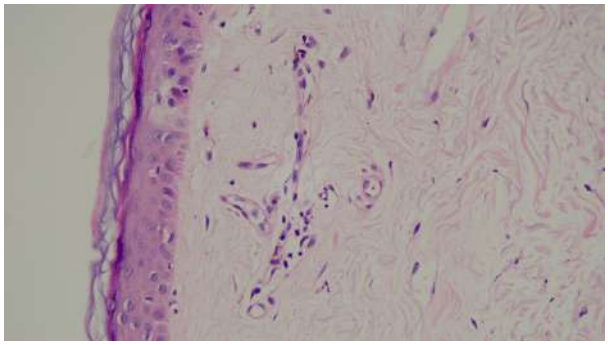
Yöntem: Meme kanseri ile izlenen kemik metastazı nedeniyle denosumab, fulvestrant ve ribosiklib tedavisi almakta olan 78 yaşında kadın hasta; tedavinin yaklaşık onuncu ayında kollarında fark edilen deri renginde değişme nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünde travma ya da belirgin güneş maruziyeti bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenede yüzde ve bilateral üst ekstremitelerde yaygın depigmente yamalar; bacak ön yüzü, gövde ve sırtta guttat; boyun ve ensede konfeti benzeri depigmente maküller izlendi (Resim 1). Eşlik eden hipertansiyon, diabetes mellitus ve hipotiroidisi mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde otoimmün taramada anti nükleer antikor (ANA) 1/320 + , anti-tiroid peroksidaz (anti-TPO) antikoru negatif; laktat dehidrogenaz (LDH) ve eritrosit sedimentasyon hızı aktif malignite ile uyumlu olarak hafif yüksek saptandı. Histopatolojide bazal tabakada melanositlerde azalma, üst dermiste perivasküler lenfositler ve melanofajlar saptandı (Resim 2). Klinik ve histopatolojik bulgular ile hastaya ilaca bağlı lökoderma tanısı konuldu. Onkolojik tedaviye ribosiklib dozu değiştirilmeden devam edildi. Gövde lezyonları için topikal diflorazon diasetat, yüz lezyonları için ise topikal pimekrolimus tedavisi başlandı. Dört aylık izlemde belirgin repigmentasyon gözlenmemekle beraber hastanın klinik takibine devam edilmektedir.

Resim 1.



Ribosiklib ilişkili lökoderma (a) (b) Bilateral önkollarda birleşme eğilimli, düzensiz sınırlı depigmente makül ve yamalar. (c) Boyun ve üst göğüs ön yüzünde çok sayıda konfeti-benzeri depigmente makül. Wood lambası altında gövdedeki yaygın guttat ve konfeti-benzeri depigmente maküller. (d) Wood lambası altında gövdedeki yaygın guttat ve konfeti-benzeri depigmente maküller

Resim 2.



Histopatolojide epidermal bazal tabakada melanosit ve melanin pigmentinde azalma ile üst dermiste seyrek perivasküler lenfositik infiltrasyon ve melanofajlar

Bulgular ve Sonuç: CDK4/6 inhibitörü ile ilişkili lökoderma; klasik vitiligodan ileri yaşta başlaması, güneş gören bölgelerde yerleşmesi, sıklıkla kaşıntının eşlik etmesi ve tedaviye dirençli seyri gibi özellikleriyle ayrılan özgün bir kutanöz advers olaydır. Bildirilen olguların neredeyse tamamı kadın olup palbosiklib, ribosiklib ve abemasiklib en sık sorumlu ajan ribosiklibdir; güncel sistematik derlemede olguların %76'sında ribosiklib bildirilmiştir. Patogenez tam olarak aydınlatılmamış olmakla beraber; melanosit hücre döngüsünün doğrudan baskılanması, CD4+ T-hücre ağırlıklı immün aracılı melanosit hasarı ve ultraviyole/aktinik katkının birlikte rol oynadığı öne sürülmektedir. Bu bulgular, söz konusu durumu klasik vitiligodan ayıran, kendine özgü bir patojenik mekanizmaya işaret etmektedir. Klinik yönetimde en önemli nokta, depigmentasyon gelişiminin tek başına onkolojik sistemik tedavinin kesilmesini

gerektirmemesidir. Nitekim ilacın kesilmesi çoğu olguda repigmentasyon sağlamamakta ve lezyonlar sıklıkla tedaviye dirençli seyretmektedir. Topikal kortikosteroidler, kalsinörin inhibitörleri, topikal ruksolitinib ve fototerapi denenebilir; ancak yanıt sınırlıdır. Günlük hayatta fotokoruma kadar psikososyal destek de önem taşır. Öte yandan lezyonların ortaya çıkışı uzamış progresyonsuz sağkalımla ilişkilendirilmiş olup, olası bir olumlu prognostik biyobelirteç olarak dikkat çekmektedir. Dolayısıyla bu tablonun erken tanınması, gereksiz tedavi kesintilerinin önlenmesine katkı sağlayarak etkin onkolojik tedavinin sürdürülebilmesine ve hastaların yaşam kalitesinin korunmasına yardımcı olabilir. Ayrıca olası prognostik değeri nedeniyle gelecekte yapılacak geniş ölçekli çalışmalarla daha ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ribosiklib, vitiligo benzeri lökoderma

Yayın No: P-029
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

NİVOLUMAB İLE ALEVLENEN PSORİASİS: OLGU SUNUMU

Aleyna Doğu[1], Elif Feyza Ergün[1], Gökhan Şahin[1]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun

Giriş ve Amaç: Nivolumab; çeşitli malignitelerin tedavisinde kullanılan bir immün kontrol noktası inhibitörüdür. Programlanmış hücre ölümü-1 (PD-1) reseptörünü bloke ederek etki gösterir. Nivolumab tedavisine bağlı en sık gözlenen dermatolojik yan etkiler arasında kaşıntı ve makülopapüler döküntüler yer alırken, nadiren büllöz pemfigoid, liken planus, fotosensitivite, Stevens–Johnson sendromu ve toksik epidermal nekroliz gibi ciddi kutanöz reaksiyonlar gelişebilmektedir. Nivolumab ile ilişkili yeni başlangıçlı psoriasis yada mevcut psoriasis lezyonlarında alevlenme ise literatürde sınırlı sayıda olgu ile bildirilmiştir. Bu çalışmada, akciğer skuamöz hücreli karsinomu nedeniyle nivolumab tedavisi uygulanan bir hastada gelişen psoriasis alevlenmesi olgusu sunulmuştur.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta, 7 ay önce başlayan ve son zamanlarda artan deri döküntüleri nedeniyle kliniğimize başvurdu. Anamnezde, lezyonların başlangıçta skalpte sınırlı olduğu sonrasında progresyon göstererek ellere, sırta ve pretibial bölgeye yayıldığı öğrenildi. Yapılan dermatolojik muayenede; skalpte, el dorsumunda, palmar ve plantar bölgede, skapula ve tibia üzerinde eritemli skuamlı psoriatik plaklar görüldü (Resim 1, Resim 2). Alınan punch biyopsi ile psoriasis tanısı doğrulandı. Hastanın özgeçmişinde, 2010 yılında skalpteki benzer ancak daha hafif şiddetli lezyondan yapılan biyopsi sonucuyla psoriasis tanısı aldığı, topikal tedavi ile lezyonların tamamen geçtiği ve uzun süredir remisyonda olduğu öğrenildi. Hastaya, akciğer skuamöz hücreli karsinom nedeniyle lezyonların başlangıcından yedi ay önce Nivolumab tedavisi başlandığı öğrenildi. Sunulan olguda, hastanın daha önce psoriasis öyküsü bulunması ve uzun süredir remisyonda iken Nivolumab tedavisi sırasında alevlenme görülmesi nedeniyle Nivolumab ile progrese olan psoriasis olarak değerlendirildi. Topikal tedavilere ek olarak sistemik tedavi gereksinimi nedeniyle asitretin planlandı, onkolojik tedavinin devam zorunluluğu nedeniyle nivolumab kesilmedi. Hasta multidisipliner yaklaşımla izlenmektedir.

Resim 1



Pretibial ve palmar bölgede psöriyatik plaklar

Resim 2



Skapular bölgede psöriyatik plaklar

Sonuç: İmmün kontrol noktası inhibitörleri, günümüzde birçok malignitenin tedavisinde yaygın olarak kullanılan etkili tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, bu ajanlar "immün ilişkili advers olaylar" olarak tanımlanan, kendilerine özgü yan etki spektrumuna yol açabilmektedir. PD-1 yolağı, T hücre aktivasyonunu baskılayarak immün yanıtın fizyolojik sınırlar içinde tutulmasında önemli bir rol oynar. Tümör hücreleri ise hücre yüzeylerinde PD-1 ligandı (PD-L1) eksprese ederek T hücre yanıtını inhibe etmekte ve bu mekanizma aracılığıyla immün yanıttan kaçmaktadır. Nivolumab aracılı PD-1 blokajı, bu inhibitör sinyalleşmeyi ortadan kaldırarak T hücrelerinin yeniden aktive olmasını sağlar ve antitümör immün yanıtı güçlendirir. Ancak immün toleransın ortadan kalkmasına bağlı olarak aktive olan T hücreleri, psoriasis gibi Th1 ve Th17 aracılı inflamatuvar hastalıkların ortaya çıkmasında veya mevcut hastalığın alevlenmesinde rol oynayabilmektedir. Nivolumab ile ilişkili psoriasis olguları, hem yeni başlangıçlı hem de önceden var olan hastalığın alevlenmesi şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Kişide veya ailede psoriasis öyküsü bulunması bu durum için bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, bu hasta grubunda altta yatan malignite nedeniyle siklosporin ve biyolojik ajanlar gibi sistemik immünsüpresif tedavilerin kullanımı genellikle sınırlıdır. Bu nedenle fototerapi, topikal kortikosteroidler, D vitamini analogları ve asitretin gibi tedavi seçenekleri ön plana çıkmaktadır. Tedavi seçiminde hastanın onkolojik durumu ve psorasis şiddeti birlikte değerlendirilmelidir. Burada, nivolumab tedavisi ile ilişkili psoriasis alevlenmesine dikkat çekilmekte, özellikle psoriasis öyküsü bulunan hastalarda immünoterapi sürecinde kutanöz yan etkilerin dikkatle izlenmesinin önemi vurgulanmaktadır. Kutanöz yan etkilerin erken dönemde tanınması ve uygun şekilde yönetilmesi, çoğu olguda immünoterapinin kesilmesine gerek kalmaksızın tedavinin sürdürülebilmesine olanak sağlayabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İmmün kontrol noktası inhibitörleri, Nivolumab, Psoriasis

Yayın No: P-030
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Ksantoma Striatum Palmare ve Dijital Ülserlerle Seyreden Sistemik Skleroz–Primer Biliyer Kolanjit Overlap Sendromu

Çağrı Biçer[1], Ayris Öztürk[1]

[1]İzmir Şehir Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Ksantoma striatum palmare, ailesel lipid veya lipoprotein metabolizma hastalıklarından kaynaklanabildiği gibi, metabolik sendrom, hiperlipidemi, primer biliyer kolanjit, biliyer atrezi gibi kolestatik hastalıklar ve depo hastalıklarının da bir bulgusu olabilir.Sistemik semptomlarla birlikte görüldüğünde, altta yatan hastalığın ortaya konulması için multidisipliner değerlendirme gerekebilir.Bu olguda, sarılık etyolojisi araştırılmak üzere gastroenteroloji servisinde yatırılan ve palmoplantar bölgelerde sarı-turuncu plaklar ile dijital ülserler nedeniyle kliniğimize danışılan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: Elli dört yaşında kadın hasta, dijital ülserler ve el çizgilerindeki turuncu renk değişikliği nedeniyle kliniğimize konsülte edildi.Şubat 2025 tarihinde invaziv bir işlem sonrası gelişen anemi nedeniyle yapılan kan transfüzyonunu takiben gelişen hemolitik reaksiyon sonrasında parmaklarının uçlarında yaralar gelişmişti. Bunun üzerine hiperbarik oksijen tedavisi uygulanmıştı. Sağ el 2. ve 3. parmakları ampute edilmiş ve palmoplantar alanlarda sarı/turuncu lezyonlar belirmişti. Dijital ülserler, Kalp ve Damar Cerrahisi tarafından periferik arter hastalığı lehine değerlendirilerek asetilsalisilik asit tedavisi başlanmıştı. Sarılık etyolojisinin araştırılması amacıyla Gastroenteroloji tarafından karaciğer biyopsisi planlanmıştı. Hastanın laboratuvar incelemelerinde belirgin anemi (Hemoglobin: 8.5 g/dL, bilirubin yüksekliği (total bilirubin: 5.29 g/dL, direkt bilirubin: 5.23 g/dL), hipertrigliseridemi (210 mg/dL) ve yüksek VLDL düzeyi saptandı (42 mg/dL). Dermatolojik muayenede, palmar bölgede, parmaklarda ve ayak parmak pulpalarında lineer uzanımlı, kıvrımlarda yerleşen sarı-turuncu plaklar ve dijital ülserler mevcuttu. Sağ elindeki 2 ve 3. parmaklarının distal interfalangeal eklem düzeyinde ampute olduğu görüldü. Ksantoma striatum palmarenin primer biliyer kolanjit gibi kolestatik hastalıklarda görülebileceği, dijital ülserlerin ise sistemik skleroz ile ilişkili olabileceği düşünülerek hastanın otoimmün ve hepatobiliyer hastalıklar açısından ileri tetkiki tarafımızca önerildi. Hastada sistemik skleroz/CREST araştırılması amacıyla yapılan çıkarılabilir nükleer antijen (ENA) profilinde; anti-mitokondriyal antikor (AMA-M2) 2+, anti-topoizomeraz 1 (Scl-70) 1+ pozitif, anti-sentromer antikor ise 3+ pozitif saptandı.Karaciğer biyopsisindeki bulgular ise kronik kolestatik hastalığın akut alevlenmesi ile uyumlu raporlandı. Klinikopatolojik konsey değerlendirmesi sonucunda, hasta sistemik skleroz–primer biliyer kolanjit overlap sendromu olarak kabul edildi.Gastroenteroloji tarafından oral ursodeoksikolik asit ve 15 mg prednizolon tedavisi başlanırken, hidroksiklorokin ve kalsiyum kanal blokörü tedavilerine devam edildi.

Resim 1



Sol el 2. parmakta dijital ülser, b) Sağ 2.ve 3. parmak DIF eklemi seviyesinden ampute görünüm ve 2. parmakta dijital ülser

Resim 2



c) Sağ el kıvrımları arasında lineer uzanım gösteren sarı/turuncu plaklar, ksantoma striatum palmare d) Sağ ayak 2., 3. ve 4. parmak pulpalarında sarı/turuncu plaklar

Sonuç: Primer biliyer kolanjit ile ilişkilendirilen ekstrahepatik otoimmün hastalıklardan biri de sistemik skleroz/CREST sendromudur. Primer biliyer kolanjiti olan hastalarda, altta yatan sistemik skleroz ya da CREST sendromu bilinen bir birliktelik olmasıyla beraber, sistemik sklerozlu hastaların dörtte birinde, primer biliyer kolanjite spesifik anti-mitokondriyal antikorlarının pozitif olarak tespit edilmiştir.Ayrıca karaciğer hastalıkları sistemik sklerozun majör komponenti olarak kabul edilmese de sistemik sklerozlu hastaların %30-50'sinde karaciğer fonksiyon bozukluğundan, hepatobiliyer hastalığa kadar seyredebildiği görülmüştür. Fakat bu overlap sendromunun mekanizması halen tam olarak açıklanamamıştır.Erken dönemde primer biliyer kolanjit ya da sistemik skleroz hastalarında, var olan diğer hastalığın tespitini yapmak güç olup, tanıda deri biyopsisi, kapilleroskopi, ANA ve anti-topoizomeraz I, anti-

sentromer, anti-RNA polimeraz III, anti-RNP gibi spesifik otoantikor testleri de sistemik skleroz olasılığının araştırılması gereken tanısal testler arasındadır. Bu sözü edilen antikorlar hastalığın başlangıcından önce ortaya çıkmış olsa da hastalığın tanısı, prognozu ve hastalığın yönetimi açısından yardımcı olabilir. Bu olgu, ksantoma striatum palmarenin yalnızca lipoprotein metabolizma bozukluklarının değil, kolestatik veya otoimmün hepatobiliyer hastalıkların da erken bir deri göstergesi olabileceğini ortaya koymaktadır.Hastamızda ksantoma striatum palmare, sistemik skleroz ve primer biliyer kolanjit birlikteliğini düşündürerek tanısal süreci yönlendirmiştir.Dolayısıyla, palmoplantar bölgelerde sarı-turuncu plak veya lineer ksantom varlığında, altta yatan kolestatik hastalıklar ve otoimmün overlap sendromları da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Skleroz, Primer Biliyer Kolanjit, CREST Sendromu

Yayın No: P-031
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Venöz Yetmezlik Zemininde Gelişen Atipik Plaklar: Primer Kutanöz Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma, Bacak Tipi Olgusu

Ezgi Arslan Yavuz[1], Mustafa Karagöz[1], Merve Doğan Ayan[2], Özben Yalçın[2], Ezgi Aktaş[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Primer kutanöz diffüz büyük B hücreli lenfoma, bacak tipi (PKDBBHL-BT); primer kutanöz B hücreli lenfomaların agresif seyirli, nadir bir alt tipidir. Genellikle ileri yaş hastalarda, alt ekstremitelerde hızla büyüyen eritemli-viyolase nodül veya tümörlerle ortaya çıkmakla birlikte erken dönemde papül ve plaklarla seyrederek venöz yetmezlik ve staz bulgularının eşlik ettiği hastalarda benign inflamatuvar ve vasküler dermatozlarla karışmasına neden olabilir. Bu bildiride, başlangıçta pigmente purpurik dermatoz ve staz dermatiti düşünülen, ancak histopatolojik inceleme sonucunda PKDBBHL-BT tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Hipertansiyon, hipotiroidi ve kronik venöz yetmezlik tanıları bulunan 73 yaşında erkek hasta, iki aydır sol bacağında gelişen asemptomatik kızarıklık nedeniyle başvurdu. Hasta lezyonların bacağı kaldırınca kaybolduğunu ifade etmekteydi. Dermatolojik muayenede bilateral tibia ön yüzlerde ödem, sol tibia anteromedialinde dağınık yerleşimli, eritemli-lividi renkli, basmakla solmayan, endüre ve infiltre papül ve plaklar ile belirgin varikoziteler ve kıl kaybı izlendi. İnfiltre olmayan alanlarda ekstremite elevasyonu ile renkte açılma, normal pozisyonda ise rengin belirginleşmesi gözlendi. Lezyonların yeni başlangıçlı, tek taraflı, persistan olması ve bazıları elevasyonla solsa da arada belirgin infiltre lezyonların da bulunması nedeniyle punch biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede dermisten subkutan yağ dokusuna uzanan, yer yer mitotik aktivite gösteren orta-iri atipik lenfoid hücre infiltrasyonu saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede hücreler CD20 ve BCL-2 ile pozitif; BCL-6 ve MUM1 ile fokal pozitif; immünoglobulin M ile fokal pozitif ve CD30 ile fokal-seyrek pozitif bulundu. Ki-67 proliferasyon indeksi %55'e idi. Bulgular PKDBBHL-BT ile uyumluydu. Hastada ateş, gece terlemesi veya istemsiz kilo kaybı gibi B semptomları yoktu. Hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, laktat dehidrogenaz ve beta-2 mikroglobulin düzeyleri normal sınırlardaydı. Sistemik tutulum incelenmesi amacıyla yapılan lenf nodu ultrasonografisi ve pozitron emisyon tomografisinde ekstrakutanöz tutulum izlenmedi. Hematoloji kliniği ile beraber değerlendirilen hastaya rituksimab ve bendamustin kombinasyon tedavisi başlandı. 2. Kürden sonra deri lezyonları geriledi, belirgin bir yan etki izlenmeyen hastanın tedavisi ve takipleri devam etmekte.

Fotoğraf 1.



Sol tibia anteromedialinde dağınık yerleşimli, eritemli-livid renkli, basmakla solmayan, endüre ve infiltre papül ve plaklar ile belirgin varikoziteler ve kıl kaybı görülmekte.

Sonuç: PKDBBHL-BT, her zaman klasik nodül veya tümör görünümüyle ortaya çıkmayabilir ve venöz yetmezlik veya purpurik lezyonları taklit edebilir. Tek taraflı, persistan, endüre ve infiltre alt ekstremite lezyonlarında, maligniteler akılda tutulmalıdır. Bu olgu, benign dermatozları taklit eden atipik purpurik plaklarda erken histopatolojik ve immünohistokimyasal değerlendirmenin tanısal önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: bacak tipi, primer kutanöz diffüz büyük B hücreli lenfoma, infiltre plak

Yayın No: P-033
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Bimekizumab Tedavisi Altında Gelişen Dilde Hiperplastik Kandidiyazis: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Uğur Çankaya[1], Pelin Hızlı[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş ve Amaç: Bimekizumab, interlökin-17A ve interlökin-17F'yi (IL-17A/F) birlikte nötralize eden humanize monoklonal bir antikor olup orta-şiddetli plak psoriazis tedavisinde yüksek etkinlik göstermektedir(1). IL-17 yolu, mukozal antifungal savunmada merkezi rol oynadığından bu yolun inhibisyonu oral kandidiyazis riskini artırabilir(2). Anti-IL-17 tedaviler sırasında görülen oral kandidiyazis genellikle hafif-orta şiddette olup çoğu olguda tedavi kesimi gerektirmez(3-5). Klinik pratikte oral kandidiyazis sıklıkla kazımakla kalkabilen psödomembranöz formda tanınırken, hiperplastik kandidiyazis kazımakla kalkmayan, yapışık beyaz-sarı plaklarla karakterize daha nadir bir alt tiptir(5,6). Bu çalışmada, bimekizumab tedavisi altında dilde gelişen hiperplastik kandidiyazis olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Elli iki yaşında erkek hasta, 1995 yılından beri plak psoriazis tanılıydı. Tırnak tutulumu ve eklem ağrısı mevcuttu; bilinen inflamatuvar bağırsak hastalığı yoktu. Metotreksat tedavisi sekiz doz sonrasında bulantı nedeniyle tolere edilemedi. Biyolojik tedavi öncesi Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) skoru 8,7 olarak hesaplandı. Aralık 2025'te bimekizumab tedavisi başlandı ve Ocak 2026 kontrolünde PASI 0 yanıtı elde edildi. Nisan 2026'da yapılan muayenede dil dorsumu orta hatta yerleşimli, kazımakla kalkmayan sarı-beyaz hiperplastik plaklar izlendi (Resim 1). Hastaya 200 mg/gün dozunda sistemik itrakonazol ve topikal nistatin süspansiyon başlandı. Bir ay sonraki kontrolde lezyonların belirgin şekilde gerilediği görüldü (Resim 2) ve bimekizumab tedavisine ara verilmeden devam edildi.

Resim 1.



Dil dorsumu orta hatta yerleşimli, yapışık, kazımakla kalkmayan sarı-beyaz hiperplastik plaklar.

Resim 2.



Antifungal tedavi sonrası (1. ay): lezyonlarda belirgin gerileme.

Sonuç: IL-17A/F inhibisyonu, mukozal antifungal bağışıklığı etkileyerek oral kandidiyazise yatkınlık oluşturabilir(2,5). Bu olgu, bimekizumab ilişkili oral kandidiyazisin yalnızca psödomembranöz formla sınırlı kalmayıp hiperplastik formda da ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Olgumuzda lezyon, bimekizumab kesilmeden sistemik ve topikal antifungal tedavi ile belirgin gerilemiştir. IL-17 inhibitörü kullanan hastalarda oral mukoza düzenli değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bimekizumab, hiperplastik kandidiyazis, IL-17 inhibitörleri

Yayın No: P-034
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Nadir görülen genetik bir saç şaftı anomalisi: dermatoskopik, mikroskobik ve genetik inceleme ile tanı konulan bir moniletriks olgusu

irem eğri[1], ilknur altunay[1], aslı aksu[1], birgül özkesici kurt[1], pınar özdemir çetinkaya[1], hazel kaya[1], ümran çetinçelik[1]

[1]şişli hamidiye etfal eğitim ve araştırma hastanesi

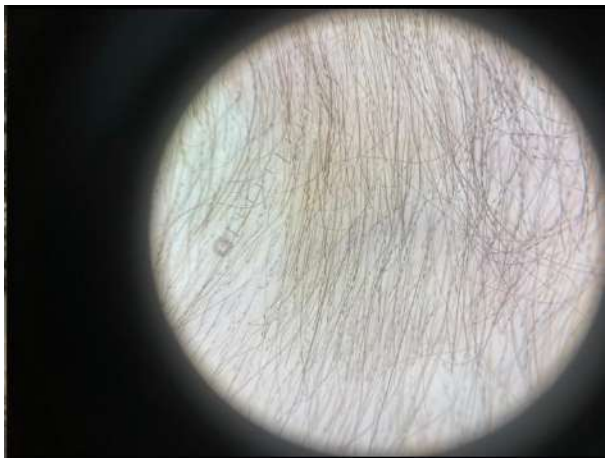
Giriş ve Amaç: Moniletriks, adını monile (Latince: kolye) ve thrix (Yunanca: saç) kelimelerinden alan, nadir görülen kalıtsal bir saç şaftı bozukluğudur. Hastalık çoğunlukla otozomal dominant kalıtım gösterir ve en sık kromozom 12q13 bölgesinde yer alan tip II saç keratin genlerindeki (KRT81, KRT83 ve KRT86) mutasyonlarla ilişkilidir. Daha nadir olarak otozomal resesif formlarda Desmoglein 4 gen mutasyonları saptanabilmektedir.Moniletriks, saç şaftında düzenli aralıklarla yerleşen nodlar ve internodlardan oluşan karakteristik boncuklu görünüm ile karakterizedir. İnternod bölgelerindeki yapısal zayıflık nedeniyle saç kırılmaları gelişir ve saçlar normal uzunluklarına ulaşamaz. Tanıda önemli bir yer tutan trikoskopide, saç şaftında düzenli daralma ve genişlemelerden oluşan tipik boncuklu görünüm izlenir. Hastalık izole olarak görülebilmekle birlikte keratozis pilaris, tırnak ve diş anomalileri, sindaktili ve katarakt gibi ek bulgularla da ilişkili olabilir.Bu olgu sunumunda, saç dökülmesi şikâyetiyle başvuran iki yaşındaki bir hastada fizik muayene, trikoskopik ve mikroskobik değerlendirmeler ile genetik inceleme sonucunda tanı alan moniletriks olgusunun klinik, dermatoskopik ve genetik özelliklerinin literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Saç dökülmesi şikâyeti ile dermatoloji polikliniğimize başvuran 2 yaşındaki kız çocuğunu sunuyoruz. Anne ve baba arasında akraba evliliği öyküsü yoktu; anne, baba veya kardeşlerinde herhangi bir saç anomalisi gözlenmedi. Fizik muayenesinde özellikle verteks ve oksipital bölgede belirgin olmak üzere hipotrikozis ve kırık saçlar mevcuttu; saçlı derideki saç şaftlarında kuruluk ve kırılganlık izlendi. Tanı sürecinde fizik muayene, trikoskopik ve mikroskobik incelemeler ile genetik analizden yararlanıldı.

Bulgular ve Sonuç: Trikoskopik incelemede tüm saçlı deri saç şaftlarında düzenli genişlemeler (nodlar) ve daralmalar (internodlar) izlendi; daralma bölgelerinde kırıklar mevcuttu. İnternod bölgelerinde saç medullası bulunmuyordu. Kırıklar ve ekstra kısa saçlar en fazla oksipital bölgede görülürken, bu alanlarda hiperkeratotik foliküler papüller de gözlendi. Saçların mikroskobik incelemesinde tespih tanesi görünümünde saçlar, nodlar ve daralmalar izlendi. Hastanın laboratuvar parametreleri normal sınırlardaydı; tırnak ve diş anomalisi yoktu, göz muayenesi normaldi ve başka herhangi bir deri bulgusu saptanmadı. Bu bulgular doğrultusunda hastaya moniletriks tanısı konuldu. Genetik incelemede öncelikle klinik ekzo panel çalışıldı ve KRT86 geninde (NM_001320198.2):c.1237G > A, p.(Glu413Lys) rs121909129 heterozigot missense varyant mutasyonu saptandı. Saptanan varyant doğrulama amacıyla tek gen nokta mutasyon analizi ile incelendi ve KRT86 (NM_001320198.2):c.1237G > A, p.(Glu413Lys)

rs121909129 varyantı heterozigot formda doğrulandı. Tanı sonrasında hastanın tedavisinde topikal minoksidil kullanıldı. Moniletriks, değişken ekspresyon gösteren, nadir görülen otozomal dominant genetik bir saç anomalidir. Saçlar genellikle doğumda normaldir ancak yaşamın ilk aylarında yerini anormal saçlara bırakır. Klinik olarak özellikle oksipital bölgede belirgin olan son derece kısa ve kırılgan saçlar ile keratotik foliküler papüllerden çıkan kırık saç uçları şeklinde prezente olur; ağır olgularda kirpikler, kaşlar, aksiller ve pubik kıllar da etkilenebilir. Saç şaftının kırılganlığı, saçların normal uzunluğa ulaşamamasına neden olur. Tanı trikoskopi ve mikroskopi ile konur. Moniletriks tipik olarak erken çocukluk döneminde ortaya çıkar ve bazen adölesan dönemde spontan olarak düzelebilir. Tedavide mekanik travmadan korunma, topikal veya oral minoksidil ve oral asitretin kullanılabilir. Genetik inceleme ve genetik danışmanlık sağlanabilir.

trikoskopik görünüm



mikroskopik görünüm



Anahtar Kelimeler: genetik, saç anormalisi, monilethrix

Yayın No: P-036
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Siklosporin Tedavisi Alan Psoriasis Hastalarında Klinik Seyir, Tedavi Yanıtı ve Tedavi Algoritmasındaki Yerinin Değerlendirilmesi

Bera Mert[1], Berkay Temel[1], Nilsel İlter[1], Ahmet Burhan Aksakal[1], Murat Orhan Öztaş[1], Esra Adışen[1]

[1]Gazi Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar ABD

Giriş ve Amaç: Siklosporin, orta ve ağır psoriasis tedavisinde hızlı etki başlangıcı nedeniyle uzun yıllardır kullanılan etkili konvansiyonel sistemik tedavilerden biridir. Son yıllarda biyolojik tedavilerin yaygın kullanıma girmesiyle birlikte psoriasis tedavi algoritmalarında siklosporinin kullanım şekli ve tedavi basamağındaki konumu değişmeye başlamıştır. Ancak biyolojik tedavilerin yaygınlaşmasına rağmen, siklosporinin gerçek yaşam pratiğindeki kullanım özellikleri ve tedavi sonuçlarını birlikte değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, siklosporin tedavisi alan psoriasis hastalarında klinik seyir, tedavi yanıtı, güvenlilik profili, tedavi sonlandırma nedenleri ve güncel tedavi algoritmasındaki yerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışmasına, Ocak 2015 ile Mayıs 2025 tarihleri arasında psoriasis tanısıyla siklosporin tedavisi alan ve izlenen 100 hasta dahil edildi. Demografik ve klinik özellikler, hastalık süresi, başlangıç Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PAŞİ) skoru, siklosporinin tedavi basamağı (birinci, ikinci veya üçüncü sistemik tedavi), tedavi süresi, maksimum günlük doz, ilk doz azaltma zamanı, tedavi yanıtı, yan etkiler, tedavi sonlandırma nedenleri, doz azaltımı sırasında gelişen alevlenmeler, nüksler ve tedavi sonrasında uygulanan sistemik tedaviler değerlendirildi. Sürekli değişkenler dağılımlarına göre ortalama±standart sapma veya medyan, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak sunuldu. Gruplar uygun istatistiksel testlerle karşılaştırıldı ve bağımsız belirleyicileri değerlendirmek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmaya yaş ortalaması 45,6±14,4 yıl olan 100 hasta dahil edildi. Medyan başlangıç PAŞİ skoru 10, medyan tedavi süresi 9,5 ay ve medyan maksimum günlük siklosporin dozu 250 mg idi. Siklosporin hastaların %25'inde birinci, %46'sında ikinci ve %29'unda üçüncü basamak sistemik tedavi olarak kullanıldı.Hastaların %85'inde PAŞİ50, %56'sında ise PAŞİ75 yanıtı elde edildi. PAŞİ75 yanıtını etkileyen faktörlerin analizinde, daha uzun tedavi süresi (olasılık oranı [OR]=1,18; %95 güven aralığı [GA]: 1,07–1,29; $p < 0,001$) ve kademeli tedavi sonlandırılması (OR=3,07; %95 GA: 1,10–8,61; p=0,033) bağımsız belirleyiciler olarak bulundu.Tedaviye bağlı yan etki hastaların %32'sinde gelişti. Kadın cinsiyet (OR=4,15; p=0,012) ve hipertansiyon öyküsü (OR=21,47; p=0,003), yan etki gelişimi açısından bağımsız risk faktörleriydi. Tedavinin en sık sonlandırılma nedenleri beklenen klinik yanıtın elde edilememesi (%33) ve yan etki gelişimi (%23) idi.Tedavi sonrasında hastaların %48'inde biyolojik, %32'sinde

ise konvansiyonel sistemik tedaviye geçiş gereksinimi doğdu. Biyolojik ajanlar arasında en sık IL-23 ve IL-17 inhibitörleri tercih edildi. Gerçek yaşam verileri, siklosporinin orta ve ağır psoriasis tedavisinde etkili bir konvansiyonel sistemik tedavi olmaya devam ettiğini göstermektedir. Daha uzun tedavi süresi ve kademeli tedavi sonlandırılması daha iyi tedavi yanıtı ile, kadın cinsiyet ve hipertansiyon öyküsü ise yan etki gelişimi ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Çalışmamızda siklosporinin en sık ikinci basamak sistemik tedavi olarak kullanıldığı ve hastaların yaklaşık yarısında biyolojik tedavi gereksinimi geliştiği gösterildi. Bu bulgular, siklosporinin güncel psoriasis tedavi algoritmasındaki rolünü ve gerçek yaşam pratiğindeki kullanımını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: psoriasis, siklosporin, tedavi algoritması

Yayın No: P-038
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Absolüt Lenfositozun Götürdüğü Nadir Tanı: Eş Zamanlı KLL ve Primer Kutanöz B Hücreli Lenfoma (Bacak Tip) Birlikteliği

Oğulay Eren[1], Alperen Karacanoğlu[1], Aleyna Yıldırım[1], Tayfun Elibol[2], Vefa Aslı Turgut Erdemir[1], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Primer kutanöz diffüz büyük B hücreli lenfoma, bacak tipi (PKDBBHL-BT), genellikle ileri yaşta alt ekstremitelerde hızlı büyüyen nodül veya tümörlerle karakterize, agresif seyirli nadir bir kutanöz lenfomadır. Kronik lenfositik lösemi (KLL) ile eş zamanlı birlikteliği ise literatürde son derece nadir görülmektedir. Bu sunumda, tipik bacak tipi lenfoma kliniğiyle başvurup rutin tetkiklerinde saptanan tesadüfi bulgularla eş zamanlı KLL tanısı da alan ve R-CHOP kemoterapisi ile tam kür sağlanan nadir bir olgunun sunulması ve kutanöz lenfomalarda basit laboratuvar taramalarının öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Yetmiş bir yaşında kadın hasta, sağ anterolateral femoral bölgede 3 ay içerisinde hızlı büyüme gösteren, en küçüğü 2-3 mm, en büyüğü 3x3 cm boyutlarında, multipl infiltre papüloplak ve nodülotümörler şikayetiyle başvurdu. Lezyonların dermoskopik incelemesinde spesifik bir özellik izlenmedi. Hastanın rutin hemogram tetkikinde lökosit sayısının 39.100/uL ve mutlak lenfosit sayısının 30.600/uL (absolüt lenfositoz) olduğu saptandı. Biyokimyasal incelemede LDH 372 U/L ve Beta-2 mikroglobulin 6,19 mg/L olarak yüksek bulundu. Sağ anterolateral femoral bölgeden alınan insizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde; epidermisten grenz zon ile ayrılan, yağ dokusunu da içerecek şekilde odaklar halinde infiltrasyon gösteren neoplastik büyük hücreli lenfoid proliferasyon izlendi. İmmünhistokimyasal boyamalarda tümör hücreleri CD20, Bcl2, Bcl6 ve MUM1 diffüz pozitif; CD30, ALK, C-myc ve CD10 negatif olarak saptandı. Ki67 proliferasyon indeksi %75-80 olarak raporlandı. Evreleme amacıyla çekilen PET-BT'de; sağ uylukta tariflenen lezyon alanında yoğun hipermetabolizma (SUDmax: 18.0) ile birlikte, supra ve infradiyafragmatik alanlarda yaygın, bazıları konglomere ve yoğun hipermetabolik (SUDmax: 26.1) multipl lenf nodları izlendi. Hematoloji bölümüyle multidisipliner olarak değerlendirilen hastaya senkron PKDBBHL-BT ve KLL tanısı konuldu. Hastaya başlanan R-CHOP kemoterapisi sonucunda kutanöz lezyonlarda tam klinik kür elde edildi.

Şekil 1. Primer kutanöz diffüz büyük B hücreli lenfoma (bacak tipi) olgusunun klinik ve dermoskopik bulguları.



(a) Sağ anterolateral femoral bölgede izlenen, eritemato-viyole renkli, multipl infiltre nodül ve plakların makroskopik görünümü. (b) Lezyonun dermoskopik incelemesinde spesifik bir patern izlenmemekte olup; pembemsi-eritemli zemin ve ince vasküler yapılar dikkati çekmektedir (özgül olmayan dermoskopik görünüm).

Sonuç: PKDBBHL-BT tipik klinik görünüme sahip olsa da, bu olguda basit bir poliklinik pratiği olan rutin hemogramda dikkati çeken absolüt lenfositoz, hastanın tüm sistemik yönetimini değiştirerek eş zamanlı KLL tanısına ulaşılmasını sağlamıştır. Bu durum, dermatologların neoplastik deri lezyonlarını değerlendirirken sadece histopatolojiye odaklanmamaları; multidisipliner yaklaşım ve temel sistemik laboratuvar taramalarının gözden kaçırılmaması gerektiğini net bir şekilde kanıtlamaktadır. Ayrıca agresif seyirli bacak tipi lenfoma ve senkron KLL birlikteliğinde R-CHOP kemoterapisinin kutanöz lezyonlar üzerinde oldukça yüz güldürücü bir küratif etki sağladığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Primer kutanöz B hücreli lenfoma bacak tip, Kronik lenfositik lösemi, Senkron malignite

Yayın No: P-040
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Dissemine Zoster Enfeksiyonunun Üç Nadir Komplikasyonu: Tek Hastalık Olağan Dışı Bir Birliktelik

Emre ERSUN[1], Beyza Nur Demir[1], Arzu KILIÇ[1], Pelin HIZLI[1], İlkay CAN[1], Gülay TURAN[2], Arzu Yıldırım ÖZLÜK[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Herpes zoster, varicella zoster virüsünün (VZV) reaktivasyonu sonucu gelişen ve çoğunlukla tek bir dermatomla sınırlı seyreden viral bir enfeksiyondur. İleri yaş ve hücresel immünitenin bozulduğu durumlarda enfeksiyon dissemine kutanöz tutulum gösterebilir; visseral organ tutulumu, nörolojik komplikasyonlar ve artmış mortalite riski ile ilişkilidir. Bu nedenle dissemine herpes zoster erken tanı ve intravenöz antiviral tedavi gerektiren dermatolojik aciller arasında yer almaktadır.[1–5] İntravenöz asiklovir standart tedavi olmakla birlikte kristal nefropatisi ve akut tübüler nekroz gibi ciddi renal komplikasyonlara yol açabilir.[9,10] Herpes zosterin nadir nörolojik komplikasyonlarından biri segmental motor nöropati olup, geç dönem sekelleri arasında Wolf'un isotopik cevabı kapsamında sekonder dermatoz gelişimi de bildirilmektedir.[11–15] Bu olguda dissemine herpes zoster enfeksiyonuna eşlik eden akut böbrek hasarı, lumbosakral motor nöropati ve Wolf'un isotopik cevabı olarak gelişen diskoid lupus eritematozusun birlikte görülmesi nedeniyle sunulması amaçlandı.

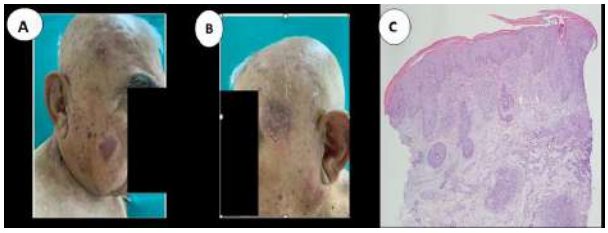
Olgu: Yetmiş dört yaşında erkek hasta, üç gün önce sol alt ekstremitede L5 dermatomunda başlayan ve kısa sürede saçlı deri, baş-boyun, gövde ile ekstremitelere yayılan veziküler döküntüler nedeniyle değerlendirildi. Özgeçmişinde hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve kolon kanseri nedeniyle opere edilme ile kemoterapi öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenede L5 dermatomunda kümelenmiş hemorajik krutlu veziküller ile tüm vücutta yaygın hemorajik, pürülan ve berrak içerikli veziküller izlendi. Tzanck yaymasında sinsityal dev hücreler saptanması üzerine oral asiklovir başlandı; yeni lezyon gelişiminin sürmesi nedeniyle hasta yatırılarak intravenöz asiklovir tedavisine geçildi. Histopatolojik inceleme viral enfeksiyon ile uyumlu bulundu, direkt immünfloresan inceleme negatifti ve kanda VZV-PCR pozitif saptanarak tanı doğrulandı. Tedavinin onuncu gününde serum kreatinin düzeyi 1,0 mg/dL'den 2,5 mg/dL'ye yükselmesi ve glomerüler filtrasyon hızında belirgin azalma gelişmesi üzerine nefroloji tarafından VZV enfeksiyonu ve/veya asiklovire bağlı akut tübüler nekroz düşünüldü. Asiklovirin kesilmesi ve destek tedavisi sonrası böbrek fonksiyonları tamamen düzeldi. Döküntüler ile eş zamanlı gelişen sol alt ekstremite güçsüzlüğünde nörolojik muayenede kalça fleksiyonunda ve özellikle ayak dorsifleksiyonunda belirgin motor kayıp saptanarak herpes zoster ilişkili lumbosakral motor nöropati düşünüldü. Taburculuktan yedi ay sonra daha önce herpes zoster lezyonlarının yerleştiği sağ malar ve sol temporal bölgede mor-viyole skuamlı plaklar gelişti. Punch biyopsisi diskoid lupus eritematozus ile uyumlu raporlandı ve lezyonlar Wolf'un isotopik cevabı olarak değerlendirildi.[14,15]

Resim 1



Hastanın yatış günü fotoğrafları (Döküntülerin 6.günü). (A) Yüz ve saçlı deri tutulumu. (B) Gövde ön yüzünde yaygın hemorajik ve veziküler lezyonlar. (C) Sırt bölgesinde yaygın nekrotik ve hemorajik krutlu lezyonlar. (D) Sol alt ekstremitede L5 dermatomu boyunca yoğun tutulum ve eşlik eden dissemine lezyonlar. (E) Sol lateral gövde görünümü. (F) Sağ lateral gövde görünümü.

Resim 2



Post Zoster Skarı üzerinde 7.ayda gelişen Diskoid Lupus Eritematozus Klinik ve Histopatoloji. A.Sağ malar bölgede yaklaşık 1×2 cm ve B. sol temporal bölgede yaklaşık 2×3 cm boyutlarında gelişen mor-viyole renkli, infiltre skuamlı plaklar. C.Epidermiste parakeratoz, irregüler akantoz, foliküler tıkaç, hafif spongioz, yüzeyel ve derin dermiste solar elastozis, perivasküler, perifoliküler ve intersitisyel eozinofillerin de katıldığı mikst tipte inflamasyon. (H&E, 40x)

Sonuç: Dissemine herpes zoster, özellikle ileri yaşta ciddi sistemik komplikasyonlara yol açabilen nadir bir klinik tablodur.[1–5] Bu olgu, aynı hastada akut böbrek hasarı, olası lumbosakral motor nöropati ve geç dönemde Wolf'un isotopik cevabı şeklinde gelişen diskoid lupus eritematozusun birlikte görülmesi açısından dikkat çekicidir. Asiklovir tedavisi sırasında böbrek fonksiyonlarının yakından izlenmesi ve gelişebilecek nörolojik komplikasyonların erken dönemde değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca herpes zoster geçiren hastaların yalnızca akut enfeksiyon döneminde değil, uzun dönem takiplerinde de Wolf'un isotopik cevabı kapsamında gelişebilecek sekonder dermatozlar açısından dikkatle izlenmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu olgu, dissemine herpes zosterin çok yönlü komplikasyonlarının farkında olunmasının erken tanı ve uygun yönetim açısından klinik önemini vurgulamaktadır.[10–15]

Anahtar Kelimeler: Dissemine Hepres Zoster, Akut Tübülointersitisyel Nefrit, Diskoid Lupus Eritemtozus

Yayın No: P-042
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Akuajenik Siringeal Keratoderma: Tek Merkezden Retrospektif Olgu Serisi

Aleyna Yıldırım[1], Sümeyye Altıntaş Kakşi[1], Vefa Aslı Turgut Erdemir[1], Mehmet Salih Gürel[1]

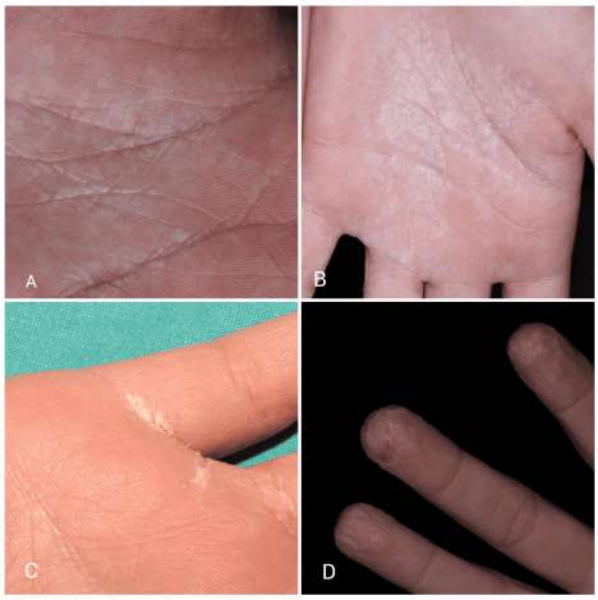
[1]İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Akuajenik siringeal keratoderma (ASK), su ile temas sonrasında avuç içlerinde geçici beyaz translüsent papüller ve belirgin kırışıklık gelişmesiyle karakterize bir dermatozdur. İlk kez 1996 yılında English ve ark. tarafından geçici reaktif papülotranslüsent akrokeratoderma olarak tanımlanmıştır. En sık kistik fibrozis, CFTR gen varyantları ve hiperhidroz ile ilişkilendirilmekle birlikte, çeşitli ilaçlar, Raynaud hastalığı, atopik dermatit ve nadiren marasmus gibi durumlarla birlikte görülebilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde ASK tanısı alan hastaların demografik ve klinik özellikleri, eşlik eden durumları ve tedavi yaklaşımlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif olgu serisinde, kliniğimizde 2021–2026 yılları arasında akuajenik siringeal keratoderma tanısı alan hastaların tıbbi kayıtları incelendi. Tanı, hastaların tipik klinik öyküsü ve su immersiyon testi ile konuldu. Hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları, semptom süreleri, eşlik eden hastalıkları, ilaç kullanım öyküleri, mevcut olgularda genetik inceleme ve histopatolojik değerlendirme bulguları ile tedavi yanıtları analiz edildi. Eksik klinik ve takip verileri, ulaşılabilen hastalarla yapılan telefon görüşmeleriyle güncellendi.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 31 yıl (15–56 yıl) olan toplam 8 hasta dahil edildi. Hastaların 5'i (%62,5) erkek, 3'ü (%37,5) kadındı. Semptom süresi 1 ay ile 10 yıl arasında değişmekteydi. Tüm hastalarda su ile temas sonrası bilateral avuç içi ve parmaklarda karakteristik akuajenik değişiklikler izlendi; bir hastada bilateral ayak tutulumu da mevcuttu. Klinik bulgular arasında beyaz translüsent papül ve plaklar (Şekil 1A), belirgin kırışıklık (Şekil 1B), deskuamasyon (Şekil 1C) ve maserasyon (Şekil 1D) yer almaktaydı. Üç hastada (%37,5) hiperhidroz mevcuttu. Genetik inceleme yapılan üç hastanın birinde CFTR geninde anlamı belirsiz varyant (VUS) saptanırken, iki hastada CFTR varyantı saptanmadı. Histopatolojik inceleme yapılan bir olguda keratin tabakasında süngerimsi görünüm, belirgin hiperkeratoz, akantoz ve intraepidermal ekrin duktus dilatasyonu izlendi. Tedavide topikal emolyanlar ve topikal antiperspiranlar en sık tercih edilen yaklaşımlar olup, iki hastada topikal tedavilere tam yanıt gözlenirken, bir hastada topikal antiperspiran kullanımına bağlı alerjik kontakt dermatit gelişti. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Sonuç: Akuajenik siringeal keratoderma, etiyolojisi ve patogenezi tam olarak aydınlatılamamış, hastalarda klinik yakınmalara neden olan nadir ve heterojen bir dermatozdur. Bu retrospektif olgu serisi, hastalığın geniş bir yaş aralığında görülebileceğini, farklı klinik özellikler ve eşlik eden durumlarla seyredebildiğini, tipik klinik öykünün tanıda yol gösterici olduğunu göstermektedir. Hastalığın etiyolojisi, patogenezi ve tedavisinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Şekil 1. Akuajenik siringeal keratoderma tanılı olgularda karakteristik klinik bulgular



(A) beyaz translüsent papüller/plaklar, (B) belirgin kırışıklık, (C) deskuamasyon ve (D) maserasyon.

Tablo 1. Akuajenik siringeal keratoderma tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri

OLGU	YAŞ / CİNSİYET	SEMPTOM SÜRESİ	KLİNİK BULGULAR	EŞLİK EDEN DURUM / İLİŞKİLİ FAKTÖR	EK İNCELEME	TEDAVİ	TEDAVİ YANITI
1	56 / E	2 yıl	Translüsent beyaz papüller ve retiküler plaklar	Oral naproksen kullanımı		Topikal emolyan	Tedavi sürüyor
2	21 / K	9 yıl	Translüsent beyaz papüller, belirgin kırışıklık, deskuamasyon	CFTR VUS	CFTR geninde VUS	Topikal emolyan	Yanıtsız
3	50 / E	Bilinmiyor	Translüsent	Hiperhidroz		Topikal emolyan,to	Yanıtsız

			beyaz papüller			pikal antiperspiran	
4	17 / K	1,5 yıl	Beyaz papüller ve plaklar			Topikal emolyan	Tam yanıt
5	28 / E	1 ay	Beyaz papül ve plaklar	Hiperhidroz		Topikal emolyan	Tam yanıt
6	18 / K	1 yıl 4 ay	Bilateral el ve ayaklarda beyaz papüller	Astım, oral dek sketoprofen ve parasetamol kullanımı	CFTR varyantı saptanmadı	Topikal emolyan,topikal antiperspiran,topikal kortikosteroid	AKD gelişti, yanıtsız
7	15 / E	10 yıl	Maserasyon ve belirgin deskuamasyon	Hiperhidroz	CFTR varyantı saptanmadı	Topikal emolyan	Yanıtsız
8	43 / E	6 yıl	Beyazımsı papüller		Histopatoloji: Keratin tabakada süngerimsi görünüm, hiperkeratoz, akantoz,ekrin duktus dilatasyonu	Topikal emolyan	Yanıtsız

Kısaltmalar: AKD: Alerjik kontakt dermatit; CFTR: Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator; E: Erkek; K: Kadın; VUS: Anlamı belirsiz varyant (Variant of Uncertain Significance).

Anahtar Kelimeler: Akuajenik siringeal keratoderma, hiperhidroz, CFTR

Yayın No: P-043
Bildiri Grubu: Genel / Kozmetik dermatoloji

Botulinum toksin uygulaması sonrası gelişen iatrojenik botulizm: pitozdan sistemik nöromüsküler tutuluma

Özgür Öztürk[1], Mevlüt Ünal[1], Ekin Şavk[1], Meltem Uslu[1], Münevver Güven[1], Mehmet Cengiz Tataroğlu[2]

[1]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Aydın
[2]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Aydın

Giriş ve Amaç: Botulinum toksin tip A (BoNT-A), kozmetik dermatolojide sık uygulanan minimal invaziv işlemlerdendir. Uygun dozlarda ve yetkin uygulayıcılarca kullanıldığında güvenli olsa da nadiren sistemik yayılım sonucu iatrojenik botulizm gelişebilir. Son yıllarda özellikle ruhsatsız ürünlerin ve yetkin olmayan uygulayıcıların yer aldığı olgu kümeleri ve salgınlar bildirilmiştir. İatrojenik botulizm; pitoz, disfaji, diplopi, yaygın kas güçsüzlüğü, otonomik disfonksiyon ve ileri olgularda solunum yetmezliği ile seyreden, yaşamı tehdit eden bir tablodur. Bu olguda, ruhsatsız bir işletmede yapılan kozmetik botulinum toksin uygulaması sonrası gelişen ve elektrofizyolojik olarak doğrulanan iatrojenik botulizm sunulmuş; pitozun yalnızca lokal bir komplikasyon olmayabileceği ve sistemik semptomların erken sorgulanmasının önemi vurgulanmıştır.

Olgu: Elli bir yaşında kadın hasta, yaklaşık 1,5 ay önce frontal bölge, glabella ve lateral kantal çizgilere kozmetik amaçlı botulinum toksin enjeksiyonu yaptırmıştı; işlem ruhsatsız bir işletmede gerçekleştirilmişti. Enjeksiyondan yaklaşık 10 gün sonra bilateral pitozis ve periorbital şişlik gelişmiş, başka bir merkezde prednizolon eşdeğeri 40 mg/gün bir hafta uygulanmış ancak düzelme olmamıştı. Bir ay sonraki başvurusunda pitoz ve ödeme (Resim 1) ek olarak halsizlik, yürümede zorlanma, nefes darlığı, ağız kuruluğu, çarpıntı ve ilerleyici kas güçsüzlüğü tarifliyordu. Güçsüzlük önce üst, sonra alt ekstremitelere yayılmıştı. Özgeçmişinde astım ve miyopi vardı.Muayenede bilateral pitoz ve periorbital ödem izlendi; sistemik yakınmalar nedeniyle nörolojiye yönlendirildi. Motor ve duysal sinir ileti çalışmaları normaldi. Tekrarlayıcı sinir uyarımında düşük frekansta (3 Hz) dekrement saptanmazken yüksek frekansta (20 Hz) yaklaşık %50 inkrement elde edildi. İğne elektromiyografisinde fasiyal kaslarda spontan aktivite izlendi. Bulgular presinaptik nöromüsküler kavşak disfonksiyonu ile uyumlu değerlendirilerek iatrojenik botulizm tanısı konuldu (Resim 2). Enjeksiyon üzerinden uzun süre geçmesi ve yoğun bakım gereksinimi bulunmaması nedeniyle antitoksin uygulanmadı; hasta takibe alındı. Altı ay sonra halsizlik, nefes darlığı ve kas güçsüzlüğü tamamen geçmiş, ancak pitoz devam etmişti.

Botulinum toksin uygulaması sonrası gelişen bilateral pitoz ve periorbital ödem



Tekrarlayıcı sinir uyarım çalışmasında yüksek frekanslı uyarı sonrası yaklaşık %50 inkrement yanıtı.

Calisma ID:
Inceleme Tarihi: 2026-02-19
Teknisyen:
Doktor:
Agirlik:

Hasta ID:
İsim:
Cinsiyet: Kadın
Yas: 51
Boy:

SONUC

İncelenen sinirlerde motor ve duyusal iletiler normal sınırlardadır.
3 Hz Ardışık sinir uyarımı testinde dekremens gözlenmemiştir. 20 Hz uyarım ile %50 lik bir inkremens yanıt gözlenmiştir.
İğne EMG de fasial kaslarda spontan aktivite gözlenmiştir. Ayrıca belirgin motor ünit kaybı da gözlenmiştir.

Bulgula r presinaptik motor son plak disfonksiyonunu destekler niteliktedir.

Saygılarımla

Motor Nerve Conduction Studies

MNCS

Nerve	Lat	Amp		CV		F-M Lat
	ms	mV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev	ms
Medianus Motor Sağ						
Bilek - APB | APB	3.50	8.5				
Dirsek-Bilek | APB	8.17	9.2		55.7		
Ulnaris Motor Sağ						
Bilek - ADM | ADM	2.67	11.4				
Dirsek alt-Bilek | ADM	6.32	10.4		52.1		
Dirsek üstü-Dirsek alt | ADM	9.00	10.4		62.5		

Sensory Nerve Conduction Studies

SNCS

Nerve	Peak Lat		Amp		CV	
	ms	Ref.Dev	uV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev
Median/Radial/Ulnar Duyusal Sağ						
2.parmak-median - Parmak	2.43		34.0		57.6	
1.parmak-Median - Parmak	2.10		24.3		57.1	
5.parmak-Ulnar - Parmak	2.11		44.1		54.5	

EMG Findings

	Spontaneous Activity		Voluntary Activity					
Kas	Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil	IP	Açıklamalar
Sağ Masseter	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	--	
Sağ Frontalis	3/10	7/10	Normal	Normal	Normal	Normal	-	
Sağ Orbicularis oculi	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	0 act	

Sonuç: Botulinum toksin sonrası lokal komplikasyonlar yaygın olsa da sistemik toksisite nadirdir. Ancak ruhsatsız ürünlerle yapılan uygulamalar sonrası iatrojenik botulizm olgularında

artış bildirilmektedir. Toksin, presinaptik terminalde asetilkolin salınımını engelleyerek nöromüsküler iletimi bozar; tablo genellikle kraniyal sinir tutulumuyla başlar ve simetrik, desendan paralizi gelişir. En sık semptomlar pitoz, disfaji, diplopi, yaygın güçsüzlük ve solunum yakınmalarıdır. Hastamızda ilk bulgu yaklaşık 10 gün sonra gelişen bilateral pitoz olmuş, bunu ilerleyici güçsüzlük, halsizlik, nefes darlığı, ağız kuruluğu ve çarpıntı izlemiştir. Otonomik semptomlar presinaptik kolinerjik blokajı destekler. İngiltere'de bildirilen 25 olguluk salgında hastaların çoğunun ruhsatsız ürünlerle ve tıbbi olmayan ortamlarda enjeksiyon yaptırdığı gösterilmiştir; güncel derlemelerde de olguların yaklaşık yarısında ruhsatsız ya da doğrulanamayan ürün bildirilmiştir. Tanı klinik öykü ve nörofizyolojik incelemelerle konulur; yüksek frekanslı tekrarlayıcı uyarımda amplitüd artışı presinaptik hastalıklar için karakteristiktir. Olgumuzda 20 Hz ile yaklaşık %50 inkrement tanıyı güçlü desteklemiştir. Bu olgu, kozmetik botulinum toksin sonrası pitozun yalnızca lokal komplikasyon sayılmaması ve eşlik eden sistemik semptomların sorgulanması gerektiğini gösterir. Pitoz, yaygın güçsüzlük, otonomik semptom ve solunum yakınması varlığında iatrojenik botulizm akılda tutulmalı; erken tanı ve uygun nörolojik değerlendirme morbiditeyi azaltmada kritiktir.

Anahtar Kelimeler: iatrojenik botulismus, pitozis

Yayın No: P-044
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Maligniteyi Taklit Eden Yumuşak Damak Yerleşimli Stromal Eozinofili İle Seyreden Travmatik Ülseratif Granülom Olgusu

Beyza ULUSOY[1], Hüseyin BAYTİMÜR[1], İrem Hicran ÖZBUDAK[2], Soner UZUN[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş ve Amaç: Stromal eozinofili ile seyreden travmatik ülseratif granülom (TUGSE), oral mukozada gelişen, benign ve kendini sınırlayıcı özellikte reaktif inflamatuvar bir lezyondur. Klinik olarak uzun süre iyileşmeyen, ağrılı, derin ve indüre kenarlı ülser şeklinde ortaya çıkması nedeniyle özellikle oral skuamöz hücreli karsinom ve lenfoproliferatif hastalıklarla karışabilmektedir. En sık dilin lateral kenarı ve bukkal mukozada görülürken yumuşak damak yerleşimi oldukça nadirdir. Bu olguda, travma öyküsü bulunmayan, yumuşak damakta yerleşen, malignite şüphesiyle geniş cerrahi girişim planlanan, ancak klinikopatolojik değerlendirme sonucunda TUGSE tanısı konulan bir hastanın sunulması amaçlandı.

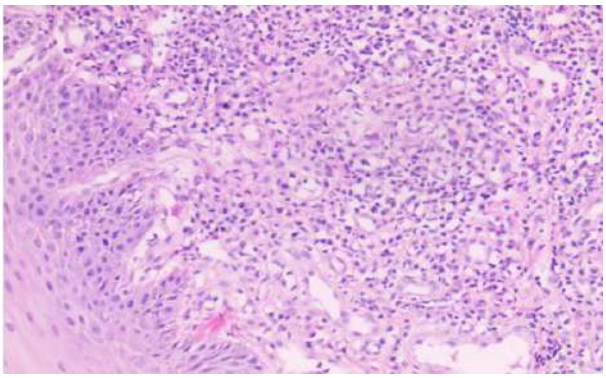
Olgu: Yirmi iki yaşında kadın hasta, ani başlangıçlı ve yaklaşık üç aydır devam eden ağrılı ağız içi ülser nedeniyle kulak burun boğaz kliniğine başvurdu. Malignite ön tanısıyla insizyonel biyopsi yapılan hastada histopatolojik incelemede malignite saptanmaması üzerine, planlanan geniş cerrahi işlem öncesinde dermatoloji konsültasyonu istendi. Özgeçmişinde sistemik hastalık, düzenli ilaç kullanımı, sigara veya alkol öyküsü yoktu. Ayrıntılı sorgulamada lokal travma, dental irritan ya da tekrarlayan mekanik temas saptanmadı. Dermatolojik muayenede yumuşak damağın orta hattının sağında, yaklaşık 3 cm çapında, belirgin eritemli halo ile çevrili ve indüre kenarlı derin bir ülser izlendi (Şekil 1). Submandibular ve anterior servikal bölgelerde hareketli, hassas lenfadenopatiler mevcuttu. Orofaringeal ve bukkal mukozada kolayca kaldırılabilir beyaz plaklar görüldü; potasyum hidroksit incelemesinde hif yapılarının saptanmasıyla eşlik eden orofaringeal kandidiyazis doğrulandı.Ayırıcı tanıda öncelikle oral skuamöz hücreli karsinom; ayrıca NK/T hücreli lenfoma, granülomatozis ile polianjiit, enfeksiyöz ülserler ve diğer travmatik ülseratif lezyonlar düşünüldü. Mevcut biyopsi materyalinin patoloji bölümüyle birlikte yeniden değerlendirilmesinde ülser tabanına ait krut ve granülasyon dokusunun yanı sıra submukoza ve destek bağ dokusuna uzanan, lenfosit ve eozinofillerden zengin polimorf inflamatuvar infiltrasyon izlendi (Şekil 2). Atipik mononükleer hücre, atipik lenfoid infiltrasyon, vaskülit, nekrotizan granülom, displazi veya malignite saptanmadı. Sifiliz serolojisi, Epstein-Barr virüsü ve insan immün yetmezlik virüsü testleri negatifti. Klinik, histopatolojik ve laboratuvar bulgularıyla TUGSE tanısı konularak planlanan geniş cerrahi eksizyondan vazgeçildi.Hastaya 1 mg/kg/gün oral metilprednizolon başlandı. Eşlik eden kandidiyazis için itrakonazol 100 mg günde iki kez ve nistatin oral süspansiyon 100.000 IU/mL günde üç kez, bir ay süreyle uygulandı. Üçüncü haftada ülser boyutlarında belirgin küçülme ve fibrotik iyileşme izlendi. İkinci aydan itibaren metilprednizolon dozu kademeli olarak azaltılarak kesildi. Servikal

ve submandibular lenfadenopatiler izlemde tamamen geriledi. Yedi aylık takipte lezyon büyük ölçüde iyileşmişti ve nüks saptanmadı.

Şekil 1: Yumuşak damağın sağ tarafında yerleşen ülserin görünümü.



Şekil 2: Stromada lenfositlerden zengin, eozinofillerin de eşlik ettiği mikst inflamatuvar hücre infiltrasyonunu gösteren histopatolojik görünüm



Sonuç: TUGSE, indüre kenarlı ve uzun süre iyileşmeyen oral ülserlerde maligniteyi klinik olarak güçlü biçimde taklit edebilir. Özellikle yumuşak damak gibi atipik lokalizasyonlarda ve travma öyküsünün bulunmadığı hastalarda tanısal güçlük artmaktadır. Histopatolojik inceleme ve klinikopatolojik korelasyon, gereksiz geniş cerrahi girişimlerin önlenmesinde temel öneme sahiptir. Bu olgu; nadir yumuşak damak yerleşimi, belirgin malignite benzerliği ve multidisipliner yeniden değerlendirme sonrasında konservatif yaklaşımla başarılı sonuç elde edilmesi nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Stromal eozinofili ile seyreden travmatik ülseratif granülom, oral ülser, yumuşak damak

Yayın No: P-045
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Upadacitinib İle Tedavi Edilen Alopesi Areata Olgusu

Seval Tekel[1], Fatma Aslı Hapa[1], Fatma Elif Yıldırım[1]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Amaç: Topikal tedavilere dirençli seyreden Alopesi Areata(AA) hastamızda upadasitinib ile hızlı ve güvenli klinik yanıt elde edilen bir olgu sunumu yapılmıştır.

Yöntem: Olgu: 25 yaşında kadın hasta 7 yıldır alopesi areata tanısıyla kliniğimizde takip edilmektedir. Ek hastalık, ilaç kullanımı yok. Yapılan muayenede saçlı deride alopesik yamaları bulunan hastanın kaşlarında, kirpiklerinde vücut kıllarında dökülme yoktu. Herhangi bir tırnak bulgusu saptanmadı. Hastanın kendisinde ve ailesinde otoimmün hastalık veya atopik hastalık öyküsü yoktu. İlk olarak 15 yıl önce dış merkezde tanı alan hasta tanıdan bu yana topikal kortikosteroid, topikal immünoterapi ve siklosporin tedavisi almıştı. Hasta bu tedavilerden fayda görse de lezyonları tekrarlamıştı. Hastanın başlangıç SALT skoru 70 olarak hesaplandı. Hastalığa eşlik edebilecek diğer morbiditeler açısından hastaya gerekli tetkikler yapıldı. Hastanın laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. Hastaya tarafımızca metotreksat 15 mg/hafta(1,5 yıl) tedavisine ve eş zamanlı olarak intralezyonel steroid enjeksiyonu yapıldı. Metotreksat tedavisi kullanırken şiddetli bulantı gelişmesi nedeniyle metotreksat tedavisi kesildi. Hastanın quantiferon tetkiki ve akciğer grafisi normal olması üzerine baricitinib 4mg/gün(15 ay) tedavisi başlandı. Bu tedavi altında yeterli klinik yanıt alınamayan hastaya upadacitinib 30 mg/gün tedavisi planlandı. Tedaviye başladıktan 3 ay sonra SALT skoru 30 olarak hesaplandı. Hastanın tedavisi devam etmektedir.

Resim 2A



hastanın 3. ay tedavi sonucu

Resim 1A



saçlı deri paryetal ve temporal bölgede alopesik alan

Bulgular ve Sonuç: AA nın kronik tekrarlayıcı seyriyle yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi vardır ve anksiyete depresyon gibi psikolojik bozukluklara neden olabilir.Fareler üzerinde yapılan hayvan deneyleri, alopesi areatanın patogenezinde, JAK1 ve JAK3'ün aracılığıyla INF-γ üretmek üzere CD8 + T hücrelerinin aktivasyonunun rol oynadığını ortaya koymuştur.INF-γ

tarafından JAK1 ve JAK2 aracılığıyla foliküler epitel hücrelerinin aktivasyonu, IL-15 seviyesinde artışa yol açar. IL-15 ise CD8+ T hücrelerinin yüzeyindeki spesifik reseptörlere bağlanır ve JAK1 ve JAK3 aracılığıyla INF-γ seviyelerinde artışa neden olur.Bu şekilde oluşan pozitif geri bildirim yolu, geleneksel topikal tedavilerde klinik etkinliği zayıflatıp, hastalığın tekrarlamasına neden olabilir. Bu nedenle, JAK inhibitörlerinin JAK sinyal yolağını bloke ederek pozitif geri bildirim döngüsünü bozmak için kullanılması, AA tedavisinde yeni bir strateji olarak ortaya çıkabilir.Bununla birlikte , AA tedavisi için upadacitinib kullanımı hala endikasyon dışı olarak kabul edilmektedir ve uygulaması enfeksiyon, tüberküloz ve tümörler dahil olmak üzere potansiyel advers reaksiyonlar için yakından izlenmelidir. Sonuçlar umut verici olsa da, uzun vadeli güvenliği ve etkinliği doğrulamak için daha büyük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Upadacitinib, Alopesi Areata

Yayın No: P-047

Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

CDH3 İlişkili Hipotrikozis–Juvenil Maküler Distrofiye Eşlik Eden USH2A İlişkili Pigmenter Retinal Distrofi: Karma Fenotipli Bir Olgu

Süveyda Teko[1], Ozan Erdem[1], Filiz Özen[3], Fehim Esen[2], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
[3]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Hipotrikozis–juvenil maküler distrofi (HJMD), doğumdan veya erken çocukluktan itibaren belirgin saç büyüme bozukluğuna ilerleyici retinal dejenerasyonun eşlik ettiği, otozomal resesif kalıtımlı nadir bir hastalıktır. Hücreler arası adezyonda görevli P-kaderini kodlayan CDH3 genindeki bialelik patojenik varyantlarla ilişkilidir. P-kaderinin saç folikülü ve retinal pigment epitelinde eksprese edilmesi, saç ve göz bulgularının birlikteliğini açıklamaktadır. USH2A genindeki bialelik varyantlar ise non-sendromik otozomal resesif pigmenter retinal distrofi veya Usher sendromu tip 2 ile ilişkilidir. Bu bildiride, CDH3 ilişkili HJMD'ye olası USH2A ilişkili pigmenter retinal distrofinin eşlik ettiği karma fenotipli bir olgu sunulmaktadır.

Şekil 1. Klinik saç bulguları

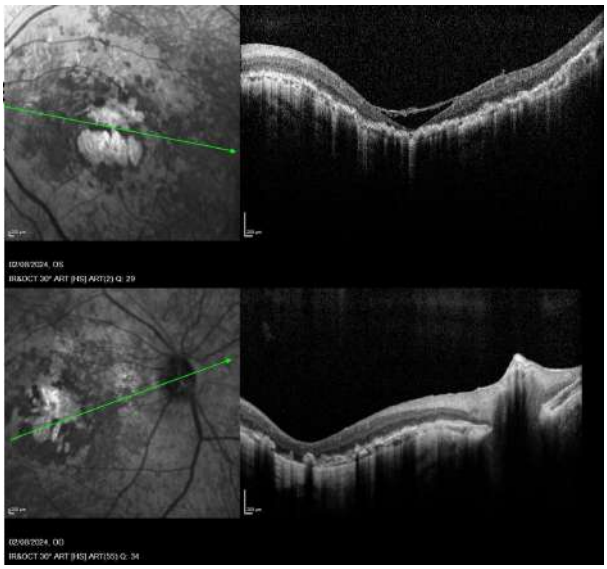


Yaygın hipotrikoz ve özellikle oksipital bölgede belirgin kısa, kıvırcık saç görünümü.

Yöntem: Kırk üç yaşındaki kadın hasta, doğumdan itibaren saçlarının yeterli uzunluğa ulaşmaması ve özellikle oksipital bölgede belirgin kıvırcıklaşma nedeniyle kliniğimize başvurdu. Önceki dermatoloji kayıtlarında çocukluk döneminden itibaren gevşek anajen sendromu düşünülerek izlendiği, sonraki başvurularında ise telogen effluvium tanısı aldığı görüldü. Özgeçmişinde bilateral retinal distrofi/retinitis pigmentoza tanısıyla göz hastalıkları takibi vardı. Anne ve babasının teyze çocukları olduğu öğrenildi. Fundus görüntülerinde bilateral posterior pol ağırlıklı koryoretinal atrofiye ek olarak yaygın pigmenter retinal değişiklikler izlendi. Optik koherens tomografide maküler mimaride belirgin bozulma, retinal incelme ve dış retinal tabakalarda ileri kayıp saptandı. Klinik ekzom dizileme analizinde CDH3 geninde homozigot patojenik c.830del [p.(Gly277Alafs*20)] çerçeve kayması varyantı saptandı. Konjenital hipotrikoz, maküler atrofi ve moleküler bulgular birlikte değerlendirilerek CDH3 ilişkili HJMD tanısı konuldu. Aynı analizde USH2A geninde biri olası patojenik, diğeri klinik önemi belirsiz

iki heterozigot varyant saptandı. Yaygın pigmenter retinal fenotipin HJMD'ye eşlik eden olası USH2A ilişkili pigmenter retinal distrofiyle açıklanabileceği düşünüldü.

Şekil 2. Oftalmolojik görüntüleme



Bilateral posterior pol atrofisi ve OCT'de belirgin maküler–dış retinal yapısal kayıp.

Bulgular ve Sonuç: HJMD'de dermatolojik bulgular klasik saç dökülmesinden çok, doğuştan başlayan saç büyüme ve uzama bozukluğu biçimindedir. Saçlar genellikle kısa, seyrek, ince ve yavaş uzayan yapıdadır; normal terminal uzunluğa ulaşamaz. Saç çekme testi, trikoskopi ve saç şaftı mikroskopisi değişken sonuçlar gösterebilir. Pili torti, psödomoniletriks ve kutiküler düzensizlikler bildirilmekle birlikte saç şaftı tamamen normal de olabilir. Bu değişkenlik, hastaların gevşek anajen sendromu veya telogen effluvium gibi daha sık hastalıklarla değerlendirilmesine ve tanının gecikmesine yol açabilir. HJMD'nin klasik göz tutulumu posterior pol ağırlıklıdır; fundusta maküler veya koryoretinal atrofiye pigment kümelenmeleri, OCT'de fotoreseptör tabakalarında bozulma, dış retinal kayıp ve retinal incelme eşlik edebilir. Hastamızdaki konjenital saç uzama bozukluğu ve maküler atrofi homozigot patojenik CDH3 varyantıyla uyumluydu. Bu varyant, Türkiye'den bildirilenler dâhil olmak üzere önceki HJMD olgularında da patojenik olarak tanımlanmıştır. Ancak retinal bulguların makulayla sınırlı olmaması ve yaygın pigmenter değişikliklerin bulunması ikinci bir kalıtsal retinal distrofiyi düşündürdü. USH2A ilişkili hastalıklarda rod ağırlıklı fotoreseptör dejenerasyonu, gece görme bozukluğu, periferik görme alanı daralması ve orta periferde pigment birikimleri görülebilir. Hastamızda saptanan USH2Avaryantlarının yaygın pigmenter retinal değişikliklerle birlikte bulunması, retinal fenotipin yalnızca CDH3 ilişkili maküler distrofiyle açıklanamayabileceğini düşündürmüştür. Birden fazla retinal hastalık genindeki varyantlar karma fenotipe yol açabileceğinden tüm bulguların tek moleküler tanıya bağlanması eşlik eden hastalığın gözden kaçmasına neden olabilir.Doğumdan itibaren saçların normal terminal uzunluğa ulaşamaması ile maküler veya retinal distrofinin birlikteliği, CDH3 ilişkili HJMD açısından önemli bir klinik ipucudur. Bununla birlikte retinal tutulum beklenen fenotipten daha yaygınsa veya belirgin periferik pigmenter değişiklikler içeriyorsa, ikinci bir kalıtsal retinal hastalığın eşlik edebileceği

göz önünde bulundurulmalıdır.Bu durum, karma fenotipli hastalarda dermatolojik, oftalmolojik ve moleküler bulguların multidisipliner biçimde değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: genodermatoz, hipotrikoz, juvenil maküler distrofi

Yayın No: P-049
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

TEDAVİYE DİRENÇLİ POLİMORFİK IŞIK ERÜPSİYONUNUN UPADACİTİNİB İLE BAŞARIYLA TEDAVİSİ

Enes Cihan YARICI[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Giriş:Polimorfik ışık erüpsiyonu (PMLE), ultraviyole (UV) radyasyona karşı gelişen gecikmiş tip anormal kutanöz yanıtlarla karakterize, immün aracılı bir fotodermatozdur. Hastalık en sık ultraviyole A (UVA) ile tetiklenir ve genellikle kaşıntılı eritemli papül, plak veya papüloveziküler lezyonlarla seyreder. Çoğu olgu fotoproteksiyon, topikal tedaviler ve sistemik ajanlara yanıt verirken, bazı hastalarda tedaviye direnç gözlenebilir. Bu dirençli olgularda optimal tedavi yaklaşımı belirsizdir.

Yöntem: Olgu Sunumu: Atopik dermatit dışında belirgin ek hastalık öyküsü bulunmayan 31 yaşındaki kadın hasta, yaz aylarında güneşe maruz kalan alanlarda gelişen tekrarlayan, kaşıntılı eritemli plaklar nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede yüz, boyun, göğsün V bölgesi, üst sırt ve ön kollarda eritemli plaklar izlendi. Laboratuvar incelemelerinde antinükleer antikor (ANA), tam kan sayımı ve IgE düzeyleri normal sınırlardaydı. Üst sırt bölgesinden alınan deri biyopsisinin histopatolojik değerlendirmesinde hiperkeratoz, spongioz, dermal papillalarda kollajen fibroplazisi ve üst-orta dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon saptandı. Klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek PMLE tanısı konuldu. Hastaya geniş spektrumlu fotoproteksiyon, hidroksiklorokin, sistemik kortikosteroid ve siklosporin tedavileri uygulanmasına rağmen yeterli klinik yanıt elde edilemedi. Tedaviye dirençli seyir nedeniyle upadacitinib 15 mg/gün başlandı. Tedavinin 4. haftasında lezyonlarda belirgin gerileme izlendi. Altıncı haftada klinik iyileşme yaklaşık %90 olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Sonuç: Bu vaka, tedaviye dirençli PMLE'de selektif JAK1 inhibitörü upadacitinib'in potansiyel etkinliğini göstermektedir. JAK-STAT yolunun PMLE patogenezindeki olası rolü göz önüne alındığında, JAK inhibitörleri refrakter olgularda umut vadeden bir tedavi seçeneği olabilir. Ancak bu gözlemin desteklenmesi için kontrollü klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tedavi öncesi



Tedavi sonrası



Anahtar Kelimeler: Polimorfik ışık erüpsiyonu, Upadacitinib, JAK inhibitörü

Yayın No: P-050
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Ekimozun Ötesinde: Meme Kanseri Öykülü Hastada Radyoterapi İlişkili Kutanöz Anjiosarkom

Sena Nur Koç[1], Yusuf İslam Eren[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanes

Giriş ve Amaç: Meme kanseri tedavisi sonrası gelişen kutanöz anjiosarkom, nadir görülmesine karşın agresif seyri ve tanısal gecikmeye yatkınlığı nedeniyle dermatoloji pratiğinde özel önem taşır. Özellikle radyoterapi alanlarında ortaya çıkan ekimotik, viyolese veya nodüler lezyonlar; radyodermit, travmatik ekimoz, kapiller vasküler proliferasyonlar, metastaz ya da enfeksiyöz-vasküler süreçlerle karışabilir. Bu olguda, meme kanseri ve radyoterapi öyküsü olan bir hastada iki memede morarma ve şekil değişikliği ile başlayan, ilk biyopside benign vasküler lezyon lehine yorumlanan ancak klinik-patolojik uyumsuzluk nedeniyle eksizyonel biyopsiyle anjiosarkom tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Yetmiş yedi yaşında kadın hasta, 2019 yılından beri hormon reseptör pozitif meme kanseri tanısıyla onkoloji tarafından izlenmekteydi. Öyküsünde radyoterapi ve aromataz inhibitörü kullanımı mevcuttu. Hasta, yaklaşık birkaç aydır her iki memede giderek belirginleşen morarma, renk değişikliği ve şekil bozukluğu yakınmalarıyla dermatoloji polikliniğine başvurdu.Dermatolojik muayenede bilateral meme derisinde çok sayıda dairesel ekimotik alan, yüzey düzensizliği ve portakal kabuğu görünümü izlendi (Şekil 1). Dermatoskopik değerlendirmede polimorf damar yapıları, düzensiz lineer damarlar ve kırmızı-mor yapısız alanlar dikkati çekti. Klinik tablo nedeniyle meme kanseri deri metastazı, kutanöz anjiosarkom, Kaposi sarkomu ve amelanotik melanom ön tanılarıyla punch biyopsi yapıldı. İlk histopatolojik değerlendirme ön planda lobüler kapiller hemanjiomu düşündürmekle birlikte bazı alanlarda epiteloid morfoloji bulunduğu ve kesin tanı için total eksizyon gerektiği şeklinde raporlandı.Klinik görünümün biyopsi sonucu ile uyumlu olmaması üzerine hastaya anjiosarkom ve epiteloid hemanjioendotelyoma ön tanılarıyla total eksizyonel biyopsi uygulandı (Şekil 2). Eksizyonel biyopsi sonucunda anjiosarkom tanısı doğrulandı. Hasta ve yakınları bilgilendirildi; eş zamanlı olarak meme kanseri nüksü açısından genel cerrahi ve onkolojiye yönlendirildi. Yapılan PET-BT ve toraks BT incelemelerinde meme kanseri nüksü saptandı; ayrıca pulmoner alt loblarda tromboemboli izlendi. Antikoagülan tedavi düzenlenen hasta, bilateral mastektomi açısından plastik cerrahi ve genel cerrahinin birlikte değerlendirebileceği ileri merkeze yönlendirildi. Takip sürecinde hasta merkezimizde yeniden değerlendirilememiş olup, daha sonraki dönemde eksitus olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Ancak eksitus nedeni ve hastalığın son dönem klinik seyri hakkında ayrıntılı verilere ulaşılamamıştır.

Bilateral meme derisinde yaygın ekimotik-viyolese plaklar ve portakal kabuğu görünümü.



Meme kanseri ve radyoterapi öyküsü olan hastada her iki meme derisinde düzensiz sınırlı, mor-kırmızı ekimotik plaklar, yüzey düzensizliği ve ödematöz/portakal kabuğu görünümü izlenmektedir. Klinik görünüm kutanöz anjiosarkom açısından uyarıcıdır.

Eksizyonel biyopsi alanı çevresinde persistan viyolese-ekimotik deri lezyonları.



Total eksizyonel biyopsi sonrası sütüre alan çevresinde devam eden kırmızı-mor yapısız alanlar ve ekimotik-viyolese plaklar görülmektedir. Klinik-patolojik uyumsuzluk nedeniyle yapılan eksizyonel biyopsi sonucunda anjiosarkom tanısı doğrulanmıştır.

Sonuç: Meme kanseri nedeniyle radyoterapi almış hastalarda tedavi alanında gelişen yeni ekimotik, viyolese, vasküler, nodüler veya portakal kabuğu benzeri deri değişiklikleri yalnızca

post-radyoterapi değişiklikleri, travmatik ekimoz ya da benign vasküler proliferasyonlar olarak değerlendirilmemelidir. Radyoterapi ilişkili kutanöz anjiosarkom nadir görülmesine rağmen hızlı lokal yayılım, yüksek nüks riski ve kötü prognoz ile seyredebilir. Bu nedenle özellikle progresif, açıklanamayan ve klinik olarak atipik deri lezyonlarında erken dönemde biyopsi alınması kritik önemdedir. Ancak bu olguda olduğu gibi sınırlı punch biyopsiler her zaman kesin tanıya ulaştırmayabilir; klinik görünüm ile histopatolojik sonuç arasında uyumsuzluk varsa tanısal ısrar sürdürülmeli, gerekirse tekrar biyopsi veya eksizyonel biyopsi planlanmalıdır. Olgumuz, dermatolojik muayene ve dermatoskopik değerlendirmenin tanısal şüpheyi yönlendirmedeki değerini, ayrıca anjiosarkom şüphesinde multidisipliner yaklaşımın gerekliliğini göstermektedir. Erken tanı, geniş cerrahi eksizyon/mastektomi planlaması ve onkoloji, genel cerrahi, plastik cerrahi ve dermatoloji iş birliği hastalığın yönetiminde temel belirleyicilerdir. Radyoterapi öyküsü olan meme kanseri hastalarında “basit morarma” şeklinde başlayan lezyonların agresif bir vasküler malignitenin ilk bulgusu olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Radyoterapi ilişkili anjiosarkom, Eksizyonel biyopsi

Yayın No: P-051
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Nadir Rastlanan Bir Genodermatoz Vakası: Plack Sendromu

Emine Göksu Vaynioğlu[1], Fatma Aslı Hapa[1], Fatma Elif Yıldırım[1]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: PLACK sendromu, calpastatini kodlayan CAST genindeki mutasyonlar sonucu gelişen, nadir görülen otozomal resesif bir deri soyulma sendromudur. Bu sunumda, yaklaşık 20 yıl boyunca atopik dermatit tanısı ile takip edilen ve çoklu sistemik tedavilere direnç gösteren bir olgu sunulmaktadır. Amacımız, klinik olarak bu hastalıkları taklit eden ancak yapısal bir defekt olan genodermatozlarda; akraba evliliği öyküsü ve eşlik eden spesifik bulguların tanısal değerini vurgulamaktır.

Yöntem: Olgu: 23 yaşında erkek hasta, 3 yaşından itibaren devam eden yaygın deri soyulması ve şiddetli kaşıntı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde anne-baba arasında akraba evliliği mevcuttu. Dış merkezlerde daha önce atopik dermatit ön tanısı ile siklosporin, asitretin ve son 7 aydır upadasitinib (30 mg/gün) tedavileri aldığı ancak klinik yanıt alınamadığı saptandı.

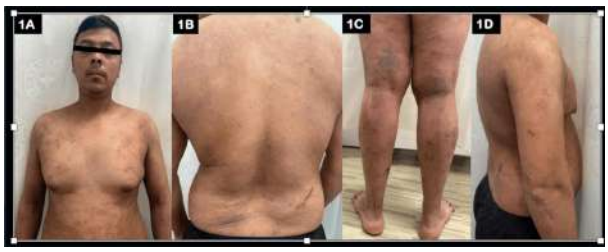
Bulgular ve Sonuç: Bulgular: Dermatolojik muayenede; gövde ve ekstremitelerde yaygın epidermal deskuamasyon, bilateral anguler keilit, el tırnaklarında lökonişi, interfalangeal eklemler üzerinde knuckle pad'ler (eklem yastıkçıkları) ve palmoplantar hiperkeratotik plaklar izlendi. Laboratuvar incelemesinde total IgE düzeyi > 6000 IU/mL olarak saptandı. Tipik klinik pentad ve akraba evliliği öyküsü ile PLACK sendromu tanısı konulan hastadan genetik doğrulama için periferik kan örneği alındı. Mevcut dirençli kliniği ve yüksek IgE düzeyleri nedeniyle dupilumab tedavisi başlandı. Tedavinin 2. ayında hastanın kaşıntı skorunda (VAS) 8'den 3'e belirgin bir düşüş gözlenirken, deri lezyonlarının stabil seyrettiği izlendi.Sonuç : PLACK sendromu gibi genodermatozlar, fenotipik benzerlikleri nedeniyle sıklıkla iktiyozis veya atopik dermatit gibi hastalıklarla karıştırılmakta ve hastalar yıllarca etkisiz immünsüpresif tedavilere maruz kalmaktadır. Tedaviye dirençli deskuamasyon izlenen vakalarda, lökonişi ve knuckle pad gibi ek bulguların varlığı ile akraba evliliği öyküsü klinisyeni mutlaka bir genodermatoz olasılığına yönlendirmelidir.Ayrıca bu hastalarda saptanan yüksek IgE düzeyleri, Tip-2 inflamasyon blokajının (dupilumab) kaşıntı gibi semptomlarda fayda sağlayabileceğini düşündürmektedir. Nadir görülen bu vakaların bildirimi, hem doğru tanı algoritması hem de kardiyak komplikasyonlar (dilate kardiyomiyopati) gibi hayati risklerin erken taranması açısından kritik önemdedir.

Resim 2



Resim 2(A-B): El tırnaklarında belirgin lökonişi; el sırtında proksimal ve distal interfalangeal eklemler üzerinde sert papüler lezyonlar (knuckle pads); palmar yüzeyde akral keratozlar Resim 2C: Ağız çevresinde bilateral anguler keilit Resim 2 (D-E): Ayak tırnaklarında lökonişi; plantar yüzeyde özellikle bası bölgelerinde lokalize sarı renkli, kalın hiperkeratotik plaklar

Resim 1



Resim 1(A-B): Gövdede yaygın epidermal deskuamasyon ve eşlik eden dispigmentasyon Resim 1(C-D): Üst ve alt ekstremitede dispigmentasyon ve deskuamasyon

Anahtar Kelimeler: PLACK sendromu, Pruritus, Genodermatoz

Yayın No: P-053
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Gebelik İlişkili Tip B Pigmenter Demarkasyon Çizgileri: Olgu Sunumu

Emre ERSUN[1], Arzu KILIÇ[1], Pelin HIZLI[1], İlkay CAN[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Pigmenter demarkasyon çizgileri (PDÇ), hiperpigmente deri ile normal deri arasında keskin geçiş gösteren, nadir görülen fizyolojik pigmentasyon bozukluklarıdır. Anatomik yerleşimlerine göre A-H arasında sınıflandırılan bu çizgilerin en sık görülen alt tipi olan Tip B PDÇ, posteromedial alt ekstremite yerleşimi göstermekte ve özellikle gebelikle ilişkilendirilmektedir. Lezyonlar genellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde ortaya çıkmakta ve postpartum dönemde spontan gerilemektedir.1-3 Gebelikte gelişen ve doğum sonrası spontan olarak tamamen gerileyen Tip B pigmenter demarkasyon çizgileri olgusunun sunulması ve bu nadir klinik tablonun ayırıcı tanıda akılda tutulmasının öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz iki yaşında, 34 haftalık tekil gebeliği bulunan kadın hasta, yaklaşık 1,5 aydır devam eden alt ekstremitelerde kızarıklık şikâyeti nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum kliniği tarafından dermatoloji polikliniğine konsülte edildi. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik bulunmamakta olup bilinen kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı yoktu. Gebeliği süresince yalnızca folik asit, D vitamini, demir ve magnezyum desteği kullanmaktaydı. Laboratuvar incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı.Dermatolojik muayenede bilateral ve simetrik yerleşimli, belirgin demarkasyon gösteren, gluteal bölgeden başlayarak uylukların posterior ve anterior yüzlerine uzanan, proksimal uyluktan yaklaşık 5 cm distal seviyeye kadar devam eden eritemli yamalar izlendi (Resim 1 ve 2). Lezyonlar ile çevre normal deri arasında keskin geçiş hattı mevcuttu. Uyluktaki demarkasyon hattından alınan KOH ile incelenen nativ preparatı negatif olan hastanın klinik görünüm ve gebelik haftası göz önünde bulundurularak ön planda gebelik ilişkili Tip B pigmenter demarkasyon çizgileri düşünüldü ve histopatolojik doğrulama amacıyla biyopsi önerildi. Ancak hasta gebelik nedeniyle biyopsi işlemini kabul etmedi. Hastaya postpartum dönemde lezyonların devam etmesi halinde yeniden değerlendirilmek üzere poliklinik kontrolü önerildi. Doğum sonrası dördüncü haftada yapılan kontrolde lezyonların tamamen gerilediği öğrenildi.

Resim 1



Gebelik İlişkili Tip B Pigmenter Çizgiler-Uyluk posteriorunda yerleşen bilateral simetrik belirgin demarkasyon gösteren eritemli yamalar.

Resim 2



Gebelik İlişkili Tip B Pigmenter Çizgiler-Uyluk anteriorunda yerleşen bilateral simetrik belirgin demarkasyon gösteren eritemli yamalar.

Sonuç: Tip B pigmenter demarkasyon çizgileri gebelik sırasında ortaya çıkan, benign seyirli ve kendini sınırlayan nadir bir pigmentasyon bozukluğudur. Klinik olarak tanınması, gereksiz invaziv girişimlerin ve tedavilerin önlenmesine yardımcı olur. Gebelikte alt ekstremitelerde gelişen simetrik, keskin sınırlı pigmentasyon değişikliklerinin ayırıcı tanısında Tip B pigmenter demarkasyon çizgileri akılda tutulmalı ve hastalara hastalığın benign seyri konusunda güven verici bilgi verilmelidir.1-3

Anahtar Kelimeler: gebelik, Pigmentasyon sınır çizgileri, Gebelik dermatozları

Yayın No: P-054
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Poststreptokokal Püstüloz: Streptokokal Farenjit Sonrasında Gelişen Nadir Bir Palmoplantar Püstüler Erüpsiyon Olgusu

Eren ERSUN[1], İlkay CAN[1], Pelin HIZLI[1], Arzu KILIÇ[1], Gülay TURAN[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Poststreptokokal püstüloz, grup A beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarını takiben gelişen, nadir görülen steril nötrofilik bir dermatozdur. Klinik olarak çoğunlukla el ve ayaklarda simetrik yerleşimli püstüller ile karakterizedir ve palmoplantar püstülozis, püstüler psoriasis ve akut generalize ekzantematöz püstüloz ile karışabilmektedir. Tanı; klinik bulguların streptokokal enfeksiyon kanıtları ve histopatolojik inceleme ile desteklenmesiyle konulur.Streptokokal üst solunum yolu enfeksiyonu sonrasında gelişen ve histopatolojik olarak doğrulanan bir poststreptokokal püstüloz olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

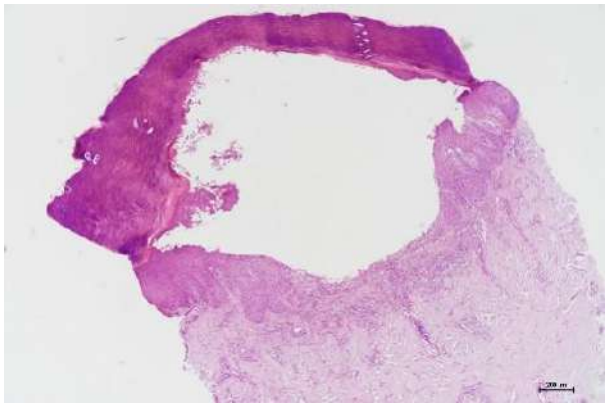
Olgu: Altmış bir yaşında kadın hasta, boğaz ağrısı, öksürük ve halsizlik şikayetleri nedeniyle acil serviste intramüsküler penisilin uygulanmasından iki gün sonra her iki avuç içinde su dolu lezyonların (Resim 1) ortaya çıkması üzerine Dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde ek hastalık öyküsü bulunmamakta olup, eklem ağrısı tariflememekte ve ailesinde psoriasis öyküsü bulunmamaktadır.Dermatolojik muayenede bilateral el palmar yüzde çok sayıda olmak üzere, ayak plantar yüzde ve gövdede bir kaç adet püstül izlendi. Poststreptokokal püstüloz, palmoplantar psoriasis ve Andrews püstüler dermatiti ön tanılarıyla sol el palmar yüzdeki püstülden 1 adet punch biyopsi alındı. Ayrıca anti-streptolizin O (ASO) düzeyi ve boğaz kültürü istendi. Laboratuvar incelemelerinde ASO düzeyi 270 IU/mL olarak sanuçlandı ve boğaz kültüründe grup A beta hemolitik streptokok üremesi tespit edildi. Histopatolojik incelemede subkorneal püstül formasyonu, akantoz, spongioz, dermiste perivasküler lenfositler ile dağınık nötrofilik infiltrasyon ve ekstravaze eritrositler izlendi; vaskülit bulgusuna rastlanmadı (Resim 2). Biyopsi sonucu poststreptokokal püstüloz ile uyumlu olarak sonuçlandı. Hastaya sistemik metilprednizolon tedavisi ile topikal klobetazol propiyonat başlandı. Sistemik kortikosteroid tedavisi doz azaltılarak kesildi ve hastanın lezyonlarında iki hafta içerisinde belirgin gerileme gözlendi (Resim 2).

Resim 1



Bilateral el palmar yüzde multiple püstüller izlenmektedir

Resim 2



Epidermiste subkorneal püstül formasyonu, akantoz, spongioz, dermiste polimorf nötrofillerin de katıldığı perivasküler lenfositik infiltrasyon, ekstravaze eritrositler izlendi. Vaskülit izlenmedi.

Sonuç: Poststreptokokal püstüloz (PSP), streptokokal enfeksiyonları takiben gelişen, nadir görülen steril püstüler bir dermatozdur. Klinik olarak özellikle palmoplantar bölgelerde yerleşen püstüllerle karakterize olup palmoplantar püstülozis, püstüler psoriasis ve akut generalize ekzantematöz püstüloz gibi hastalıklarla karışabilmektedir. Tanıda yakın zamanda geçirilmiş streptokokal enfeksiyon öyküsü ile birlikte boğaz kültürü ve ASO düzeyi gibi mikrobiyolojik ve serolojik bulguların gösterilmesi önemlidir. Histopatolojik olarak subkorneal püstül oluşumu ve nötrofilik infiltrasyon görülebilmekte olup klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi tanıyı desteklemektedir. Olgumuzda püstüllerin intramüsküler penisilin uygulamasından iki gün sonra ortaya çıkması ilaç ilişkili püstüler erüpsiyonu düşündürebilecek olmakla birlikte, öncesindeki üst solunum yolu enfeksiyonu, boğaz kültüründe grup A beta hemolitik streptokok üremesi, ASO yüksekliği ve uyumlu histopatolojik bulgular PSP tanısını desteklemiştir.PSP tedavisinde topikal ve sistemik kortikosteroidlerden yararlanılabilmekte, dirençli olgularda siklosporin etkili bir tedavi seçeneği olabilmektedir.[1,2] Olgumuzda sistemik metilprednizolon ve topikal klobetazol propiyonat tedavisi ile iki hafta içerisinde belirgin klinik

gerileme sağlanmıştır. Sonuç olarak, özellikle yakın zamanda streptokokal enfeksiyon geçiren hastalarda gelişen palmoplantar püstüler erüpsiyonlarda PSP ayırıcı tanıda akılda tutulmalı; enfeksiyon öyküsü, streptokokal enfeksiyonun mikrobiyolojik ve serolojik olarak gösterilmesi ve histopatolojik inceleme birlikte değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Palmoplantar püstüloz, A grubu beta hemolitik Streptokok, Poststreptokok püstüloz

Yayın No: P-055
Bildiri Grubu: Genel / Tırnak hastalıkları

Romatoid Artritli Bir Hastada Adalimumab ile İlişkili Azure Lunula ve Ardından Gelişen Rezidüel Gri Melanonişi

Ela Gazal[1], Ümit Türsen[1]

[1]Mersin Üniversitesi Hastanesi, Deri ver Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Giriş ve Amaç: Azure lunula, tırnak lunulasında mavi-gri renk değişikliği ile karakterize nadir bir bulgudur. Polidaktilik tutulum varlığında ilaçlar, ekzojen/toksik maruziyetler ve sistemik hastalıklar ayırıcı tanıda ön planda düşünülmelidir. İlaç ilişkili olgular daha çok hidroksiüre, zidovudin, minosiklin ve kemoterapötik ajanlarla bildirilmiştir. Tümör nekroz faktör-alfa inhibitörlerine bağlı pigmenter reaksiyonlar nadir olup genellikle kutanöz hiperpigmentasyon veya daha seyrek olarak melanonişi şeklinde tanımlanmıştır. Adalimumab ile ilişkili lunular pigmentasyon ise iyi bilinen bir yan etki değildir.

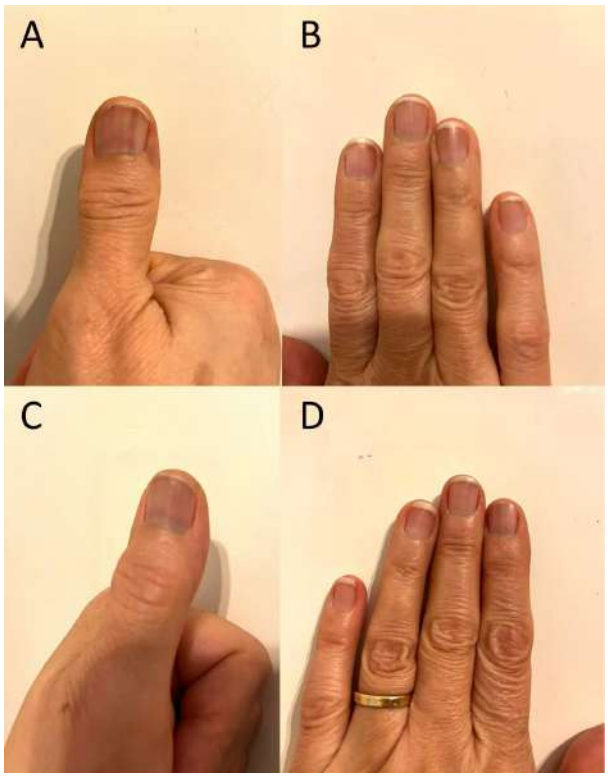
Olgu: Elli yedi yaşında kadın hasta, çoklu el tırnaklarında 1,5 aydır mevcut olan asemptomatik renk değişikliği nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde romatoid artrit, hipertansiyon ve prediyabet mevcuttu. Hasta 5–6 yıldır metotreksat, yaklaşık 1 yıldır adalimumab, 2 yıldır metformin ve 5 yıldır olmesartan/amlodipin kullanmaktaydı; yakın dönemde başlanan yeni bir ilaç öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede, özellikle her iki başparmakta ve sol elde daha belirgin olmak üzere, çoklu el tırnağının lunular/proksimal bölgesinde homojen gri-mavi, hilal şeklinde renk değişikliği izlendi (Resim 1). Ayak tırnakları normaldi. Longitudinal melanonişi, subungual hemoraji, tırnak distrofisi, proksimal tırnak kıvrımı pigmentasyonu, periungual inflamasyon veya Hutchinson bulgusu saptanmadı. Tam kan sayımı, biyokimya, vitamin B12, ferritin, parathormon ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Klinik görünüm azure lunula ile uyumlu değerlendirildi. Adalimumab kesildi; diğer ilaçlar değiştirilmeden sürdürüldü. Üç aylık izlemde başparmak dışındaki tüm el tırnaklarında lunular renk değişikliği tamamen geriledi, her iki başparmakta belirgin regresyon izlendi ve birkaç tırnakta rezidüel gri melanonişi gelişti (Resim 2).

Resim 1



Çoklu el tırnaklarının lunular/proksimal bölgesinde, özellikle başparmakta daha belirgin olmak üzere homojen gri-mavi, hilal şeklinde renk değişikliği izlenmektedir. Longitudinal melanonişi, tırnak distrofisi, proksimal tırnak kıvrımı pigmentasyonu veya periungual inflamasyon eşlik etmemektedir.

Resim 2



Üç aylık izlem klinik görünümü. Adalimumabın kesilmesinden 3 ay sonra sağ elin görünümü A ve B panellerinde, sol elin görünümü C ve D panellerinde gösterilmektedir. Başparmaklarda lunular gri-mavi renk değişikliğinde belirgin regresyon izlenirken, diğer el tırnaklarında başlangıçtaki azure lunula görünümü büyük ölçüde gerilemiştir. Bazı tırnaklarda rezidüel gri melanonişi dikkati çekmektedir.

Sonuç: Bu olgu, adalimumab kullanımı sırasında gelişen polidaktilik azure lunulanın, ilacın kesilmesiyle gerilemesi ve kısmen gri melanonişiye dönüşmesi nedeniyle olası adalimumab ilişkili pigmenter tırnak yan etkisini desteklemektedir. Metotreksat ve amlodipin gibi alternatif ilaç nedenleri, başlangıçtaki lunular patern, ilaçların uzun süre önce başlanmış olmaları, ve bu ilaçlar devam ederken lezyonların gerilemesi nedeniyle daha az olasıdır. Metforminin neden olabileceği vitamin B12 eksikliğine bağlı tırnak diskolorasyonu ön tanısından ise normal vitamin B12 ve hemogram değerleri ile uzaklaşıldı. Bu olgu, anti-TNF tedavilerle ilişkili pigmenter tırnak değişikliklerinin klinik spektrumunu genişletebilir. Polidaktilik mavi-gri tırnak pigmentasyonu ile başvuran hastalarda ayrıntılı öykü alınması, dikkatli dermatolojik muayene yapılması ve gerekli laboratuvar tetkiklerinin değerlendirilmesi önemlidir. Benign klinik özelliklerin varlığında yakın klinik takip, gereksiz invaziv işlemlerden kaçınmaya yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, Azure lunula, Gri melanonişi

Yayın No: P-056
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Papillon-Lefèvre Sendromunu Taklit Eden Kompleks Dermatolojik Bulgularla Tanı Alan ZAP-70 Eksikliği: Bir Olgu Sunumu

Fatih Emre Çevirici[1], Büşra Sena Pattabanoğlu Çevirici[1], Harbiye Dilek Canat[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Zeta zinciri ilişkili protein kinaz 70 (ZAP-70) eksikliği, T hücre reseptör sinyal iletimini bozan nadir bir kombine immün yetmezliktir. Hastalık çoğunlukla tekrarlayan enfeksiyonlar ile tanınmakla birlikte, egzama, eritrodermi, iktiyozis ve büllöz lezyonlar gibi heterojen dermatolojik bulgular tanının gecikmesine neden olabilmektedir. Genodermatozları taklit eden dermatolojik fenotip ise oldukça nadirdir. Bu olguda, çok sayıda dermatolojik bulgu ile başvuran ve genetik inceleme sonucunda ZAP-70 eksikliği tanısı alan bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Altı yaşında kız hasta, altı aylıktan itibaren devam eden yaygın cilt kuruluğu ve saçlı deride kabuklanma, son iki yıldır gelişen yaygın saç kaybı, el ve ayaklarda belirgin hiperkeratoz ve eritem nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde yalnızca topikal kortikosteroid ve nemlendirici tedavileri bulunmaktaydı. Dermatolojik muayenede palmar ve plantar yüzlerde hiperkeratotik plaklar, saçlı deride dağınık alopesik alanlar, uzun kirpik yapısı, ekstremitelerde belirgin olmak üzere yaygın iktiyoziform kseroz, keratozis pilaris saptandı. Alt ve üst dişlerde yaygın çürükler ve eşlik eden enfeksiyon bulguları mevcuttu. Palmoplantar lezyonlardan alınan biyopsi palmoplantar keratoderma, likenifiye plaklardan alınan biyopsi atopik dermatit ile uyumlu bulundu. Papillon-Lefèvre sendromu, Kindler sendromu, epidermolysis bullosa, ektodermal displaziler ve diğer kalıtsal dermatozlar açısından gerçekleştirilen genetik analizde ZAP-70 bileşik heterozigot mutasyonu ile birlikte FLG heterozigot mutasyonu saptandı. Eş zamanlı yapılan immünolojik incelemede Immunoglobulin(Ig)'lerin (IgG, IgA, IgM) yaşa göre alt sınırda belirlenmesi ile yapılan lenfosit alt grubu incelemesinde; B hücre sentezinde görevli CD19+: %6.47 (normal: > %10), CD19+20+: %5.59 (normal: > %10), T hücre sentezinde görevli CD3+: %48,56 (normal: > %59-95) olması sonucu hastaya primer immün yetmezlik tanısı konularak immünoglobulin replasman tedavisi başlandı, T hücre yetmezliğinde fırsatçı enfeksiyonları önlemek amacıyla profilaktik antibiyotik ve antiviral tedavileri verildi. Palmoplantar hiperkeratoz ve eşlik eden iktiyoziform plaklar için asitretin, topikal kortikosteroid ve yoğun nemlendirici tedavileri uygulandı. Hastanın dermatoloji ve immünoloji takipleri sırasında hiperkeratozik ve iktiyoziform lezyonları gerilerken saçlı deride daha yoğun olmak üzere, gövde ve ekstremitelerde gevşek bülleri gelişti. Büllöz lezyonlardan alınan biyopside subepidermal ayrışma izlendi, direkt immünfloresan inceleme negatif saptandı. Büllöz lezyonlar nedeniyle sistemik steroid tedavisi eklendi, Sistemik steroid ile birlikte yeni bül çıkışı gözlenmezken, bül artıkları epitelize olarak geriledi. Hastanın yapılan ileri incelemelerinde işitme kaybı tespit edildi, bu süreçte sık akciğer enfeksiyonu, gelişme geriliği, kronik ishal

olması nedeniyle hastaya kemik iliği nakli planlandı, Uygun donör bulunması sürecinde hastanın büllöz lezyonları, ishal ve pnömoni şikayetleri devam etti.

Resim 1



Resim 2



Sonuç: Bu olgu, ZAP-70 eksikliğinin yalnızca enfeksiyonlarla değil, palmoplantar keratoderma, iktiyoziform kseroz, steril büller, alopesi ve tırnak tutulumu gibi genodermatozları düşündüren kompleks dermatolojik bulgularla da ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Özellikle çocukluk çağında çoklu ve atipik dermatolojik bulguların tekrarlayan enfeksiyonlar ve gelişme geriliği ile birlikte bulunması durumunda primer immün yetmezlikler ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmeli ve erken genetik inceleme planlanmalıdır. Erken tanı, immünoglobulin replasman tedavisi gibi yaşam süresi ve yaşam kalitesini artıran tedavilere zamanında başlanmasını sağlayarak morbiditenin azaltılmasına katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: ZAP 70 eksikliği, Primer immun yetmezlik, Palmoplantar keratoderma

Yayın No: P-057
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

TNF-A İNHİBİTÖRÜ KULLANIMI SONRASI GELİŞEN PARADOKSAL PSÖRİAZİS VE HİDRADENİTİS SUPPURATİVA BENZERİ LEZYONLARDA BİMEKİZUMAB TEDAVİ BAŞARISI

FURKAN ERKAN[1], NİLGÜN ŞENTÜRK[1]

[1]ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI, SAMSUN

Giriş ve Amaç: Tümör nekroz faktör-alfa (TNF-α) inhibitörleri; ankilozan spondilit (AS), psöriazis ve hidradenitis suppurativa (HS) başta olmak üzere birçok inflamatuvar hastalığın tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır. Ancak paradoksal psöriazis gelişimi ve daha nadir olarak hidradenitis suppurativa (HS) benzeri lezyonların oluşması TNF-α inhibitörlerinin iyi bilinen kutanöz yan etkilerindendir. Bu olguda, anti-TNF tedavisi sırasında paradoksal psöriazis ve HS gelişen bir hastanın bimekizumab tedavisine yanıtı sunulmuştur.

Yöntem: Elli sekiz yaşındaki erkek hastaya, Eylül 2024 tarihinde dış merkez romatoloji kliniğinde bel ağrısı ve bel tutulması şikayetleri nedeniyle AS tanısı ile sertolizumab tedavisi başlanmış ve yaklaşık bir yıl tedaviye devam edilmiştir.Tedavinin birinci yılında ayak tabanı ve ayak bileklerinde eritemli skuamlı lezyonların gelişmesi üzerine sertolizumab tedavisi adalimumab ile değiştirilmiştir. Topikal tedavi ile lezyonlarda kısmi gerileme izlenmiş ancak adalimumab tedavisi sırasında da kutanöz lezyonları devam etmiştir.Özgeçmişinde herhangi bir dermatolojik hastalığı olmayan hastanın; son bir yıldır aksiller bölgede aralıklı, tekrarlayan ağrılı ve akıntılı nodüler lezyonları olduğu öğrenildi. Aralık 2025 tarihinde hastanın AS semptomlarının gerilemesi ve mevcut deri bulgularının ilaca bağlı olduğunu düşünmesi üzerine tedavisini kendi kararıyla kestiği öğrenildi. Hasta Nisan 2026 tarihinde kliniğimize başvurduğunda yaklaşık dört aydır herhangi bir sistemik tedavi almıyordu. AS semptomları açısından klinik bulgu yoktu. Dermatolojik muayenesinde bilateral ayak tabanları, ayak bilekleri ve bacaklarında eritemli skuamlı plaklar mevcuttu. Ayrıca yaklaşık 20 gündür mevcut olan inguinal ve genital bölgede ağrılı inflamatuvar nodüler lezyonlar vardı. Sol aksiller bölgede tespit edilen nispeten daha büyük deri altı abseifom lezyon drene edildi. Tanıya yönelik, ayak tabanından yapılan direkt mikolojik incelemede hif yapıları görüldü. Hem plantar bölgedeki hem de bacaktaki plak lezyonlardan psöriazis ön tanısı ile punch biyopsi alındı. Klinik değerlendirmeler sonucunda ilaca bağlı paradoksal psöriazis ve HS birlikteliği düşünüldü. Romatoloji bölümüne konsülte edilerek AS, HS ve psöriazis açısından ortak etkinliği bililnen bimekizumab tedavisi başlandı. Eşlik eden tinea pedis için topikal antifungal tedavi verildi.Bir ay sonraki kontrolde histopatolojik inceleme sonucu psöriazis vulgaris ile uyumlu olarak raporlandığı görüldü. Bimekizumab tedavisi sonrası hem psöriyatik plaklarda hem de HS ile uyumlu lezyonlarda belirgin gerileme gözlendi.

Bulgular ve Sonuç: TNF-α inhibitörlerine bağlı paradoksal psöriazis gelişimi literatürde iyi tanımlanmış bir durumdur. En sık palmoplantar tutulum görülmekte olup biyolojik ajan değişikliği veya tedavi kesilmesi gerekebilmektedir. Olgumuzda sertolizumab tedavisi ile başlayan ve adalimumab değişikliği sonrasında da devam eden psöriyaziform lezyonlar paradoksal psöriazis lehine değerlendirilmiştir. Hidradenitis suppurativa gelişimi ise anti-TNF tedaviler sırasında daha nadir bildirilen paradoksal kutanöz reaksiyonlardan biridir. IL-17A ve IL-17F inhibisyonu yapan bimekizumabın; psöriazis, aksiyal spondiloartrit ve HS üzerindeki etkinliği nedeniyle tercih edilmesi uygun bir tedavi yaklaşımı olmuştur. Tedavi sonrası tüm dermatolojik bulgularda belirgin iyileşme izlenmiş ve yan etki görülmemiştir.TNF-α inhibitörü kullanan hastalarda gelişen paradoksal psöriazis ve HS benzeri lezyonlar multidisipliner yaklaşım gerektiren klinik tablolardır. Bimekizumab, eşlik eden AS, psöriazis ve HS varlığında etkili bir seçenek olabilir.

Fotoğraf 1



Şekil A-B: Bilateral ayak tabanlarında ve bileklerde paradoksal psörizis ile uyumlu eritemli skuamlı plaklar Şekil C-D: Bimekizumab ile tedavi sonrası 1. ayda ayaklardaki psöriatik lezyonlar geriledi

Fotoğraf 2



Şekil A:İnguinal bölgede hidradenitis suppurativa ile uyumlu deri altı ve yüzeyel nodüler lezyonlar B:Bimekizumab ile 1 aylık tedavi sonrası lezyonlar geriledi

Anahtar Kelimeler: Paradoksal psöriazis, TNF inhibitörü, bimekizumab

Yayın No: P-058
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

AGEP mi, Tinea İncognito mu?

Eren ERSUN[1], Merve GÜNEŞ[1], İlkay CAN[1], Pelin HIZLI[1], Arzu KILIÇ[1]

[1]1-Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Tinea incognito, topikal veya sistemik kortikosteroidler ile diğer immünsüpresif ajanların kullanımı sonucunda klinik görünümü değişen dermatofit enfeksiyonudur. Klasik anüler skuamlı plak görünümünü kaybederek eritemli plaklar, püstüller ve yaygın inflamatuvar döküntüler şeklinde ortaya çıkabilir; bu nedenle akut generalize ekzantematöz püstüloz (AGEP), subakut kutanöz lupus eritematozus (SKLE), püstüler psöriazis ve diğer inflamatuvar dermatozlarla kolaylıkla karışabilir. Özellikle immünsüprese hastalarda yanlış tanı nedeniyle uygulanan kortikosteroid tedavisi enfeksiyonun yayılımını kolaylaştırarak tanıda gecikmeye neden olmaktadır. AGEP ve otoimmün dermatozları taklit eden, uzun süreli sistemik kortikosteroid kullanımı zemininde gelişen yaygın tinea incognito olgusunu sunarak ayırıcı tanıda mikolojik incelemenin önemini vurgulamaktır.

Olgu: Kırk yıldır romatoid artrit nedeniyle günde 4 mg metilprednizolon kullanan 62 yaşındaki kadın hasta, yaklaşık 1 ay önce yüz, göğüs ve alt ekstremitelerde başlayan yaygın eritemli döküntüler nedeniyle dış merkez dermatoloji polikliniğine başvurmuştu. Döküntüler başlamadan beş gün önce diklofenak tablet kullandığı öğrenildi. Hastaya topikal klobetazol propiyonat, oral bilastin ve intramüsküler 40 mg metilprednizolon uygulanmasına rağmen lezyonlarında gerileme olmaması üzerine sağ meme üzerindeki eritemli skuamlı plak, püstül ve sağlam deriden dermatomiyozit, subakut kutanöz lupus eritematozus, AGEP, IgA pemfigus, püstüler psöriazis ve subkorneal püstüler dermatoz ön tanılarıyla punch biyopsileri alındığı, ANA paneli istendiği ve sistemik metilprednizolon tedavisi başlandığı öğrenildi. Doz azaltılarak tedavi sonlandırılmasına rağmen klinik düzelme sağlanamayınca hasta kliniğimize başvurdu.Dermatolojik muayenesinde göz kapaklarından malar bölgelere, burun lateraline, perioral bölgeye ve boyuna uzanan eritemli skuamlı plaklar; sternum superioru ve servikal bölgede keskin sınırlı eritemli zemin üzerinde çok sayıda püstül; bilateral meme üzerinde yaklaşık 5×6 cm çaplı eritemli yamalar üzerinde püstül adacıkları ve skuam; bilateral aksiller bölgeden torakolomber bölgeye uzanan yaklaşık 10×8 cm çaplı eritemli plaklar üzerinde yaygın püstüller ile bilateral uyluk posteriorunda eritemli püstüler plaklar izlendi. Sağ aksilladaki lezyondan alınan deri kazıntısının potasyum hidroksit (KOH) incelemesinde mantar hiflerinin gösterilmesi üzerine, kortikosteroid tedavisine yanıtsızlık ve yaygın tutulum birlikte değerlendirilerek jeneralize tinea incognito düşünüldü. Hastaya oral itrakonazol ile birlikte topikal lulikonazol-naftifin krem ve ketokonazol şampuan tedavisi başlandı. Tedavinin 15. gününde eritemli plaklar ve püstüllerde belirgin gerileme izlendi. İki aylık takipte deri lezyonlarının tamamen düzeldiği görüldü. Bu süreçte ANA pozitif, anti-dsDNA negatif ve Anti-Ro 3+ olarak sonuçlandı. Dış merkezde alınan biyopsi sonucu ise AGEP ile uyumlu olarak raporlanmıştı. Diklofenak kullanım öyküsü ve histopatolojik bulgular başlangıçta

AGEP olasılığını desteklese de klinik seyir ve antifungal tedaviye dramatik yanıt son tanının tinea incognito lehine olduğunu gösterdi.

Resim 1



Sağ toraks hizasından başlayıp gövdeye yayılan keskin sınırlı eritemli yama zeminde multiple püstüller

Resim 2



Sağ aksilladaki keskin sınırlı eritemli yamadan alınan nativ incelemenin mikroskop altındaki görüntüsü

Sonuç: Tinea incognito, kortikosteroid veya diğer immünsüpresif tedaviler sonucunda tipik morfolojisini kaybederek inflamatuvar ve otoimmün dermatozları taklit edebilen bir dermatofit enfeksiyonudur. Literatürde jeneralize tinea incognito olgularının psöriazis ve SKLE, tinea corporis olgularının ise püstüler ilaç erüpsiyonlarıyla karışabildiği bildirilmiştir. Olgumuzda biyopsinin AGEP ile uyumlu raporlanmasına rağmen kortikosteroid tedavisi altında lezyonların progresyon göstermesi, KOH incelemesinde mantar hiflerinin saptanması ve antifungal tedaviye hızlı yanıt alınması tinea incognito tanısını desteklemiştir. Bu olgu, özellikle immünsüprese hastalarda kortikosteroide yanıtsız veya progresif püstüler erüpsiyonlarda dermatofit enfeksiyonlarının ayırıcı tanıda düşünülmesi ve basit bir KOH incelemesinin tanısal sürece dahil edilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: KOH inceleme, AGEP, Tinea İncognito

Yayın No: P-059
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Pemfigus Vulgaris Tedavisinde Rituksimab Sonrası Gelişen Önlenebilir Ağır İnfluenza A Pnömonisi: Aşılamanın Kritik Rolünü Vurgulayan Bir Olgu Sunumu

Nurcan METİN[1]

[1]Erzurum Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar

Giriş ve Amaç: Rituksimab, pemfigus vulgaris (PV) tedavisinde etkili bir birinci basamak tedavi olmakla birlikte, uzun süreli B hücre deplesyonuna yol açarak enfeksiyonlara yatkınlığı artırır. Bu olgu sunumunda, influenza aşısını yaptırmayı reddeden, PV tanılı 38 yaşındaki bir erkekte, ikinci rituksimab infüzyonundan 20 gün sonra gelişen ağır influenza A (H3) pnömonisi bildirilmektedir. Bu olgu, rituksimab tedavisi öncesinde influenza aşılamasının kritik önemini vurgulamaktadır.

Yöntem: 38 Yaş erkek hasta kliniğimize saçlı deri, ağız içi, burun ve sırttaki sulantılı yaralarla başvurdu. Dermatolojik muayenesinde oral mukozda yaygın ülserasyon, bül artukaları, saçlı deride yaygın ve sırtta sınırlı ülsere krutlu lezyonları mevcuttu. (Şekil 1) Histopatoloji ve Direk immün floresean bulguları PV ile uyumluydu. Hastaya sistemik kortikosteroid 0,7 mg/kg/gün (80 mg/gün) ve azatiyoprin 150 mg/gün başlandı. Bu tedaviye rağmen iki ay boyunca yeni lezyonların gelişmeye devam etmesi üzerine hastaya rituksimab tedavisi başlandı. Azatiyoprin kesildi, kortikosteroid tedavisine devam edildi. Tetkiklerinde anti-hepatit B yüzey antikoru ve anti-hepatit B core IgG pozitif olamsı nedeniyle enfeksiyon hastalıkları önerisi ile profilaktik entekavir tedavisi başlandı. Rituksimab tedavisi öncesinde influenza ve pnömokok aşısı önerildi ancak hasta aşılanmayı reddetti. Hastaya 15 gün ara ile 2 doz 1 gr rituksimab uygulandı. İkinci rituksimab dozundan 20 gün sonra hasta şiddetli baş ağrısı, artralji, miyalji ve halsizlik başvurdu. PV'ye ait lezyonlar tamamen gerilemişti. Öksürük, balgam, göğüs ağrısı veya dispne şikayetleri yoktu. Laboratuvar incelemelerinde CRP 107 mg/L ve lenfopeni saptandı. Solunum yolu viral paneli influenza A H3 pozitif geldi. Posteroanterior akciğer grafisinde bilateral bazal infiltrasyonlar izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografide bazal bölgelerde belirgin buzlu cam opasiteleri saptandı. (Şekil 2) Takipte hastanın oksijen satürasyonu oksijen desteği olmadan %60'lara düştü. Hastaya Oral oseltamivir 75 mg günde iki kez, intravenöz moksifloksasin 400 mg günde bir, intravenöz piperasilin-tazobaktam 4.5 g günde üç kez ve nazal 2 L/dk oksijen tedavisi eklendi. 14 gün sonra CRP düzeyi 8 mg/L'ye geriledi, lenfopeni düzeldi, oksijen ihtiyacı azaldı ve oksijensiz satürasyon %90'a yükseldi. Hasta iyilik haliyle durumda taburcu edildi.

Şekil 1



Saçlı deride eritemli zemin üzerinde yerleşimli, kabuklu ülseratif lezyonlar.

Şekil 2



Toraks bilgisayarlı tomografide bazal bölgelerde belirgin buzlu cam opasiteleri

Bulgular ve Sonuç: Genel olarak, rituksimab alan hastalarda enfeksiyonlar konvansiyonel tedavi alanlara göre daha az sıklıkta bildirilmektedir; ancak ciddi enfeksiyon riski gerçek olup ölümcül olabilir. Rituksimab ile ilişkili enfeksiyonlarda standardize mortalite oranı 22,6 olarak tahmin

edilmiştir. Viral enfeksiyonlar en sık bildirilenler olup, bunu fungal enfeksiyonlar izlemiş; bakteriyel enfeksiyonlar ise en yüksek mortalite ile ilişkilendirilmiştir. Başka bir çalışmada, tedavinin ilk 12 ayında en sık görülen enfeksiyonlar arasında COVID-19 ve sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonları yer alırken, influenza 910 hastanın 34'ünde bildirilmiştir. İnfluenza virüsüne bağlı pnömoni, dünya genelinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. İnfluenza pnömonisi rituksimab tedavisi sırasında nadir bildirilen ancak beklenen viral enfeksiyonlardan biridir. Güncel kılavuzlar, rituksimab tedavisinden 2–4 hafta önce influenza aşısı yapılmasını önermektedir. Bununla birlikte, literatürdeki önerilere rağmen, artan aşı tereddüdü, korku veya finansal nedenler gibi sebeplerle bazı hastalar aşılanmayı reddetmektedir. Bu durum, hastamızda da görüldüğü gibi, ağır ve zaman zaman ölümcül olabilen influenza pnömonisine yol açabilmektedir. Sonuç olarak, rituksimab öncesi aşılama hastanın bireysel tercihine bırakılmamalı; sadece öneri düzeyinde kalmamalı; ağır veya potansiyel olarak ölümcül influenza komplikasyonlarını önlemek için rituksimab öncesinde uygun immünizasyon sağlanmadan tedavi uygulanmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Rituksimab, İnfluenza, Aşılama

Yayın No: P-060
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

İleri Derecede Yumuşak Doku Hipertrofisi İle Seyreden Geç Tanı Almış Bir Sturge-Weber Sendromu Olgusu

Ece Çevik[1], Emel Hazinedar[1], Pelin Ertop Doğan[1]

[1]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sturge-Weber sendromu (SWS), fasiyal kapiller malformasyon, leptomeningeal anjiyomatozis ve oküler tutulum ile karakterize nadir bir nörokutanöz sendromdur.Tedavi edilmeyen olgularda progresif vasküler ektazi sonucu yumuşak doku hipertrofisi ve fonksiyonel komplikasyonlar gelişebilir. Bu olguda ileri derecede yumuşak doku hipertrofisi ile seyreden bir SWS vakasının sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 61 yaşında erkek hasta polikliniğimize yüz ve boyun bölgesinde doğumdan beri bulunan kırmızı-mor lezyonlar, bu lezyonlar nedenli fonksiyon kaybı şikayetiyle başvurdu. Lezyonların ilk sol yüz yarımında sınırlı olduğunu sonrasında sağ yüz yarımına ve boynuna yayıldığını, daha önce hiç bu nedenle tedavi almadığını belirtti (Resim 1, 2). Glokom tanısı olduğu öğrenildi, geçmişte intrakraniyal kitle nedeniyle Gamma Knife tedavisi uygulanmış olan hastada güncel kraniyal bilgisayarlı tomografi incelemesinde aktif patoloji saptanmadı. Dermatolojik muayenede sol periorbital bölgeden başlayıp submandibular bölgeye kadar uzanan, tüm dudağı ve mentumu içine alan, yüz görünümünde ciddi deformiteye yol açan, düzensiz sınırlı, yüzeyi multilobüle-nodüler karakterde nevus flammeus lezyonu mevcuttu (Resim 3, 4). Hastaya klinik bulgular eşliğinde SWS tanısı konuldu. Hasta halen tetkik aşamasında olup kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) henüz sonuçlanmadı. Genetik analiz için tıbbi genetik, glokom nedenli göz hastalıkları, nörolojik tarama amaçlı nöroloji bölümüne yönlendirildi.

Olgu Fotoğrafları



Resim 1,2

Olgu Fotoğrafları



Resim 3,4

Sonuç: SWS, primitif sefalik vasküler pleksusun normal regresyon süreçlerini tamamlayamaması sonucu ortaya çıkan nevus flammeus, leptomeningeal anjiyomatozis ve oküler tutulum ile karakterize, sporadik, nadir bir konjenital nörokutanöz hastalıktır. İnsidansı 20.000 ile 50.000 canlı doğumda bir olarak bildirilmektedir. Patofizyolojisinde, GNAQ geninde meydana gelen somatik mozaik aktivasyon mutasyonlarının yer aldığı kesin olarak gösterilmiştir. Bu mutasyonlar vasküler endotelyal hücrelerde proliferasyon artışına ve doku hipertorfisine zemin hazırlar. Nevus flammeus, trigeminal sinirin oftalmik (V1), maksiller (V2) ve daha nadiren mandibular (V3) dallarının anatomik trasesini takip eder. V1 dermatomunun tutulumu, leptomeningeal anjiyomatozis ve oküler glokom gelişimi açısından en belirleyici klinik bulgudur. Bizim olgumuzda da olduğu gibi yaşla birlikte damarlardaki genişlemenin ilerlemesi sonucu hastaların %60'ında yumuşak doku hipertrofisi, %43.8'inde ise vasküler nodüller gelişir. Diğer sistem tutulumlarından glokom, en sık görülen ve kalıcı görme kaybıyla sonuçlanabilen en kritik oküler komplikasyondur; leptomeningeal anjiyomatozis ise kronik serebral hipoksi, venöz staz ve serebral kortekste ilerleyici kalsifikasyonlara yol açabilmektedir. Kutanöz patolojilerin yönetiminde altın standart Pulsed Dye Lazer (PDL) tedavisidir. Güncel çalışmalarda GNAQ gen mutasyonu sonucunda aşırı aktive olan mTOR sinyal yolağını inhibe eden Sirolimus (rapamisin) gibi biyolojik ajanların kullanımı araştırılmaktadır. Olgumuz, uzun yıllar tedavisiz kalan Sturge-Weber sendromunda gelişebilecek ileri yumuşak doku hipertrofisi ve vasküler nodüler dönüşümün, kozmetik etkilerin ötesinde fonksiyonel kayıplara da yol açabileceğini göstermesi açısından önem taşımakta, erken tanı ve uygun lazer tedavisinin yanı sıra nörolojik ve oküler komplikasyonlar açısından düzenli multidisipliner izlemin hastalık yönetimindeki kritik rolünü ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nevus flammeus, Sturge-Weber Sendromu

Yayın No: P-062
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Chanarin-Dorfman Sendromu Tanılı İki Kardeşte Fenotipik Heterojenite: İktiyoz ve Eritrokeratoderma Benzeri Prezentasyon

Cemre Hilal Kaplan[1], Ayşe Deniz Yücelten[1], Burcu Yeter[2], Billur Korkmaz Katılmış[3], Sebile Kılavuz[3]

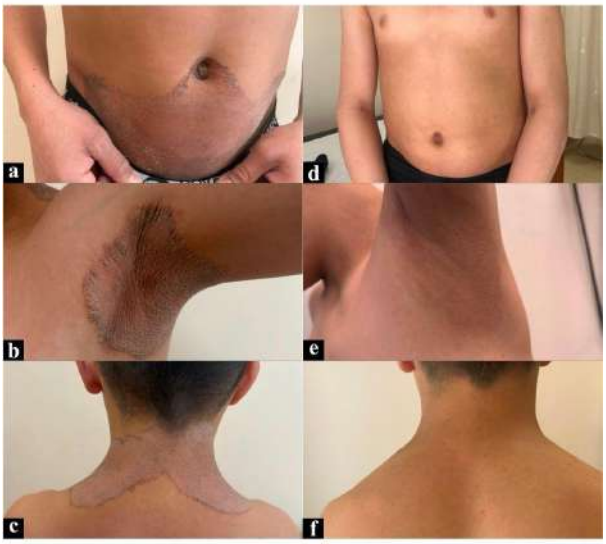
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Genetik Hastalıkları Değerlendirme Merkezi, Çocuk Genetik Hastalıkları
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Chanarin-Dorfman Sendromu (CDS; iktiyozun eşlik ettiği nötral lipid depolama hastalığı); otozomal resesif kalıtılan, konjenital, genellikle büllöz olmayan iktiyoziform eritrodermi ve çoklu organ tutulumuyla karakterize nadir bir lipid depolama hastalığıdır; ancak literatürde eritrokeratoderma benzeri lezyonlarla seyreden olgular bildirilmiştir. Bu çalışmada, biri yaygın iktiyoz, diğeri eritrokeratoderma bulguları sergileyen CDS tanılı iki kardeşin klinikleri ve tedavi yanıtları tartışılmıştır.

Olgu: Olgu 1 On beş yaşında erkek hasta, iki yaşında başlayan, vücutta döküntü, kuruluk şikayetleriyle topikal tedavilere yanıtsızlık nedeniyle başvurdu. Akraba evliliği bulunmadığı, nöromotor gelişiminin doğal olduğu ve özgeçmişinde özellik olmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde, bilateral aksiller, infraumbilikal ve servikal bölgelerde, keskin sınırlı hiperpigmente skuamlı plaklar, bilateral periorbital alanda eritemli skuamlı yamalar ve jeneralize kserozis izlendi. Ağırlığı 51.7kg (17. persentil), boyu 154 cm (< 3 persentil) ölçüldü. Kas, duyu muayenesi doğaldı, derin tendon refleksleri alınıyordu. Eritrokeratoderma ön tanısıyla alınan biyopside yüzeyde hiperkeratoz, epidermiste papillomatoz ve fokal granüler tabakada kalınlaşma, bazal tabakada vakuoler değişiklik; yüzeyel perivasküler lenfositik inflamasyon, pigment inkontinansı saptandı; eritrokeratodermayla uyumlu değerlendirildi. Tüm ekzom dizileme (WES) analizinde, ABHD5 geninde homozigot missense c.343A > G (p.Ser115Gly) varyantı saptanarak CDS tanısı konuldu. Periferik yaymada blast izlenmedi, nötrofil ve bant hücrelerinde belirgin vakuolizasyon (Jordan anomalisi) saptandı. AST: 112 U/L, ALT: 101 U/L, LDH: 340 U/L ve CK: 1225 U/L ölçüldü. Abdominal ultrasonografide hepatomegali (155 mm) ve Grade 2 hepatosteatoz saptandı. A, B, D, E vitaminleri, orta zincirli yağ asidi (MCT) tedavisi ve topikal tazaroten başlandı. Tedaviyle lezyonlarında regresyon gözlendi. Olgu 2 Birinci olgunun kardeşi 13 yaşındaki erkek hastanın doğuştan yaygın kuruluğu, pullanması, yazın belirginleşen siyah kabuklanması mevcuttu. Özgeçmişinde preterm doğum ve solunum sıkıntısıyla yenidoğan yoğun bakım yatışı vardı. Nöromotor gelişimi normaldi, belirgin büyüme geriliği boy:142 cm(< 3 persentil), tartı: 38.6(< 3 persentil) saptandı. Dermatolojik muayenesinde iktiyozisi düşündürten, gövde ve ekstremitelerde yaygın ince pullanması mevcuttu. Bu iktiyoz tablosuna ek bacaklarda

eritrokeratoderma benzeri keskin sınırlı hafif pigmente skuamlı yamalar izlendi. Deri eki muayeneleri doğaldı. AST: 89-145.7 IU/L, ALT: 98-176.5 IU/L, LDH: 352-601 IU/Lve CK düzeyi 779 IU/L ölçüldü. Abdominal ultrasonografide hepatomegali ve Grade 2 hepatosteatoz izlendi. Nörolojik muayenesinde DTR solda daha canlı olmak üzere bilateral aktifti, ek patoloji saptanmadı. Genetik analizinde kardeşiyle aynı ABHD5 homozigot mutasyon saptanarak CDS tanısı konuldu. Ebeveynlerin heterozigot taşıyıcı oldukları gösterildi. Olguların tedaviye uyum ve klinik yanıtlarında farklılıklar gözlemlendi. Olgu 2, önerilen yağdan fakir, MCT yağından zengin diyete ve topikal tazaroten-vazelin tedavisine uyumsuzdu, cilt bulguları dirençli seyretti. Asitretin tedavisi açısından değerlendirildi, transaminaz yüksekliği nedeniyle şimdilik başlanmamasına, topikal tedavi protokolüne devam edilmesine karar verildi.

Şekil 1. Birinci Olgu



Şekil 1. Birinci olgu
İlk başvuru **(a)** infraumbilikal alana geniş bir yayılım gösteren, sağlam deri ile arasında keskin ve net bir sınır bulunan skuamlı hiperpigmente, hiperkeratotik plak **(b)** Aksiller katlantı alanında, çevresel sağlam deriden çok net bir sınırla ayrışan mikropapillomatöz kalınlaşma barındıran koyu kahverengi sıkmalı hiperpigmente plak **(c)** Boyun posterior ve lateralinde keskin ve düzenli bir demarkasyon hattı ile ayrılan, zemininde hafif eritem ince skuamlarla kaplı hiperpigmente, hiperkeratotik plak **(d,e,f)** tedavi sonrası görünüm

Şekil 2. İkinci Olgu



Şekil 2. İkinci Olgu
Birinci olgunun kardeşi olan ikinci olgunun vücudunda iktiyoz paterninde yaygın ince, beyaz deskuamasyon ve bacaklarda az sayıda eritrokeratoderma paterninde nispeten keskin sınırlı yamalar

Sonuç: Chanarin-Dorfman Sendromu (CDS), hücresel lipid metabolizmasında rol oynayan adipoz trigliserit lipaz(ATGL) aktivatörünü kodlayan ABHD5 genindeki işlev kaybı mutasyonlarından kaynaklanır. ATGL aktivasyonunun yetersizliği trigliseritlerin sitoplazmada birikmesiyle iktiyoz, hepatomegali, miyopati gibi multisistemik tutulumlara yol açabilmektedir. Aynı genetik mutasyonu taşıyan aile bireylerinde dahi klinik prezentasyon farklılık sergileyebilir. Nihai tanı genetik tetkikle konulsa da, yaygın iktiyozis veya eritrokeratoderma olan olgularda periferik yayma incelemesiyle vakuoler değişikliklerin saptanması (Jordan anomalisi) erken tanıda basit bir yöntem olarak unutulmamalıdır. Küratif tedavisi bulunmamaktadır; nötral yağ asidi kısıtlaması, MCT yağı desteği ve topikal tedavilerden fayda sağlanabilmektedir. Literatürde sistemik asitretin tedavisinin etkinliğini gösteren olgular yer alsa da, eşlik edebilecek hepatosteatoz kullanımını sınırlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: iktiyozis, eritrokeratoderma, Chanarin-Dorfman Sendromu

Yayın No: P-068
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Kollodion Membrandan Alopesiye: MBTPS2 İlişkili IFAP/BRESHECK Sendromu Olgusu

Hami Kork[1], Ömer Cacina[1], Tuğba Kevser Uzunçakmak[1], Dilek Uludağ Alkaya[2], Aynur Islamova[3], Burhan Engin[1], Beyhan Tüysüz[4]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Genetik Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, İstanbul, Türkiye
[4]İstanbul Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: İktiyozis folikülaris, alopesi ve fotofobi (IFAP) sendromu, çoğunlukla MBTPS2 genindeki patojenik varyantlara bağlı gelişen, X'e bağlı kalıtılan nadir bir genodermatozdur. Klasik IFAP sendromu folliküler iktiyoz, alopesi ve fotofobi triadı ile karakterizedir. Buna karşın IFAP/BRESHECK sendromu; nörolojik, gastrointestinal, oküler ve iskelet sistemi başta olmak üzere çoklu organ tutulumunun eşlik ettiği daha ağır bir fenotipi temsil eder. Bu olguda, geniş ekstrakutanöz tutulumu bulunan ve moleküler olarak doğrulanmış IFAP/BRESHECK sendromlu bir hastanın klinik özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Altı yaşında erkek hasta, doğumdan itibaren mevcut olan yaygın deri kuruluğu, hiperkeratotik lezyonlar ve saç yokluğu nedeniyle değerlendirildi. Hastanın 37. gebelik haftasında kollodion membran ile doğduğu ve yenidoğan döneminde solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakım ünitesinde izlendiği öğrenildi. Klinik izlemi sırasında belirgin büyüme ve gelişme geriliği, hipotoni, epileptik nöbetler, ileri derecede nörogelişimsel gecikme ve beslenme güçlüğü gelişti. İki buçuk yaşında persistan gastrointestinal yakınmalar nedeniyle yapılan rektal biyopsi sonucunda Hirschsprung hastalığı tanısı konuldu ve hastaya transanal endorektal pull-through cerrahisi uygulandı. Oftalmolojik değerlendirmede limbal kök hücre yetmezliği saptanırken, odyolojik inceleme normal olarak değerlendirildi.Dermatolojik muayenede yaygın skatrisyel olmayan alopesi, her iki ayakta belirgin hiperkeratotik ve fissürlü plaklar, sakral bölgede psoriasiform özellikte eritemli skuamlı plaklar, tüm el ve ayak tırnaklarını tutan ileri derecede onikodistrofi ve periungual eritem izlendi. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme, abdominal ultrasonografi ve ekokardiyografi incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı.Tüm ekzom dizileme analizinde MBTPS2 geninde hemizigot NM_015884.4:c.1286G > A (p.Arg429His) patojenik varyantı saptandı. Segregasyon analizinde hastanın annesinin aynı varyant açısından heterozigot taşıyıcı olduğu gösterildi. Klinik bulgular ile moleküler genetik sonuçların birlikte değerlendirilmesi sonucunda IFAP/BRESHECK sendromu tanısı konuldu. Ailenin sistemik tedaviyi kabul etmemesi nedeniyle hasta topikal emolyent ve keratolitik ajanlarla izlenmektedir.

Fotoğraf 1



Sakral bölgede eritemli, skuamlı, psoriasiform plaklar ve saçlı deride yaygın skatrisyel olmayan alopesi.

Fotoğraf 2



Tüm el ve ayak tırnaklarını tutan, periungual eritemin eşlik ettiği ileri derecede onikodistrofi

Sonuç: Bu olgu; kollodion membran, yaygın iktiyoz, alopesi, limbal kök hücre yetmezliği, Hirschsprung hastalığı ve belirgin nörogelişimsel gecikmenin birlikte izlendiği ağır MBTPS2 ilişkili IFAP/BRESHECK fenotipini ortaya koymaktadır. Nadir görülen bu sendromun erken dönemde tanınması, moleküler genetik yöntemlerle doğrulanması ve dermatoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, nöroloji, gastroenteroloji, oftalmoloji ve tıbbi genetik bölümlerinin yer aldığı multidisipliner bir izlem yaklaşımının planlanması; komplikasyonların erken saptanması, tedavinin bireyselleştirilmesi ve uzun dönem hasta yönetiminin iyileştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: MBTPS2, IFAP/BRESHECK Sendromu, alopesi

Yayın No: P-072
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Edinsel Unilateral Nevoid Telanjiektazide Topikal Brimonidin İle Klinik Yanıt: Olgu Sunumu

Gizem Özsolak[1], Selma Emre[1], Veysel Duru[1], Arzum Mısra Şahin[1]

[1]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Unilateral nevoid telanjiektazi (UNT), yüzeyel dermal telanjiektazilerin tek taraflı ve segmental dağılımıyla karakterize nadir, benign bir vasküler dermatozdur. Konjenital veya edinsel gelişebilir; lezyonlar sıklıkla Blaschko çizgileri, dermatomlar ya da trigeminal sinir dalları boyunca yerleşir. Edinsel form hiperöstrojenik durumlarla ilişkilendirilmekle birlikte sistemik hastalığı olmayan erkeklerde de görülebilir. Etiyopatogenezi tam açıklanamamış olup hormonal duyarlılık ve kutanöz mozaiklik üzerinde durulmaktadır (1,3). Bu bildiride, sağ hemifasiyal edinsel UNT olgusunun klinik ve dermoskopik özellikleri ile topikal brimonidin sonrası gözlenen yanıtın sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: 46 yaşında erkek hasta, sağ yüz yarısında 3-4 yıldır bulunan ve zaman zaman artıp azalan kızarıklık ile belirgin damar görünümü nedeniyle başvurdu. Bilinen sistemik hastalığı veya subjektif yakınması yoktu; lezyon bölgesine daha önce topikal kortikosteroid kullanmamıştı. Kaynak işiyle uğraşan hastanın 30 paket-yıl aktif sigara ve sosyal alkol kullanımı mevcuttu. Dermatolojik muayenede sağ hemifasiyal alanda, özellikle yanak ve mandibular bölgede, eritemli zemin üzerinde yaygın dallanan yüzeyel telanjiektaziler izlendi (Resim1a). Papül ve püstül saptanmadı; Demodex incelemesi negatifti. Dermoskopide pembe-kırmızı zemin üzerinde düzensiz dallanan lineer damarlar görüldü(Resim2). Klinik ve dermoskopik bulgularla edinsel UNT düşünüldü. Hastaya topikal brimonidin %0,33 jel sabahları günde bir kez uygulanmak üzere başlandı. Kısa süreli kullanım sonrası kontrol görüntüsünde sağ hemifasiyal eritem ve telanjiektatik görünümde belirgin azalma izlendi(Resim 1b).

Resim1



Resim 1a. Tedavi öncesi sağ yanak ve mandibular bölgede belirgin, dallanan yüzeyel telanjiektaziler. Resim 1b. Topikal brimonidin %0,33 jel günde bir kez kullanımından sonraki klinik görünüm; eritem ve telenjiektatik görünümde belirgin azalma.

Resim2



Resim2.Dermoskopide pembe-kırmızı zemin üzerinde düzensiz dallanan lineer damarlar.

Bulgular ve Sonuç: Olgumuzdaki tek taraflı dağılım ve dermoskopide izlenen düzensiz dallanan lineer damarlar edinsel UNT tanısını desteklemiştir. Histopatolojide epidermal değişiklik olmaksızın üst dermiste ince duvarlı, dilate ve kıvrımlı damarlar görülür. Tanı çoğunlukla tipik morfoloji ve tek taraflı dağılıma dayanır. Dermoskopide kırmızı zemin üzerinde retiküler veya düzensiz dallanan lineer damarlar tanıyı destekler; oval kırmızı lakünlerle seyreden angioma serpiginosumdan ayrımda yardımcı olabilir (2,3). Ayırıcı tanıda nevus flammeus, herediter benign telanjiektazi, jeneralize esansiyel telanjiektazi ve fasiyal yerleşimde rozasea düşünülmelidir. Tedavi zorunlu değildir ve çoğunlukla kozmetik amaçlıdır. UNT tedavisine ilişkin veriler küçük seriler ve olgu bildirimleriyle sınırlıdır. Güncel bir pediatrik seride pulsed dye lazer uygulanan dokuz olgunun yedisinde belirgin yanıt elde edilmiş; lazere dirençli tek bir olguda hemoporfin aracılı fotodinamik tedaviyle başarılı sonuç bildirilmiştir (3,5). Brimonidin, küçük kutanöz damarlarda geçici vazokonstriksiyon oluşturan seçici alfa-2 adrenerjik agonisttir ve rozaseaya bağlı persistan fasiyal eritemde etkilidir (4). Ayrıca dermatomiyozite bağlı fasiyal telanjiektazili bir olguda günde bir kez uygulamayla 30-60 dakika içinde azalma ve üçüncü ayda belirgin klinik düzelme bildirilmiştir (6). Buna karşın erişebildiğimiz literatürde topikal brimonidinin UNT'de kullanımına ilişkin yayımlanmış olgu saptanmamıştır. Kolay uygulanması ve hızlı, geri dönüşümlü etkisi nedeniyle özellikle fasiyal yerleşimli, lazer tedavisini istemeyen veya erteleyen olgularda kısa süreli kozmetik kontrol sağlayabilir. Olgumuzdaki belirgin renk açılması bu noninvaziv yaklaşımın potansiyelini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: brimonidin, dermoskopi, unilateral nevoid telanjiektazi

Yayın No: P-073
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Mikozis Fungoides Zemininde Gelişen Primer Kutanöz Agresif Epidermotropik CD8$^+$ Sitotoksik T-Hücreli Lenfoma ile İlişkili Nörolenfomatozis: Agresif Klinik Seyirli Nadir Bir Olgu

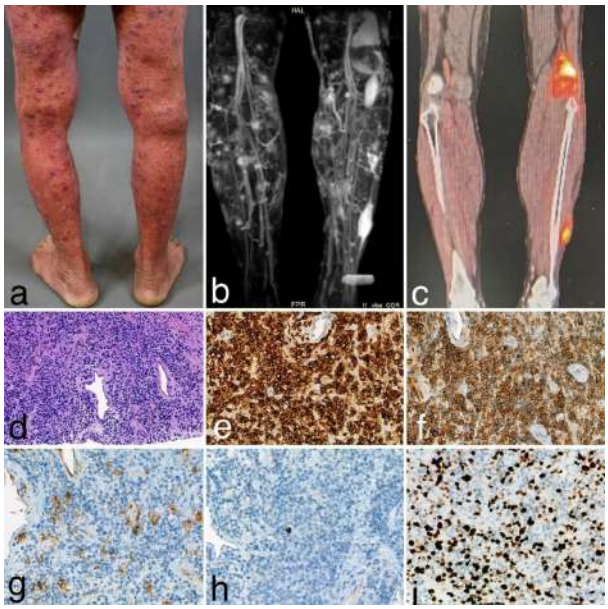
Hatice Şanlı[1], Merve Aygün Alizada[1], Muhammet Talha Saraç[1], Zehra Akkaya[2], Seher Yüksel[3], Nuriye Özlem Küçük[4], Bengü Nisa Akay[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı
[4]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Nörolenfomatozis (NL), malign lenfoid hücrelerin kraniyal sinirleri, sinir köklerini, pleksusları veya periferik sinirleri doğrudan infiltre etmesiyle karakterize, nadir ve kötü prognozlu bir lenfoma komplikasyonudur. Olguların büyük çoğunluğu B-hücreli lenfomalarla, özellikle de diffüz büyük B-hücreli lenfomayla ilişkilidir. Kutanöz T-hücreli lenfomalarla ilişkili nörolenfomatozis ise son derece nadirdir. Olgumuz primer kutanöz agresif epidermotropik CD8$^+$ sitotoksik T-hücreli lenfoma (PKAESTHL) ile NL birlikteliğini ortaya koyan ilk olgudur.

Yöntem: On iki yıl önce maküler lezyonlarla başlayan ve zaman içinde eritrodermi ile tümöral lezyonlara ilerleyen mikozis fungoides (MF) tanısıyla izlenen 59 yaşındaki erkek hasta, bu süreçte topikal kortikosteroid, fototerapi ve brentuksimab vedotin tedavileri almış olup evre IVA (T4N3M0B0) hastalıkla takip edilmekteydi. Hasta, sol alt ekstremitede şiddetli ağrı, ilerleyici kas güçsüzlüğü ve düşük ayak gelişmesiyle başvurdu. Muayenede yaygın tümöral deri lezyonlarına ek olarak sol popliteal fossa ve distal fibula komşuluğunda ağrılı, sert iki adet subkutan kitle saptandı (Fig 1a). Alt ekstremite MRG'de ortak ve yüzeyel peroneal sinirleri çevreleyen hipervasküler perinöral kitle lezyonları ile komşu kas gruplarında belirgin denervasyon atrofisi ve ödemle ilişkili sinyal değişiklikleri saptandı (Fig 1b). PET incelemesinde ortak peroneal sinir boyunca SUVmax değeri 14,6 olan hipermetabolik lezyonlar izlendi (Fig 1c). Perinöral kitleden alınan biyopside CD3, CD7, CD8, perforin, granzyme B, TIA-1 ve T-hücre reseptörü-β ekspresyonu gösteren, yüksek proliferatif aktiviteye sahip atipik sitotoksik T-hücre infiltrasyonu saptandı (Fig 1d-i). Bulgular, periferik sinir tutulumu gösteren PKAESTHL ile uyumlu değerlendirildi ve NL tanısı konuldu. Gemsitabin ve belinostat tedavisi başlanan ve allojenik hematopoietik kök hücre nakli planlanan hasta, NL tanısından altı ay sonra kaybedildi.

Figür 1



Klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgular a) Sol popliteal fossada lateralde belirgin ödemli ve ağrılı şişlik ile alt bacak boyunca uzanan çok sayıda cilt altında ağrılı kitle lezyonları ve deride multiple tümöral lezyonlar b) Kontrastlı MRG'de, T1-ağırlıklı sekanslarda peroneal sinir trasesi boyunca dağılım gösteren, kontrastlanan çok sayıda fuziform kitle lezyonu c) Aynı anatomik bölgede PET incelemesinde peroneal sinir boyunca SUVmax değeri 14,6 olan hipermetabolik lezyonlar d) Kontrastlanan popliteal kitle lezyonundan alınan tru-cut biyopsinin hematoksilen-eozin boyamasında, düzensiz nükleer konturlara sahip küçük-orta büyüklükte yoğun atipik lenfoid hücre infiltrasyonu e–f) İmmünohistokimyasal incelemede atipik lenfoid hücrelerde CD3 (e) ve CD8 (f) güçlü pozitif, CD4 (g) ve CD20 (h) negatif. i) Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %40

Tablo 1. Literatürde Bildirilen Mikozis Fungoides ile İlişkili Nörolenfomatozis Olguları

Olgu	Yaş / Cinsiyet	Ekstranodal Sistemik Tutulum	Nörolojik Tutulma Kadar Geçen Süre	Klinik Bulgular	Tutulan Sinirler ve Kaslar	Tanı Yöntemi	Görüntüleme Bulguları / BOS Değerlendirmesi	Patolojik ve Moleküler Bulgular	Tedavi / Sonuç
Bourque ve	74 / E	Yok	MF tanısından	Ulnar paraliziyi takiben	Ulnar sinir → brakiyal	Sinir biyopsisi	MRG: Pelvik siyatik sinir	Sinir fasikülleri	Radyoterapi, gemsitabi

ark. [1]			yaklaşık 10 yıl sonra	sol siyatik nöropati ve düşük ayak	pleksus → S1–S3 kökleri ve siyatik sinir; interosseöz, gluteal ve hamstring kasları	ve MRG	ile S1–S3 köklerinde infiltratif genişleme; ulnar sinir ve brakiyal pleksusta progresif tutulum. Kraniyal MRG: Bildirilmemiş. BOS: Bildirilmemiş	içerisinde $CD3^+$, $S100^+$ T-hücre infiltrasyonu	n ve deksametazon; geçici klinik düzelme, 2 ay içinde ölüm
Hazrati ve ark. [6]	22 / K	Kalp, akciğer ve iskelet kası	MF tanısından yaklaşık 4 yıl sonra	El bileğinde güçsüzlük, bilateral düşük ayak, progresif nöropati ve yürüme bozukluğu	Bilateral median sinir, sağ ulnar sinir, sağ peroneal sinir ve sağ tibial sinir	Kas ve sinir biyopsisi, MRG ve PET	MRG: Periferik sinirler ve ilişkili kas gruplarında infiltratif tutulum; gastroknemius kasında belirgin değişiklikler. PET: Yaygın sistemik tutulum. BOS: Patolojik bulgu yok.	$CD3^+$, granzyme B^+ ve $perforin^+$ hücre infiltrasyonu	Agresif klinik seyir; ölüm

							Kraniyal MRG: Kraniyal sinir tutulumu		
Atiq ve ark. [7]	63 / K	Yok	MF tanısından yaklaşık 6 yıl sonra	Sağ el bileğinde düşük el, sol el kavrama gücünde azalma, bilateral düşük ayak ve yürüme bozukluğu	Radyal, median/ ulnar, peroneal ve siyatik sinirler; intrinsik el kasları ve krusun anterior kompartıman kasları	Sağ radyal sinir biyopsisi	MRG: Özgül bulgu bildirilmemiş; klinik olarak yaygın periferik sinir infiltrasyonu. BOS: Bildirilmemiş	Sinir biyopsisinde yoğun $CD3^{+}$, $CD4^{+}$, $CD5^{+}$, $CD8^{-}$ atipik T-hücre infiltrasyonu; endonöral fibrozis ve aksonal dejenerasyon	CHOP kemoterapisi ve radyoterapi; belirgin klinik düzelme
Puffer ve ark. [8]	66 / E	Yok	MF tanısından 19 yıl sonra	Median sinir dağılımında ağrı ve uyuşma, tam duyu kaybı, kas güçsüzlüğü ve	El bileği proksimalinde median sinir, palmar kutanözdal ve dirsek	Klinik değerlendirme, EMG, median sinir ve deri lezyonu biyopsisi;	PET: Median ve ulnar sinirler boyunca artmış metabolik aktivite. MRG:	Sinir dokusunda $CD3^{+}$ ve $CD8^{+}$ T-hücre infiltrasyonu; $CD20^{-}$, $CD30^{-}$;	Radyoterapi ve kemoterapi; hızlı progresyon, yaygın sistemik tutulum ve 3 ay

				pençe el deformitesi	proksimalinde ulnar sinir; median sinirle innerve kaslar ve ulnar fleksör digitorum profundus kası	PCR ile klonal ilişkinin gösterilmesi	Median sinir çevresinde kitle ve sinir kalınlaşması; palmar kutanöz sinirde nodüler tutulum. BOS: Bildirilmemiş	reaktif $CD4^+$ ve $CD68^+$ hücreler	içinde ölüm
Ogawa ve ark. [9]	68 / K	Yok	MF tanısından yaklaşık 2 yıl sonra	Ekstremitelerde güçsüzlük, el ve ayaklarda uyuşma ve yürüme bozukluğu	Sural sinir; intrinsik el ve ayak kasları	Sural sinir biyopsisi ve MRG	MRG: Sural sinirde longitudinal uzanım gösteren T2 hiperintensitesi ve kalınlaşma. BOS: Bildirilmemiş	$CD3^+$ atipik T hücreleri; deri ve sinir dokusunda özdeş T-hücre reseptörü klonalitesi	CHOP tedavisine kısmi yanıt; toksisite nedeniyle tedavinin kesilmesi
Hanna ve ark. [10]	78 / E	Yok	MF tanısından yaklaşık 10 yıl sonra	Ulnar mononöropati, progresif pleksopati ve siyatik nöropati	Ulnar sinir, brakiyal pleksus, lumbosakral pleksus	Sinir biyopsisi ve MRG	MRG: Brakiyal ve lumbosakral pleksuslarda kalınlaşma	$CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^-$ ve $CD30^-$	Radyoterapi ve kemoterapi; hastalık progresyonu ve

					ve siyatik sinir; üst ve alt ekstremite kasları		ve nodüler kontrastlanma; uyluk boyunca siyatik sinir lezyonları. Kraniyal MRG: Kraniyal sinir tutulumu yok. BOS: Bildirilmemiş		ölüm
Peris ve ark. [11]	70 / E	Şüpheli kemik iliği ve trigeminal sinir tutulumu	MF tanısından yaklaşık 3 yıl sonra	Progresif periferik nöropati, ekstremite güçsüzlüğü, ataksi, fasiyal paralizi ve gözleri kapatmada güçlük	Yaygın periferik sinirler; intrinsikel kasları ve alt ekstremite kasları	Sinir biyopsisi, klinik izlem ve MRG	Kraniyal MRG: Trigeminal sinirde kalınlaşma. MRG: Trigeminal sinir ve kauda ekuina köklerinde kalınlaşma; spinal segmentlerde yaygın sinir genişlemesi. EMG: Mikst demiyelini	$CD3^{+}$, $CD4^{+}$, $CD8^{-}$, $CD30^{-}$; klonal TCR-β ekspresyonu	İntratekal kemoterapi ve radyoterapi; 3 ay sonra ölüm

							zan ve aksonal nöropati. BOS: Bildirilmemiş		
Jacquet ve ark. [12]	65 / E	Yok	MF tanısından yaklaşık 2 yıl sonra	Krural ve siyatik radiküler ağrı ile parapleji	Lomber epidural sinir kökleri ve alt ekstremite kasları	Postoperatif histopatolojik inceleme ve MRG	Spinal MRG: Lomber sinir köklerini komprese eden ve komşu nöral yapılara uzanan epidural kitle. BOS: Bildirilmemiş	MF ile uyumlu atipik T-hücre infiltrasyonu	Cerrahi ve kemoterapi; olumlu klinik seyir
Bezier ve ark. [13]	73 / K	Kan, lenf nodları ve deri	MF tanısından yaklaşık 18 ay sonra	Bell paralizisi, periferik nöropati, el ve ayaklarda güçsüzlük	Radyal ve peroneal sinirler; ön kol, bacak ve ayak kasları	Yüzeyel peroneal sinir ve kas biyopsisi, BT ve EMG	BT: Peroneal sinirde kalınlaşma. EMG: Sensörimotor nöropati. BOS: Sézary hücreleri saptandı.	$CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^-$ ve $CD7^-$; Sézary hücreleri	Yüksek doz metotreksat; kısmi klinik düzelme, 14 ay sonra ölüm

							Kraniyal MRG: Bildirilmemiş		

MF: Mikozis Fungoides; BOS: Beyin Omurilik Sıvısı; E: Erkek; K: Kadın; MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme; BT: Bilgisayarlı Tomografi; CHOP: siklofosfamid, doksorubisin, vinkristin ve prednizolon; ark.: arkadaşları

Bulgular ve Sonuç: MF tanısıyla izlenen hastalarda yeni gelişen nörolojik bulgular, yalnızca mekanik sinir kompresyonu, tedaviye bağlı nörotoksisite veya klasik MF infiltrasyonu çerçevesinde değerlendirilmemelidir. Özellikle olgumuzda olduğu gibi ağrı, kas güçsüzlüğü ve düşük ayak gibi fokal nörolojik semptomların varlığında NL erken dönemde mutlaka akla getirilmelidir. Bununla birlikte, MF ile ilişkili NL son derece nadirdir (Tablo 1).Öte yandan, MF hastalarında gelişen NL'nin, olgumuzda olduğu gibi, eşlik eden daha agresif bir lenfoma fenotipiyle ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Periferik sinir tutulumu, hastalığın daha agresif bir biyolojik davranış kazandığını ve $CD8^+$ sitotoksik fenotipe doğru ilerlediğini düşündüren, prognostik açıdan önemli bir gösterge olabilir. Nitekim olgumuzda, MF tanısıyla izlenen bir hastada literatürde daha önce tanımlanmamış biçimde PKAESTHL ile ilişkili NL saptanmıştır.Sonuç olarak, fokal nörolojik semptomların olduğu MF hastalarında ileri görüntüleme yöntemlerinin gecikmeksizin yapılması, uygun lezyonlardan biyopsi alınması ve kapsamlı immünofenotipik analizlerin gerçekleştirilmesi; doğru tanının konulması ve etkili sistemik tedavilerin zamanında planlanabilmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Mikozis fungoides, nörolenfomatozis, primer kutanöz agresif epidermotropik $CD8^+$ sitotoksik T-hücreli lenfoma

Yayın No: P-075
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Kapesitabin İlişkili Likenoid İlaç Erüpsiyonu ve Palmoplantar Keratoderma

Eren ERSUN[1], Pelin HIZLI[1], İlkay CAN[1], Arzu KILIÇ[1], Gülay TURAN[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kapesitabin, çeşitli solid organ malignitelerinin tedavisinde kullanılan 5-florourasil ön ilacıdır. Kapesitabinin en sık görülen kutanöz yan etkilerinden biri el-ayak sendromu (palmar-plantar eritrodizestezi) olup eritem, ödem ve dizestezi ile karakterizedir; deskuamasyon, fissür, bül ve ülserasyon gelişebilir. Bununla birlikte likenoid ilaç erüpsiyonu ve edinsel palmoplantar keratoderma, kapesitabin tedavisi sırasında daha nadir bildirilen kutanöz reaksiyonlardır. Kapesitabine bağlı likenoid erüpsiyonlar eritemli-skuamlı papül ve plaklarla seyredebilirken, edinsel palmoplantar keratoderma avuç içi ve ayak tabanlarında belirgin deri kalınlaşması ile karakterizedir. Bu olguda, kapesitabin tedavisi altında gelişen histopatolojik olarak desteklenmiş likenoid ilaç erüpsiyonu ile eş zamanlı palmoplantar hiperkeratotik değişikliklerin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yetmiş beş yaşında, bilinen vitiligo tanılı erkek hasta yaklaşık iki yıldır devam eden kaşıntı nedeniyle üniversitemiz Dermatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde 2021 yılında mesane kanseri nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Gastrointestinal kanama sonrasında 2025 yılında yapılan endoskopide mide karsinomu tanısı alan hastanın kemoterapi ve radyoterapi öyküsü bulunmakta olup 2025 yılından beri kapesitabin kullanmaktaydı. Kaşıntı nedeniyle dış merkezde altı ay önce ürtiker tanısıyla omalizumab başlandığı, ancak tedaviye rağmen kaşıntısının devam ettiği öğrenildi. Ailesinde benzer kaşıntı öyküsü yoktu ve kaşıntısında gece-gündüz farklılığı tariflemiyordu. El ve ayak derisinde kalınlaşma bulunan hastanın bu bölgelerde yanma, uyuşma veya ağrı yakınması yoktu.Dermatolojik muayenede el dorsumundan başlayarak proksimale uzanan eritemli yama üzerinde dağınık eritemli skuamlı papüller, sırtta multipl eritemli papüller(Resim1) ve bilateral el ve ayaklarda hiperkeratotik plaklar(Resim2) izlendi. Kol ve sırttaki papüler lezyonlardan kapesitabin ilişkili likenoid ilaç erüpsiyonu, makülopapüler ilaç erüpsiyonu, reaktif perforan kollajenoz, psöriazis vulgaris, dermatomyozit, dermatitis herpetiformis, subakut kutanöz lupus eritematozus ve Bazex sendromu; palmoplantar hiperkeratotik lezyondan ise kapesitabin ilişkili palmoplantar keratoderma, tripe palm ve Bazex sendromu ön tanılarıyla punch biyopsiler alındı. Kol ve sırttaki lezyondan alınan biyopside epidermiste parakeratoz, akantoz, hafif spongioz, diskeratotik keratinositler, bazal vakuoler dejenerasyon, dermiste solar elastoz, vasküler proliferasyon ve dilatasyon, damar endotelinde şişme, perivasküler, periekrin, perifoliküler eozinofillerinde katıldığı mikst tipte lenfositik infiltrasyon, seyrek ekstravaze eritrosit izlendi, histopatolojik bulgular kapesitabin ilişkili likenoid ilaç erüpsiyonu ile uyumlu, palmar bölgeden alınan biyopside epidermiste ortokeratoz, akantoz, papillomatoz, fokal hipergranüloz, dermiste hafif şiddette lenfositik infiltasyon izlendi, histopatolojik bulgular tripe palm ile kısmen uyumlu olarak raporlandı. Topikal kortikosteroid ve

emolyent tedaviyle kol ve sırttaki lezyonlar gerilerken, palmoplantar hiperkeratotik plaklar açısından hasta takibe alındı.

Resim 1



Sırtta dağınık yerleşimli eritemli skuamlı papüller

Resim 2



Bilateral el palmar yüzde hiperkeratotik görünüm

Sonuç: Kapesitabine bağlı likenoid ilaç erüpsiyonu nadir bildirilmiş olup, literatürde özellikle ekstremitelerin ekstansör ve güneşe maruz alanlarında eritemli-skuamlı papül, yama ve plaklarla seyreden olgular bulunmaktadır. Histopatolojik likenoid dermatit bulguları tanıyı desteklemekte

ve topikal kortikosteroidlerle klinik düzelme sağlanabilmektedir. Olgumuzda histopatolojinin likenoid ilaç erüpsiyonuyla uyumlu olması ve topikal kortikosteroid tedavisi sonrası lezyonların gerilemesi tanıyı desteklemiştir. Kapesitabinin palmoplantar toksisitesi el-ayak sendromudur ve genellikle dizestezi, yanma veya ağrı sonrası eritem, ödem ve deskuamasyonla seyreder. Bununla birlikte kapesitabin tedavisi sırasında palmoplantar keratoderma da nadiren bildirilmiş ve bazı olgularda el-ayak sendromunun devamı olarak gelişebileceği bildirilmiştir. Edinsel palmoplantar keratodermanın maligniteyle ilişkili paraneoplastik bulgu olabilmesi etiyolojik değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Olgumuzda yanma ve ağrı olmaması, belirgin hiperkeratoz ve histopatolojinin tripe palm ile kısmen uyumlu olması nedeniyle kapesitabine bağlı keratoderma ile paraneoplastik keratoderma ayrımı açısından takip önemlidir. Bu olgu, kapesitabin kullanan hastalarda klasik el-ayak sendromunun yanı sıra likenoid ilaç erüpsiyonu ve palmoplantar keratoderma gibi nadir kutanöz bulguların da göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kapesitabin ilişkili el-ayak sendromu, Palmoplantar Keratoderma, Likenoid İlaç Erüpsiyonu

Yayın No: P-076
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Periorbital Ekimoz, Makroglossi ve Oral Mumsu Papüller ile Tanınan Sistemik Amiloidozun Altta Yatan Plazma Hücreli Myelomu Ortaya Çıkarması: Olgu Sunumu

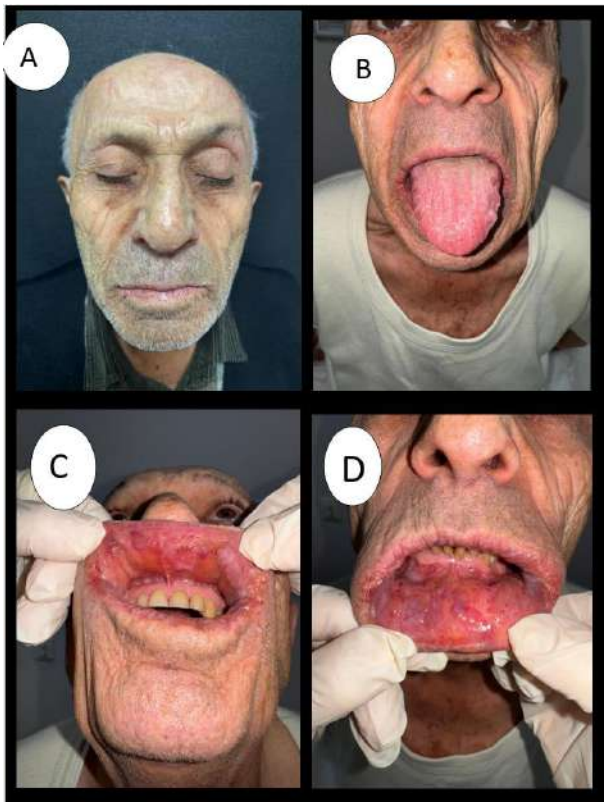
Emre ERSUN[1], Doğukan KASIRGA[1], İlkay CAN[1], Arzu KILIÇ[1], Pelin HIZLI[1], Betül KOYUNCU[2], Gülay TURAN[3]

[1]Balıkesir Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Hematoloji Ana Bilim Dalı
[3]Balıkesir Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sistemik immünoglobulin hafif zincir (AL) amiloidozu, monoklonal plazma hücre proliferasyonuna bağlı gelişen, yanlış katlanmış immünoglobulin hafif zincirlerinin dokularda birikimi ile karakterize, nadir ancak yaşamı tehdit eden multisistemik bir hastalıktır. AL amiloidozu ile plazma hücreli myelom arasında güçlü bir ilişki bulunmakta olup erken tanı, geri dönüşümsüz organ hasarının önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.[13,15] Kutanöz ve oral mukozal bulgular bazı olgularda sistemik hastalığın ilk ipuçlarını oluşturabilir. Özellikle periorbital ekimoz, makroglossi ve mumsu papüllerin birlikteliği sistemik AL amiloidozu düşündürmesi gereken karakteristik bulgulardır.[1,10,17–21] Bu olgu ile, dermatolojik ve oral mukozal bulgular sayesinde sistemik amiloidoz tanısı alan ve ileri incelemelerde altta yatan plazma hücreli myelomu saptanan hastanın sunulması amaçlandı.[5,6]

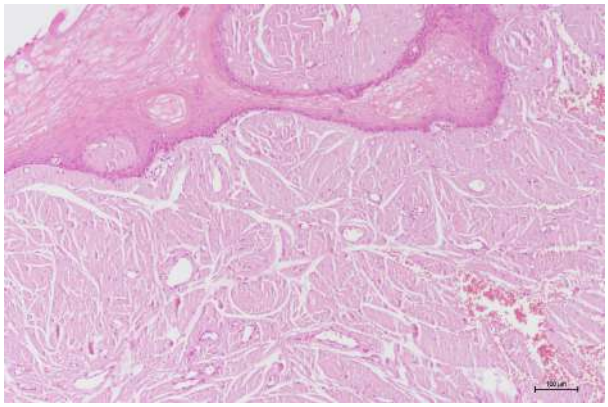
Olgu: Seksen yaşında erkek hasta, yaklaşık 10 aydır devam eden ağız içi kabarıklıkları nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde kronik hepatit B taşıyıcılığı ve gut artriti dışında özellik bulunmayan hastada iştahsızlık, son bir yılda 8 kg istemsiz kilo kaybı, disfaji ve yaygın artralji mevcuttu. Daha önce farklı merkezlerde sistemik antibiyotik, gargara ve topikal kortikosteroid tedavileri uygulanmasına rağmen yakınmaları gerilememişti. Dermatolojik muayenede bilateral periorbital ekimoz, belirgin makroglossi, dil lateral kenarlarında diş izleri ile üst ve alt labial mukozada çok sayıda parlak mumsu mor-viyole papül ve plak saptandı (Resim 1). Klinik olarak sistemik amiloidoz düşünülen hastadan alınan labial mukoza biyopsisinde amiloid birikimi gösterildi (Resim 2). Serum serbest hafif zincir analizinde belirgin kappa hafif zincir artışı ve kappa/lambda oranında yükselme izlendi. Gastroduodenoskopi ve rektal biyopsiler amiloidoz açısından negatif bulundu. Kemik iliği biyopsisinde CD138 pozitif yaklaşık %30 plazma hücre infiltrasyonu ve kappa restriksiyonu saptanarak plazma hücreli myelom tanısı doğrulandı. Hasta sistemik amiloidoz ile ilişkili plazma hücreli myelom kabul edilerek daratumumab, bortezomib, siklofosfamid ve deksametazondan oluşan DARA-VCD tedavisine başlandı.[1,2,13]

Resim 1



(A) Periorbital ekimotik makül. (B) Makroglossi ve bilateral dil lateral kenarlarında çentiklenmeler. (C-D) Üst ve alt dudak oral mukozasında parlak, mumsu mor-viyole papül ve plaklar.

Resim 2.Histopatoloji



Çok katlı yassı epitel ile döşeli biyopsi örneğinde, epitelin hemen altında, perivasküler ve intersitisyel, yaygın olarak gözlenen, asellüler eozinofilik özellikte materyal izlendi. (H&E, x100)

Sonuç: Sistemik AL amiloidozun klinik spektrumu oldukça geniş olup kutanöz ve oral mukozal bulgular hastalığın erken döneminde tek ipucu olabilir.[13,21] Periorbital ekimoz, makroglossi ve oral mumsu papüllerin birlikte bulunması, altta yatan plazma hücre diskrazileri açısından güçlü

bir uyarıcı kabul edilmektedir.[1,10,17–20] Olgumuzda gastrointestinal ve rektal biyopsiler negatif olmasına rağmen oral mukozadan alınan biyopsi tanıya ulaştırmış, ardından yapılan hematolojik değerlendirmeler plazma hücreli myelomu ortaya koymuştur.[5,6,23] Ayrıca oral biyopside AA tipi amiloid lehine immünohistokimyasal boyanma izlenmesine karşın klinik, laboratuvar ve kemik iliği biyopsi bulgularının plazma hücreli myelom ile uyumlu olması, amiloidoz olgularında patolojik bulguların klinik ve hematolojik verilerle birlikte multidisipliner olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.[2] Sonuç olarak, açıklanamayan periorbital ekimoz, makroglossi ve oral mumsu papüllerle başvuran hastalarda sistemik amiloidoz akılda tutulmalı; oral mukozadan biyopsi alınması erken tanı sağlayarak altta yatan plazma hücreli myelomun zamanında saptanmasına katkıda bulunabilir.[1,5,13,23]

Anahtar Kelimeler: Periorbital Ekimoz, Oral Mukoza Mumsu Papüller, Sistemik Amiloidoz

Yayın No: P-077
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Bazal Hücreli Karsinomun Ayırıcı Tanısında Nadir Bir Tuzak Dermoskopik Olarak Bazal Hücreli Karsinomu Düşündüren Bir Olgu: Nodüler Hidroadenom

Mevlüt Ateş[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Hastahanesi

Giriş ve Amaç: GirişNodüler hidroadenom, ter bezlerinden köken alan nadir görülen benign kutanöz adneksiyal tümörlerden biridir. Klinik ve dermoskopik özelliklerinin değişken olması nedeniyle bazal hücreli karsinom, melanom ve diğer deri eki tümörleri ile karışabilmektedir. Özellikle dermoskopide arborizan damarlar ve mavi-gri yapılar göstermesi tanısal güçlük oluşturabilir. Bu vakada, klinik ve dermoskopik olarak bazal hücreli karsinomu düşündüren ancak histopatolojik inceleme sonucunda nodüler hidroadenom tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

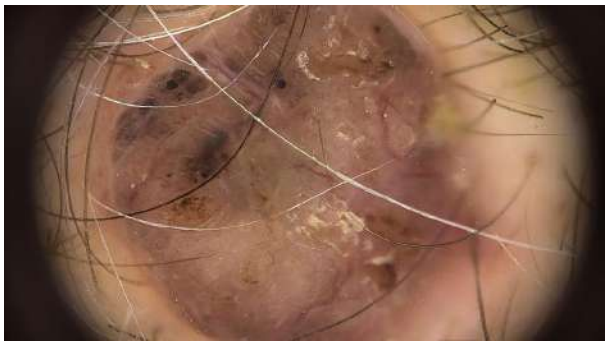
Olgu: Kırk üç yaşında, bilinen sistemik hastalığı bulunmayan kadın hasta, yaklaşık bir yıldır alın sol üst bölgede mevcut olan ve zaman içerisinde giderek büyüyen ağrısız nodüler lezyon nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede sol frontal bölgede yerleşimli, yaklaşık 0,5 cm çapında, düzgün sınırlı, kubbe şeklinde, eritemli-nodüler lezyon izlendi. Dermoskopik incelemede arborizan damarlar, mavi-gri ovoid globüller, beyaz parlak alanlar ve yüzeyel skuamlar saptandı. Klinik ve dermoskopik bulgular doğrultusunda ön planda bazal hücreli karsinom düşünüldü. Eksizyonel biyopsi sonrası yapılan histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme sonucunda nodüler hidroadenom tanısı konuldu.

noduler hidroadenom



makroskopi

noduler hidroademin



dermoskopi

Sonuç: Nodüler hidroadenom, klinik ve dermoskopik olarak bazal hücreli karsinomu taklit edebilen nadir bir adneksiyal tümördür. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Özellikle bazal hücreli karsinom düşünülen yüz yerleşimli nodüler lezyonların ayırıcı tanısında nodüler hidroadenom akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nodüler hidroadenom, bazal hücreli karsinom, adneksiyal tümör

Yayın No: P-078
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoskopi

Maligniteyi Taklit eden Hızlı Büyüyen Kulak Memesi Pilomatrikoması: Bir Olgu Sunumu Klinik, Dermoskopik ve Histopatolojik Korelasyon

Büşra Acar Mantar[1]

[1]Bartın Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Pilomatrikoma kıl matriks hücrelerinden köken alan benign bir deri eki tümörüdür. Çocukluk çağında ve genç erişkinlerde daha sık görülmekle birlikte bimodal yaş dağılımı gösterir ve ileri yaşlarda da ortaya çıkabilir. Klinik olarak genellikle yavaş büyüyen sert subkutan nodül şeklindedir. Ancak nadiren hızlı büyüme göstererek kutanöz maligniteleri taklit edebilir(1-4).

Yöntem: 60 yaşında kadın hasta, sol kulak memesinde yaklaşık 6 hafta içerisinde 2 cm çapa ulaşan ağrısız, sert, fikse, eritemli-viyolase, telenjiektatik nodüler lezyon nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu (fotoğraf:1) . Servikal, preauriküler ya da postauriküler lenfadenopati rastlanmadı. Topikal kortikosteroid ve antiinflamatuar tedavilere yanıt alınamadı. Dermoskopik olarak incelendiğinde polimorfik vasküler yapılar (irregüler lineer ve dallanma eğilimli), beyaz-sarı yapısız alanlar(kalsifikasyon ile uyumlu), kırmızı yapısız alanlar ve non-melanositik mavi-mor odaklar izlendi. Lezyon belirgin bir pigment ağı içermiyordu, mavi-beyaz tül benzeri yapı yoktu, yaprak benzeri oluşumlar görülmüyordu (Fotoğraf: 2)Hastadan histopatolojik inceleme için insizyonel biyopsi planlandı. Klinik ön tanılar: Merkel hücreli karsinoma, Amelanotik melanoma, Skuamöz hücreli karsinoma, Porokarsinoma. Hastadan alınan insizyonel biyopsi sonucu pilomatrikoma ile uyumlu şeklinde raporlandı. Ancak yer yer artmış mitotik aktivite ve cerrahi sınır pozitifliği nedeniyle malignite olasılığı tamamen dışlanamadığından total eksizyon önerildi.Total eksizyon materyalinde 2,5x2x2 cm boyutlarında nodüler lezyon izlendi. Kesit yüzeyinde belirgin kalsifikasyon mevcuttu. Tanı pilomatrikoma ile uyumlu geldi.

Fotoğraf 1



Fotoğraf 1

Fotoğraf 2



Fotoğraf 2

Bulgular ve Sonuç: TARTIŞMA: Pilomatrikoma çocukluk çağında daha sık görülmesine rağmen ileri yaşlarda da görülebilir. İleri yaş, hızlı büyüme, kulak memesi yerleşimi ve atipik vasküler görünüm klinik olarak Merkel hücreli karsinom, amelanotik melanom ve skuamöz hücreli karsinom ile karışmasına neden olabilir. Dermoskopik bulgular tanıyı destekleyebilmekle birlikte özgül değildir. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır(5). SONUÇ: Özellikle ileri yaş hastalarda hızlı büyüyen kulak memesi nodüllerinde pilomatrikoma nadir görülmekle birlikte ayrıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Klinik ve dermoskopik değerlendirme yol gösterici olmakla birlikte kesin tanı için histopatolojik inceleme gerekmektedir. KAYNAKLAR: 1.Moehlenbeck FW. Pilomatrixoma (calcifying epithelioma). A statistical study. Arch Dermatol 1973;108: 532-524. 2.Lan MY, Lan MC, Ho CH ve ark. Pilomatricoma of the head and neck: a retrospective review of 179 cases. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129: 1327-1330. 3.Behnke N, Schulte K, Ruzicka T, Megahed M. Pilo-matricoma in elderly individuals. Dermatology 1998; 197: 391-393. 4.Julian CG, Bowers PW. A clinical review of 209 pilomatricomas. J Am Acad Dermatol. 1998; 39 (2 Pt1): 191-195. 5.Alsaad KO, Obaidat NA,

Ghazarian D. Skin adnexal neoplasms--part 1: an approach to tumours of the pilosebaceous unit. Clin Pathol 2007; 60: 129-144.

Anahtar Kelimeler: Dermoskopi, Merkel, Pilomatrikoma

Yayın No: P-079
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

CARD14 Varyantı ile İlişkili Şiddetli Atopik Dermatitte Abrocitinib ile Uzun Dönem Hastalık Kontrolü

Zeynep Topkarcı[1], Enes Özen[1], Bilgen Erdoğan[1], Safa Barış[2], Selcen Bozkurt[2]

[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Atopik dermatit (AD), çocukluk çağında sık görülen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. CARD14, keratinositlerde NF-κB sinyalini düzenler. Kazanılmış-fonksiyon varyantları psoriasis spektrumu, pityriasis rubra pilaris ve CARD14 ilişkili papüloskuamöz erüpsiyonla; kayıp-fonksiyon varyantları ise nadiren şiddetli AD ile ilişkilendirilmiştir. Burada, 13 yıllık izleminde psoriasiform bulgu göstermeyen, heterozigot CARD14 varyantı taşıyan dirençli AD olgusunda abrocitinible sağlanan uzun dönem kontrol sunulmaktadır.

Olgu: Yaklaşık bir yaşından itibaren yaygın ekzematöz lezyonları ve şiddetli kaşıntısı bulunan erkek hasta, iki yaşında kliniğimizde değerlendirilerek atopik dermatit tanısıyla izleme alındı. Dermatolojik muayenesinde yaygın kseroz, yüz ve fleksural alanlarda belirgin ekzematöz lezyonlar, likenifikasyon, periorbital hiperpigmentasyon ve kirli boyun görünümü mevcuttu. Sağ alt ekstremitenin posterior yüzünden ayak bileğine kadar uzanan, Blaschkoid dağılımlı, hiperkeratotik ve ekskoriye lineer plaklar saptandı. Topikal tedavilerle yeterli kontrol sağlanamayınca sistemik kortikosteroid, siklosporin, azatioprin, omalizumab, metotreksat ve fototerapi uygulandı. Siklosporinin etkinliği zamanla azaldı; omalizumab astımı düzeltse de deri bulgularını etkilemedi. Tekrarlayan bakteriyel deri enfeksiyonları, herpes simpleks ve ekzema herpetikum atakları çok sayıda yatış ve antimikrobiyal tedavi gerektirdi. Uzun süreli, tekrarlayan kortikosteroid kullanımı sonucunda cushingoid görünüm ve büyümede yavaşlama gelişti. Fasiyal fenotip, tekrarlayan enfeksiyonlar ve giderek yükselen total IgE nedeniyle hasta hiper-IgE sendromları ve primer immün yetmezlikler açısından ayrıntılı incelendi. İlk genetik inceleme tanısal değildi. Total IgE, 48 IU/mL'den adolesan dönemde > 20.000 IU/mL'ye yükseldi. Kutanöz lenfomayı dışlamak amacıyla yapılan biyopsi kronik ekzematöz dermatitle uyumluydu. Dirençli seyir nedeniyle tekrarlanan genetik incelemede CARD14 geninde heterozigot missense varyant saptandı.Nisan 2023'te abrocitinib 100 mg/gün başlandı. İkinci haftada EASI 34,3'ten 20,8'e geriledi ve kaşıntı belirgin azaldı. Dozun 200 mg/güne çıkarılmasıyla EASI sırasıyla 14,4, 11,5 ve son kontrolde 8'e; kaşıntı 10/10'dan 3–5/10'a düştü. İlacın temin edilemediği kısa dönemde gelişen alevlenme, yeniden başlanmasıyla kontrol altına alındı. Kortikosteroid gereksinimi belirgin azaldı; cushingoid görünüm geriledi ve büyüme hızı düzeldi. Diğer tedavilere dirençli Blaschkoid plaklar tamamen gerileyerek hafif postinflamatuvar pigmentasyon bıraktı. Uyku, psikososyal durum ve yaşam kalitesinde belirgin iyileşme sağlandı. Hasta tedaviye devam etmekte ve yüksek IgE nedeniyle yakın izlenmektedir.

Sonuç: CARD14 ilişkili hastalıklar çoğunlukla psoriasis spektrumunda tanımlanmıştır. Olgumuzun ayırt edici özelliği, 13 yıllık izlem boyunca “flip-flop” fenomeni veya psoriasiform özellik göstermeksizin tipik AD fenotipiyle seyretmesidir. CARD14 varyantlı dirençli AD’de abrocitinib yanıtı yakın zamanda bildirilmiş olup olgumuz, uzun dönemli klinik seyir verisiyle bu sınırlı literatürü desteklemektedir.Sonuç olarak bu olgu; erken başlangıçlı, tedaviye dirençli, tekrarlayan enfeksiyonlar ve belirgin IgE yüksekliğiyle seyreden AD’de, başlangıçta tanısal sonuç vermese bile genetik incelemenin klinik seyir doğrultusunda tekrarlanmasının değerli olabileceğini göstermektedir. Ayrıca abrocitinib gibi JAK-1 inhibitörlerinin, CARD14 varyantıyla ilişkili dirençli AD’de uzun dönemli hastalık kontrolü sağlayabilecek, etkili ve iyi tolere edilen bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atopik dermatit, CARD14 varyantı, abrocitinib

Yayın No: P-080
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Atopik Dermatit Nedeniyle Dupilumab Tedavisi Alan Bir Çocukta Herpes Zoster: Olgu Sunumu

Merve Özer[1], Evren Odyakmaz Demirsoy[1], Nilgün Sayman[1]

[1]Kocaeli Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Herpes zoster (HZ), duyu ganglionlarında latent kalan varisella zoster virüsün (VZV) reaktivasyonu sonucu gelişir ve çocukluk çağında nadir görülür. Atopik dermatitte (AD) deri bariyeri ve immun yanıttaki farklılıklar nedeniyle enfeksiyonlara yatkınlık artabilir. İnterlökin-4 (IL-4) ve IL-13 sinyalini hedefleyen Dupilumab'ın pediatrik çalışmalarında genel enfeksiyon veya klinik açıdan önemli herpes virüs enfeksiyonu riskinde artış gösterilmemiştir. Bu yazıda AD nedeniyle 14 aydır vücut ağırlığına uygun dozda Dupilumab kullanan, suçiçeği aşısı uygulanmış 5 yaşındaki bir çocukta gelişen lokalize HZ olgusunu, olası risk faktörleri ve Dupilumab ile nedensellik ilişkisini tartışmayı amaçladık.

Olgu: Şiddetli AD tanısı ile takip edilen 5 yaşındaki çocuk hasta polikliniğimize sol omuz bölgesinde gelişen veziküler döküntü nedeniyle başvurdu. Hasta yaklaşık 14 aydır AD nedeniyle vücut ağırlığına uygun dozda Dupilumab tedavisi almaktaydı. Tedaviyle AD bulgularında belirgin gerileme sağlandı, yüz bölgesinde hafif orta şiddette lezyonlar devam etmekteydi. Son tedavisini şikayetleri başlamadan 10 gün önce almıştı. Hastanın, beraberinde kullandığı immunsupresif bir ilaç yoktu. Dermatolojik muayenede sol omuzda, eritemli zeminde yer yer birleşme eğilimi gösteren, dermatomal dağılımda, orta hattı geçmeyen, grube veziküller ve hemorojik kurutlar izlendi (Resim 1). Şiddetli ağrısı olan hastada motor kayıp, ateş, halsizlik veya lenfadenopati saptanmadı. Daha önce suçiçeği geçirmemiş olup hastanın yaşına uygun olarak suçiçeği aşısının uygulandığı öğrenildi. Tekrarlayan-ağır enfeksiyon, malignite veya immun yetmezlik öyküsü kendisinde ve aile öyküsünde bulunmuyordu. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı ve immunoglobulin düzeyleri normal sınırlardaydı. Lezyonların tipik morfolojisi ve tek taraflı dermatomal dağılımı nedeniyle HZ tanısı konuldu. Oral Asiklovir tedavisi başlanarak lezyonlar kurutlanıncaya dek (7 gün) devam edildi. Dupilumab 300 mg/4 hafta tedavisine ara verilmeden devam edildi.

Resim 1



Sol omuzda, C4–C5 dermatomu boyunca yerleşim gösteren, orta hattı geçmeyen, eritemli zemin üzerinde yer yer birleşme eğiliminde olan grube veziküller.

Sonuç: Çocukluk çağında HZ nadir görülmekle birlikte, tek başına bir immun yetmezliğin göstergesi değildir. Olgumuzda enfeksiyonun lokalize ve komplikasyonsuz seyretmesi, antiviral tedaviyle hızla gerilemesi ve üç aylık izlem süresinde nüks etmemesi hücresel immunite bozukluğunu desteklememekteydi. Suçiçeği aşısı HZ riskini tamamen ortadan kaldırmaz. Aşının suşu da duyu ganglionlarında latent kalabilir. Ayrıca çalışmalar HZ riskinin aşılanmış çocuklarda aşılanmamış çocuklara göre daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu nedenle suçiçeği geçirmemiş ve aşı uygulanmış 5 yaşındaki hastamızda HZ gelişmesi seyrek karşılaşılabilecek bir durumdur. AD kutanöz enfeksiyonlara yatkınlığın arttığı bir hastalıktır. AD'nin VZV enfeksiyonu ve reaktivasyonu insidansında artış ile ilişkili olduğu, immunsupresif ilaç kullanan hastalar dışlandığında da artışın devam ettiği gösterilmiştir. Bu, hastalığın kendisinin enfeksiyon riskine katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. Dolayısıyla Dupilumab kullanan AD'li bir hastada gelişen HZ'yi doğrudan tedaviye bağlamadan önce, hastalığın kendisinin oluşturduğu yatkınlık göz önünde bulundurulmalıdır. Pediatrik klinik çalışmalarda Dupilumab, genel enfeksiyon riskinde artışla ilişkilendirilmemiş; deri enfeksiyonları seyrek olarak bildirilmiştir. Dupilumab kullanan küçük çocuklarda bildirilen VZV enfeksiyonları da oldukça sınırlıdır. Bildiğimiz kadarıyla olgumuz, suçiçeği aşısı uygulanmış, vücut ağırlığına uygun dozda ve uzun süreli Dupilumab kullanan bu yaş grubundaki az sayıdaki HZ bildiriminden biridir. Mevcut veriler ışığında, hastamızda gelişen HZ ile Dupilumab arasında doğrudan nedensellik ilişkisi kurmak mümkün değildir. Çocukluk çağında HZ immunkompetan bireylerde de gelişebilir, ayrıca AD'nin kendisi VZV enfeksiyonu ve HZ'ye yatkınlık oluşturabilir. Diğer taraftan, HZ'nin 5 yaşındaki bir çocukta, 14 aylık Dupilumab tedavisi sırasında ortaya çıkmış olması gerçek yaşam güvenlik verileri açısından dikkat çekicidir. Enfeksiyonun lokalize ve komplikasyonsuz seyretmesi de immunkompetan çocuklarda bildirilen olağan HZ seyriyle uyumludur.

Anahtar Kelimeler: Herpes Zoster, Dupilumab, Atopik dermatit

Yayın No: P-081
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

SDRIFE-Benzeri Tutulum Gösteren Dosetaksele Bağlı Kemoterapinin Toksik Eritemi

Enver Erkin Tuna[1], Ahmet Erdal Topan[1], Bengisu Arslanoğlu[2]

[1]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
[2]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Giriş ve Amaç: Kemoterapötik ajanlara bağlı gelişen kütanöz toksisiteler klinikte sıkça karşımıza çıkmaktadır. En büyük zorluklardan biri, doğrudan hücresel toksisiteye bağlı reaksiyonların immünolojik/alerjik reaksiyonlardan ayırt edilmesidir. Antikanser ilaçların tetiklediği doza bağımlı, alerjik olmayan erüpsiyonlar literatürde Kemoterapinin Toksik Eritemi (KTE) terimi altında incelenmektedir. Öte yandan dosetaksel gibi taksanlar, Tip IV aşırı duyarlılık mekanizmasıyla ilişkili olduğu düşünülen Simetrik İlaç İlişkili İntertrijinöz ve Fleksural Ekzantem (SDRIFE) tablosuna da yol açabilmektedir. Özellikle KTE'nin intertrijinöz varyantı ile SDRIFE, aksiller ve inguinal bölgelerde gelişen eritemli plaklar nedeniyle klinik olarak benzerlik göstermektedir. Bu vakada, dosetaksel tedavisi sonrası gelişen, klinik olarak SDRIFE'yi taklit eden bir olgu sunulmaktadır.

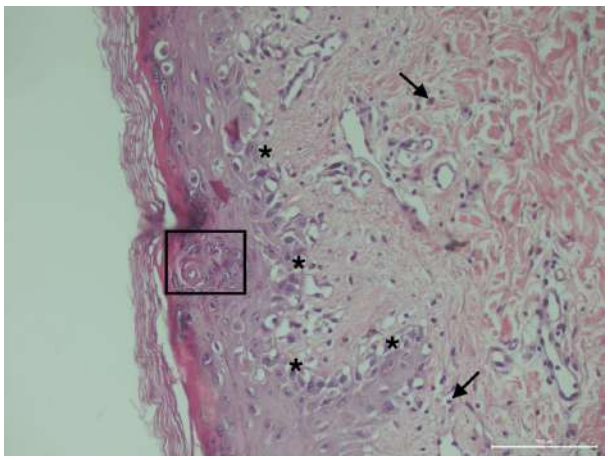
Olgu: Kırk üç yaşında kadın hasta, meme kanserinin vertebra metastazı tanısıyla takip edilirken; ilk kür intravenöz dosetaksel tedavisi almasını takiben 3. günde el, ayak, koltuk altı ve kasık bölgelerinde başlayan kızarıklık ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde hipotiroidi ve astım dışında bilinen bir ek hastalık bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenesinde; palmoplantar bölgede (Figür 1A, 1B), bilateral inguinal ve aksiller bölgede (Figür 1C,1D) yerleşimli eritemli, palpasyonla ağrılı plaklar izlendi. Lezyonların üzerinde püstül, bül veya deskuamasyon saptanmadı. Oral ve anogenital mukoza tutulumu ile lenfadenopati izlenmedi. Hastanın sistemik değerlendirmesinde ateşi yoktu; karaciğer enzimleri ve kreatinin değerleri normal sınırlardaydı ve iç organ tutulumuna dair bulguya rastlanmadı. Tam kan sayımında saptanan lökopeni (1,01 x $10^3/\mu L$) primer hastalığına ve mevcut kemoterapi sürecine bağlandı. Alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde; epidermiste ve akrosiringiumda diskeratoz, belirgin bazal vakuoler dejenerasyon ve yüzeyel dermiste eozinofillerin eşlik ettiği perivasküler inflamasyon saptandı (Figür 2). Hastanın dosetaksel tedavisi kesilerek, topikal kortikosteroid ve ıslak pansuman tedavisi başlandı. İzlemde lezyonların 2. haftanın sonunda belirgin deskuamasyon ile gerilediği izlendi (Figür 1E, 1F).

Figür 1



(A, B) Palmoplantar bölgede izlenen ağrılı eritemli plaklar. (C) İnguinal bölgede izlenen simetrik eritem. (D) Aksiller bölgedeki intertrijinöz tutulum. (E,F) Topikal tedavi sonrası lezyonların post-enflamatuar deskuamasyon evresi.

Figür 2



Yaygın bazal hücre vakuolizasyonu (yıldızlarla işaretli), akrosiringium bölgesinde diskeratoz (dikdörtgen çerçeve ile işaretli), yüzeyel dermiste eozinofiller (okla işaretli) içeren deri dokusu, H&Eozin, x200 BBA

Sonuç: Olgumuzun dikkat çekici özelliği, dosetaksel sonrası SDRIFE'yi düşündüren bilateral aksiller ve inguinal eritem ile KTE'nin klasik akral bulgularının eş zamanlı ortaya çıkmasıdır. Her iki tablo da kemoterapi sonrası fleksural bölgelerde eritemli plaklarla ortaya çıkıp birbirini taklit edebilir. Ancak hastamızda ağrılı palmoplantar tutulumun eşlik etmesi, takipte akral deskuamasyon gelişmesi ve biyopsideki akrosiringiyal diskeratoz ile bazal vakuoler dejenerasyon, tablonun KTE spektrumunda değerlendirilmesini desteklemiştir. Öte yandan, dosetaksele bağlı SDRIFE de nadir olarak bildirilmiştir. Hampel ve Kinaciyan tarafından 2024 yılında bildirilen bir olguda, dosetaksele bağlı SDRIFE tanısı deri testleriyle desteklenmiştir. Bu bildirim, dosetaksel sonrası gelişen intertrijinöz erüpsiyonlarda SDRIFE'nin de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.KTE ile SDRIFE arasındaki klinik sınır her zaman belirgin olmayabilir ve KTE'nin intertrijinöz tutulumu SDRIFE-benzeri bir görünüm oluşturabilir. Bu nedenle kemoterapi alan hastalarda fleksural eritemin değerlendirilmesinde yalnızca lezyonların dağılımı değil; eşlik eden akral tutulum, ağrı, klinik seyir ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilmelidir.KTE'de palmoplantar bölgelerin sık tutulması, bu

alanlardaki yüksek ekrin bez yoğunluğu ve kemoterapötik ajanların ekrin sekresyonuyla ilişkili lokal toksisitesiyle açıklanmaktadır. Biyopsimizde akrosiringiyal diskeratozun saptanması bu mekanizmayı destekleyen histopatolojik bir bulgudur. Ateş, iç organ tutulumu ve püstüler erüpsiyonun olmaması nedeniyle DRESS ve AGEP ön planda düşünülmemiştir. Sonuç olarak dosetaksel, SDRIFE gibi immünolojik reaksiyonlara ve KTE gibi doğrudan toksik reaksiyonlara yol açabilir. Olgumuz, dosetaksele bağlı KTE'nin SDRIFE-benzeri intertrijinöz tutulum ile klasik palmoplantar bulguları birlikte gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Akral tutulumun, kliniğin ve histopatolojinin birlikte değerlendirilmesi, iki tablonun ayrımında yol göstericidir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapinin toksik eritemi, dosetaksel, SDRIFE

Yayın No: P-082
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

BİR ÇOCUKTA TEKRARLAYAN BÜLLÖZ LEZYONLAR

Tuğba Atak[1], Aynure Öztekin[1], Tuba Betül Karadeniz[1], Necibe Deniz Muhtaroğlu[1], Murat Durdu[2]

[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kırıkkale
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş ve Amaç: Tekrarlayan çocukluk çağı büllöz hastalıklarında yaşanan başlıca problem, klinik olarak birbirlerini taklit etmeleri, otoimmün bozuklukların geç tanınması ve biyopsi almanın bu yaş grubunda oldukça güç olmasıdır. Çocuklarda bakteriyel (büllöz impetigo, stafilokoksik haşlanmış deri sendromu) ve viral (herpes simpleks, varisella zoster, el-ayak-ağız hastalığı) enfeksiyonlar yanında konjenital büllöz hastalıklar (epidermolizis bülloza) ve ilaç reaksiyonları büllöz böcek reaksiyonlarını taklit eder (1). Burada tekrarlayan büllöz lezyonları olan bir çocuk hastanın tanısında Tzanck yaymanın öneminin vurgulandığı bir olgu sunulmuştur.

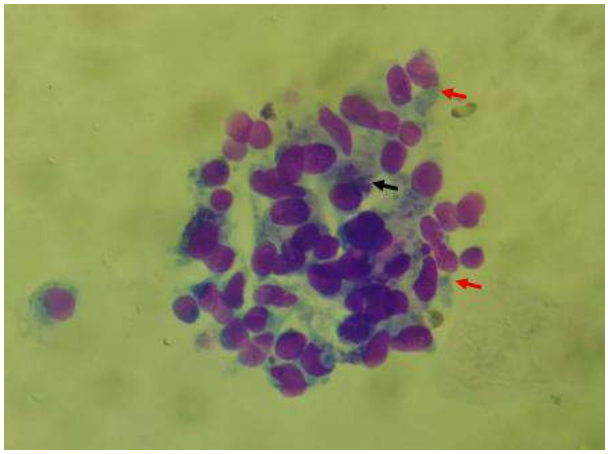
Yöntem: On bir yaşında kız hasta, 3 yıldır ara ara olup geçen su toplayan kabarıklıklar nedeniyle tarafımıza başvurdu (Resim 1). Yapılan dermatolojik muayenede her iki bacakta kaşıntılı eritemli zeminde gergin vezükül, bülleri saptandı. Oral ve genital mukozada tutulumu olmayan hastanın öyküsünde yakınmalarının müstakil evlerine gittiklerinde olduğu, 3 yaşlarında immün trombositopenik purpura tanısı aldığı ve hematolojide ilaçsız takip edildiği öğrenildi. Daha önceden dış merkezde büllöz lezyonlarından histopatolojik inceleme ve immünfloresan testler yapılmıştı. İmmünfloresanda incelemede immünoglobulin ve kompleman depolanması saptanmayan hastanın histopatolojik bulguları büllöz böcek sokması ile uyumlu olabileceği şeklinde yorumlanmıştı. Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı ve kan biyokimyası normal idi. Daha önceki başvuru merkezinde biyopsi yapıldığından hasta ve yakınları yeniden biyopsi yapılmasını kabul etmedi. Büllöz lezyonlarından Tzanck yayma testi yapıldı. Sitolojik incelemede bol iribaş hücresi ve mast hücreleri tespit edilerek böcek ısırığı ile uyumlu bulundu (Resim 2).

Resim 1



Büllöz böcek sokması olan hastanın alt ekstremitesinde yer alan gergin vezikül ve büller.

Resim 2



Büllöz lezyonlardan alınan sitolojik örneklerin mikroskobik incelmesinde saptanan iribaş hücreleri (kırmızı oklar) ve mast hücresi (siyah ok) (May-Grünwald Giemsa x400).

Bulgular ve Sonuç: Böcek ısırıkları, pruritik papül, vezikül, bül gibi farklı şekillerde görülebilir. Büllöz tip reaksiyon, duyarlı kişilerde görülen bir hipersensivite sendromudur ve böcek tükürüğünün bir alerjen görevi gördüğü düşünülmektedir. Kronik lenfositik lösemi gibi hematolojik hastalıklarda da yaygın büllöz böcek ısırığı reaksiyonları görülebilir (2).Çocuklar büllöz hastalıklar açısında sorgulanırken belirtilerin başlangıç tarihi, lezyonların yayılım hızı ve lezyonlara eşlik eden pruritusun varlığı ile şiddeti detaylandırılmalıdır. Oral erozyonlar, konjonktivit, burun tıkanıklığı, burun kanaması, dispne, disfoni, disfaji, dizüri, ağrılı defekasyon ve anal erozyonlar sorgulanarak mukoza tutulumu netleştirilmelidir. Yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyonlar, ektoparazit enfestasyonları, böcek ısırıkları, ilaç alımı ve yakın zamanda yapılan aşıların öyküsü alınmalıdır (1).Tanının kesinleştirilmesinde altın standart histopatolojik ve immünofloresan analizlerdir. Tzanck yayma ise eroziv, veziküler, büllöz ve püstüler lezyonlarda hızlı, ekonomik ve pratik bir ön tanı aracı olup tanı koymada değerli bir yere sahiptir (3). Büllöz böcek ısırıklarında pikür görülmeyebilir. Bu vakalarda ayırıcı tanı yapabilmek için biyopsiden önce sitolojik inceleme oldukça faydalıdır. Kaşıntılı büllöz lezyonlardan yapılan yaymada bol iribaş hücresi ile birlikte mast hücresi ve eozinofiller var ise büllöz böcek sokması akla gelmelidir (4).Çocuklarda klinik olarak tanı koyulamayan vezikülo-büllöz lezyonların ayrımında invaziv bir işlemin uygulanmasından önce hızlı, pratik ve tekrarlanabilir bir yöntem olan Tzanck yayma tercih edilmelidir.KAYNAKÇA1. Nanda A, Tedbirt B, Bodemer C, et al. European S2k guidelines on management of autoimmune blistering diseases in children and adolescents. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2026;40(7):1137-1161. doi:10.1111/jdv.703082. 2. Collins P, Sepede J. Bullous arthropod bite reaction. BMJ Case Rep. 2018;11(1):e228079. Published 2018 Nov 28. doi:10.1136/bcr-2018-2280793. 3. Durdu M, Baba M, Seçkin D. The value of Tzanck smear test in diagnosis of erosive, vesicular, bullous, and pustular skin lesions. J Am Acad Dermatol. 2008;59(6):958-964. doi:10.1016/j.jaad.2008.07.0594. 4. Durdu M. Spongiotik dermatitlerde tanısal yaklaşım (Bölüm 6). Durdu M, ed. Tzanck Yaymada Basamaklı Tanı Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri; 2017:79-80.

Anahtar Kelimeler: Tzanck yayma, Vezikülo-büllöz lezyonlar, Pediatrik dermatoloji

Yayın No: P-083
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

FRONTOTEMPORAL PAPÜLLERİN NADİR BİR NEDENİ: ANJİYOLENFOİD HİPERPLAZİ İLE EOZİNOFİLİ (ALHE) OLGUSU

Muhammet Yağız İbiloğlu[1], SIDIKA ŞEYMA ÖZKANLI[2], BURÇE CAN KURU[1]

[1]SULTAN 2.ABDULHAMİT HAN EAH
[2]SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

Giriş ve Amaç: Anjiyolenfoid Hiperplazi ile Eozinofili (ALHE), benign vasküler proliferasyon ve belirgin inflamatuar infiltrasyonile karakterize nadir bir hastalıktır. En sık genç ve orta yaş erişkinlerde görülür, özellikle baş-boyun bölgesineyerleşme eğilimindedir. Klinik olarak eritemli-kahverengi papül ve nodüllerle seyreden ALHE; Kimura hastalığı,kutanöz lenfoma, sarkoidoz, granülomatöz dermatozlar ve diğer vasküler proliferasyonlarla karışabilmektedir. Bubildiride uzun süreli frontotemporal papüller ile başvuran ve histopatolojik inceleme sonucunda ALHE tanısı alanbir olgu sunulmuştur.

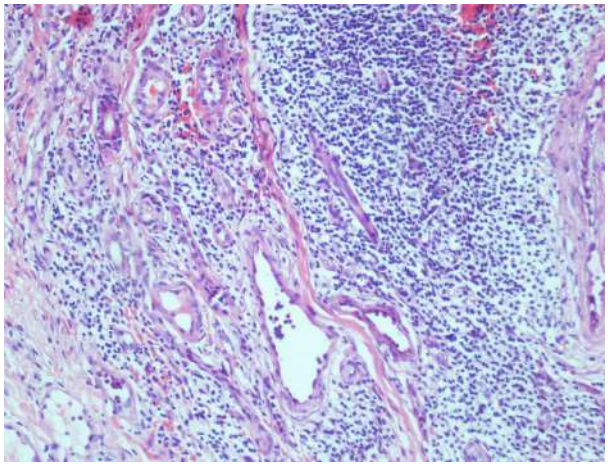
Yöntem: Otuz altı yaşında kadın hasta, sağ frontotemporal bölgede yaklaşık beş yıldır mevcut olan ve son iki yılda belirginbüyüme gösteren kabarıklıklar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın sistemik sorgulamasında eközellik saptanmadı.Dermatolojik muayenesinde sağ frontotemporal bölgede kümelenme eğiliminde, eritemli zemin üzerinde yerleşen,infiltre özellikte çok sayıda papül izlendi. Lezyonların yavaş büyüme göstermesi ve kozmetik açıdan rahatsızlıkoluşturması nedeniyle punch biyopsi alındı.Histopatolojik incelemede filekeratoz ve düzenli epidermis altında yüzeyel ve orta dermiste endoteli belirginleşmişdilate vasküler yapılar izlendi. Perivasküler alanda eozinofillerin eşlik ettiği yoğun lenfositik infiltrasyon mevcuttu.İmmünohistokimyasal incelemede CD20 ve CD3 ile reaktif boyanma paterni saptandı. Bcl-2 pozitifliği Tlenfositlerde izlenirken, Ki-67 proliferasyon indeksi %1'in altında bulundu. Klinik ve histopatolojik bulgular birliktedeğerlendirilerek hastaya Anjiyolenfoid Hiperplazi ile Eozinofili tanısı konuldu.

Başvuru anı



Şekil 1. Sol frontotemporal bölgede yaklaşık beş yıldır mevcut olan, eritemli papül ve nodüllerden oluşan lezyon görünümü. Klinik, histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular doğrultusunda olguya anjiyolenfoid hiperplazi ile eozinofili (ALHE) tanısı konulmuştur.

Histopatolojik İnceleme



Şekil 2. Histopatolojik incelemede dermiste belirgin lenfoid infiltrasyon ve eozinofil eşliğinde proliferasyon gösteren damar yapıları izlenmektedir (Hematoksilen-Eozin, ×100). Bulgular anjiyolenfoid hiperplazi ile eozinofili (ALHE) tanısı ile uyumludur.

Bulgular ve Sonuç: Anjiyolenfoid Hiperplazi ile Eozinofili (ALHE), ilk kez 1969 yılında Wells ve Whimster tarafından tanımlanan,epiteloid hemanjiyom olarak da bilinen nadir ve benign bir vasküler proliferatif hastalıktır. Etiyopatogenezi halentartışmalıdır; uzun yıllar travma, arteriyovenöz şantlar, hormonal ve immünolojik faktörlere bağlı reaktif bir süreçolarak kabul edilmişse de, son çalışmalarda olguların bir bölümünde FOS/FOSB gen düzenlenmeleri ve endotelhücrelerinde güçlü nükleer FOSB ekspresyonunun gösterilmesi, en azından bir alt grubun neoplastik kökenliolabileceğini düşündürmektedir. Hastalık en sık 20-50 yaş arası erişkinlerde ve baş-boyun bölgesinde, özellikleperiauriküler bölge, alın ve saçlı deride yerleşir. Histopatolojik olarak lümene çıkıntı yapan epiteloid endotelhücreleriyle döşeli damar proliferasyonu ile eozinofil ve lenfositten zengin inflamatuar infiltrasyon karakteristiktir.Başlıca ayırıcı tanı olan

Kimura hastalığı; daha derin yerleşimli kitleler, belirgin lenfoid foliküller, periferikeozinofili ve serum IgE yüksekliği ile ayrılır ve tipik olarak orta yaşlı erkeklerde görülür. Tedavide cerrahi eksizyonilk seçenek olmakla birlikte yaklaşık %33-50 oranında nüks bildirilmektedir; intralezyonel kortikosteroid, pulse-dyeve karbondioksit lazer ile kriyoterapi gibi seçenekler de uygulanmaktadır. Benign seyrine ve zaman zaman spontangerileme görülebilmesine rağmen, lezyonların yıllarca persiste edebilmesi ve sık nüksetmesi nedeniyle uzun sürelitakip önerilir. Olgumuz, baş-boyun bölgesinde uzun süreli papülonodüler lezyonların ayırıcı tanısında ALHE'ninakılda tutulması ve tanının klinik-histopatolojik korelasyonla doğrulanmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anjiyolenfoid Hiperplazi ile Eozinofili (ALHE), Epiteloid Hemanjiyom, Vasküler Proliferasyon

Yayın No: P-084
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Tirzepatid Kullanımı Sonrası Gelişen Subkorneal Püstüler Dermatoz Olgusu

Berat Karahan[1], Ezgi Kaçar Karahan[1], Necip Enis Kaya[1], Emine Çölgeçen[1]

[1]Yozgat Bozok Üniversitesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Subkorneal püstüler dermatoz (SPD, Sneddon-Wilkinson hastalığı), steril subkorneal nötrofilik püstüller ile karakterize, nadir görülen kronik bir nötrofilik dermatozdur. Klinik görünümü ve histopatolojik özellikleri nedeniyle akut jeneralize ekzantematöz püstüloz (AGEP), IgA pemfigusu, pemfigus foliaseus ve enfeksiyöz püstüler dermatozlarla karışabilmektedir. Son yıllarda Glukagon-like peptid 1 (GLP-1) agonistlerinin kullamında artma ile birlikte birçok kutanöz reaksiyon ve püstüler reaksiyonlar bildirilmiştir. GLP-1 agonisti olan tirzepatid kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte çeşitli kutanöz advers reaksiyonlar bildirilmeye başlanmış olsa da subkorneal püstüler dermatoz veya herhangi bir püstüler reaksiyon daha önce bildirilmemiştir. Bu olguda tirzepatid kullanımı sonrasında gelişen subkorneal püstüler dermatoz olgusundan bahsedilecektir.

Olgu: Otuz dört yaşında kadın hasta, boyun, ense, sırt ve her iki meme altında yaklaşık bir haftadır devam eden kaşıntılı döküntü nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın kilo verme amacıyla tirzepatid kullandığı, döküntülerin ilk uygulamadan yaklaşık altı gün sonra boyun ve ense bölgesinde başladığı, zaman içerisinde sırt ve her iki meme altına yayıldığı öğrenildi. Başvuru sırasında yaklaşık bir haftadır ketojenik diyet uyguladığı ifade edildi.Dermatolojik muayenede boyun, ense, üst sırt ve bilateral inframammaryal bölgede eritemli zemin üzerinde çok sayıda monomorfik papülopüstüler lezyon izlendi. Laboratuvar incelemelerinde C-reaktif protein yüksekliği ve tam idrar analizinde ketonüri saptandı. Klinik olarak AGEP, subkorneal püstüler dermatoz, pemfigus foliaseus ve impetigo ön tanıları düşünüldü. Sırt üst kısmındaki lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde subkorneal püstül, bol miktarda nötrofil lökosit birikimi ve hafif yüzeyel dermal inflamasyon izlendi ve bu bulgular eşliğinde hastaya subkorneal püstüler dermatoz tanısı konuldu.Hastaya sistemik metilprednizolon 48mg/gün, bilastin tablet, amoksisilin/klavulanik asit tablet, seftibuten ve topikal metilprednizolon aseponat, ve %2 borik asit solüsyonu tedavisi başlandı. Klinik takipte lezyonlarda tam remisyon gözlendi.

yüzeyel papülopüstüler lezyonların yakın görünümü



boyun ve ense bölgesinde eritemli zemin üzerinde monomorfik papülopüstüler lezyonlar



Sonuç: Tirzepatid kullanan hastalarda gelişen yaygın püstüler erüpsiyonlarda subkorneal püstüler dermatoz ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Klinik değerlendirme histopatolojik inceleme ile desteklenmeli, uygun olgularda direkt immünfloresan inceleme yapılarak otoimmun büllü hastalıklar dışlanmalıdır. Bu olgu, diğer GLP-1 agonistleri ve tirzepatid kullanımı sonrası subkorneal püstüler dermatoz ve diğer kutanöz reaksiyonların gelişebileceğini vurgulamak ve literatüre katkı sağlamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: tirzepatid, subkorneal püstüler dermatoz, püstüler erüpsiyon

Yayın No: P-085
Bildiri Grubu: Genel / Yara bakımı

Tekrarlayan İnsizyonel Herni ve Uzun Süreli Abdominal Korse Kullanımı ile İlişkili Abdomenin Diffüz Dermal Anjiomatozisi: İki Olguluk Seri ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Emre ERSUN[1], İlkay CAN[1], Arzu KILIÇ[1], Pelin HIZLI[1], Arzu YILDIRIM ÖZLÜK[2]

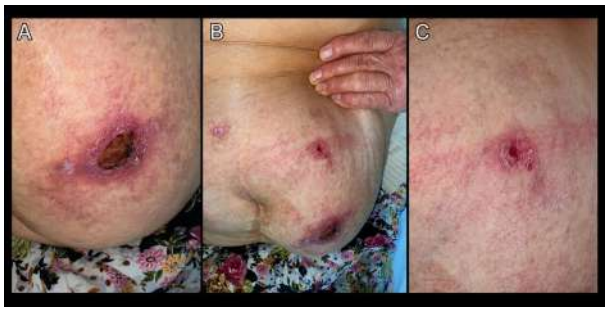
[1]Balıkesir Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Diffüz dermal anjiomatozis (DDA), kutanöz reaktif anjiomatozisler grubunda yer alan, kronik doku hipoksisine bağlı gelişen nadir bir benign vasküler proliferasyondur. Patogenezinde vasküler endotelyal büyüme faktörü (VEGF) aracılı reaktif anjiyogenezin rol oynadığı kabul edilmekte olup periferik arter hastalığı, ateroskleroz, diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı ve sigara kullanımı gibi vasküler perfüzyonu bozan durumlar önemli predispozan faktörlerdir.[1,3,5–7,9] Klinik olarak en sık meme ve alt ekstremitelerde görülmekte, abdominal yerleşim ise oldukça nadir bildirilmektedir.[2,8,9] Literatürde abdominal DDA olguları çoğunlukla abdominal cerrahi, rekürren herni ve ileri aterosklerotik hastalık ile ilişkilendirilmiş olup, son yıllarda kronik mekanik stres ve lokal hipoperfüzyonun hastalık gelişimindeki rolü giderek daha fazla önem kazanmaktadır.[8–11] Bununla birlikte rekürren insizyonel herni ile uzun süreli abdominal korse kullanımının birlikte değerlendirildiği olgu serileri son derece sınırlıdır. Bu çalışmada, rekürren insizyonel herni nedeniyle uzun süre abdominal korse kullanan ve abdomenin diffüz dermal anjiomatozisi tanısı alan iki olgunun sunulması ve kronik mekanik kompresyonun hastalık gelişimindeki olası katkısının tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: Yetmiş yedi yaşında kadın hasta, yaklaşık bir aydır karın ön duvarında gelişen ülser nedeniyle dermatoloji kliniğine konsülte edildi. Hastanın özgeçmişinde obezite, tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kronik böbrek hastalığı, hemodiyaliz tedavisi ve 57 paket-yıl sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Strangüle umbilikal herni nedeniyle opere edilen hastada gelişen rekürren insizyonel herni nedeniyle yaklaşık iki yıldır abdominal korse kullanıldığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede protrüde abdominal duvar üzerinde retiküler viyolase plaklar zemininde çok sayıda ülser izlendi (Resim 1). Punch biyopsi materyalinde dermal vasküler proliferasyon saptandı ve CD34 pozitifliği ile DDA tanısı doğrulandı (Resim 2). Hastanede korse kullanımına ara verilmesi, yara bakımı ve sistemik antibiyotik tedavisi sonrasında ülserlerde belirgin gerileme gözlenirken, taburculuk sonrası korse kullanımının yeniden başlamasıyla lezyonların kısa sürede nüks ettiği görüldü.Elli üç yaşındaki ikinci kadın hastada obezite, tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon ve rekürren insizyonel herni nedeniyle geçirilmiş çoklu abdominal cerrahi öyküsü mevcuttu. Hastanın uzun süredir abdominal korse kullandığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede protrüde abdominal duvar üzerinde geniş ülserasyon içeren retiküler viyolase endüre plak izlendi (Resim 3). Histopatolojik inceleme ve immünohistokimyasal CD34 pozitifliği DDA tanısını destekledi (Resim 4). Topikal tedavi ve

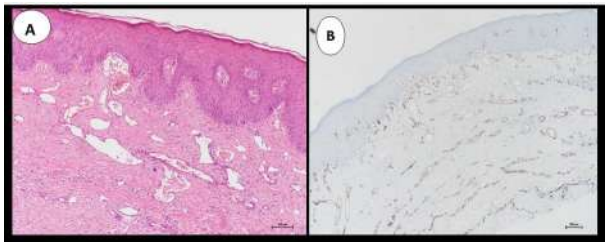
yara bakımına rağmen rekürren herni, devam eden mekanik kompresyon ve vasküler risk faktörleri nedeniyle anlamlı klinik düzelme sağlanamadı.

Resim 1



Olgu-1.Karın ön duvarında diffüz dermal anjiomatozise ait klinik görünüm. (A) Sol alt kadranda çevresinde viyolase-retiküler eritem bulunan, 3 × 2 cm boyutlarında, tabanında seröz ve hemorajik krut izlenen ülser. (B) Karın ön duvarında retiküler eritem zemininde farklı boyutlarda çok sayıda ülseratif lezyonların genel görünümü. (C) Çevresinde viyolase eritem bulunan, 1x1 cm boyutlarında yüzeyel ülserin yakın plan görünümü.

Resim 2 Histopatoloji



A.Epidermiste hafif parakeratoz, akantoz, spongioz, dermiste prolifere ve dilate vasküler yapılar, ekstravaze eritrositler, perivasküler lenfositik infiltrasyon dikkat çekti. (H&E x100) B. CD34 ile vasküler yapılarda pozitif boyanma izlendi.(CD34 x40)

Sonuç: Abdominal DDA nadir görülmekle birlikte kronik doku hipoksisi oluşturan sistemik ve lokal faktörlerin birlikte bulunduğu hastalarda gelişebilmektedir.[2,3,8–10] Sunduğumuz iki olguda ortak olarak rekürren insizyonel herni, uzun süreli abdominal korse kullanımı ve obezite bulunurken, ilk olguda bunlara ek olarak kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı ve yoğun sigara öyküsü gibi belirgin vasküler risk faktörleri eşlik etmekteydi. Özellikle ilk olguda korse kullanımının kesilmesini takiben ülseratif lezyonlarda belirgin gerileme, yeniden başlanması sonrasında ise kısa sürede rekürrens gelişmesi kronik dış kompresyonun lokal hipoperfüzyonu artırarak hastalık aktivitesine katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.[9,10] Bu olgu serisi, rekürren insizyonel herni ile birlikte uzun süreli abdominal korse kullanımının abdominal DDA gelişiminde göz önünde bulundurulması gereken bir mekanik risk faktörü olabileceğini desteklemektedir. İyileşmeyen abdominal ülseratif plaklarla başvuran hastalarda DDA ayırıcı tanıda akılda tutulmalı, tedavide yalnızca dermatolojik yaklaşım değil, altta yatan

mekanik ve vasküler nedenlerin düzeltilmesine yönelik multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diffüz Dermal Anjiomatozis, İnsizyonel Herni, Abdominal Korse

Yayın No: P-086
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Microblading ile İlişkili Skar Sarkoidozu: Olgu Sunumu

Bilge Coşkun[1], Esra Genç[1], Burçe Can Kuru[1]

[1]SULTAN 2.ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş ve Amaç: Sarkoidoz, etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, nonkazeifiye granülomlarla karakterize multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Kutanöz tutulum olguların yaklaşık %20–35'inde görülmekte olup, klinik olarak oldukça geniş bir spektrum göstermektedir. Skar sarkoidozu, kutanöz sarkoidozun nadir görülen spesifik formlarından biri olup önceden oluşmuş skar, travma, dövme ve kozmetik pigmentasyon alanlarında gelişebilmektedir. Son yıllarda estetik amaçlı uygulanan microblading işleminin yaygınlaşmasına rağmen, bu uygulamaya bağlı gelişen skar sarkoidozu olguları literatürde oldukça sınırlı sayıdadır. Ayrıca bu lezyonlar bazı hastalarda sistemik sarkoidozun ilk klinik bulgusu olabilmektedir. Bu olgu ile microblading sonrası gelişen skar sarkoidozunun sistemik sarkoidoz açısından uyarıcı bir bulgu olabileceğinin vurgulanması amaçlandı.

Mikroblading alanında bilateral kaşlarda turuncu-kırmızı renkli, infiltratif papül ve plaklar.

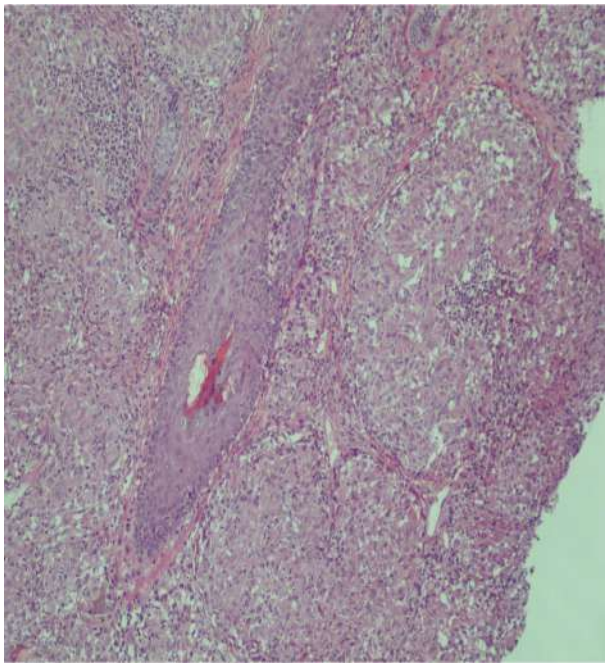


Yöntem: Otuz yedi yaşında kadın hasta, yaklaşık dört aydır bilateral kaş bölgesinde gelişen kabarıklık ve renk değişikliği yakınması ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Ayrıntılı anamnez, dermatolojik muayene ve dermoskopik inceleme yapıldı. Klinik değerlendirmede ayırıcı tanıda skar sarkoidozu, yabancı cisim granülomu ve ksantogranülom düşünüldü. Kesin tanı amacıyla punch biyopsi alındı ve histopatolojik inceleme gerçekleştirildi. Tanının ardından hastaya serum anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) düzeyi başta olmak üzere laboratuvar incelemeleri yapıldı; göz hastalıkları, göğüs hastalıkları, kardiyoloji ve iç hastalıkları tarafından sistemik tutulum açısından değerlendirildi. Akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografi incelemeleri gerçekleştirildi.

Bulgular ve Sonuç: BulgularDermatolojik muayenede bilateral kaşların medial ve lateral bölümlerinde turuncu-pembe renkli, infiltre karakterde, yer yer hafif skuamlı papül ve plaklar

izlendi. Dermoskopide turuncu-sarı yapısız zemin üzerinde ince lineer ve noktasal damar yapıları saptandı. Ayrıntılı anamnezde lezyonların ortaya çıkmasından sekiz ay önce kaş bölgesine microblading uygulandığı öğrenildi. Histopatolojik incelemede pigment yüklü makrofajlar eşliğinde epidermisten temiz bir zonla ayrılan, multinükleer dev hücreler içeren, nonkazeifiye epiteloid granülomlar ve "naked granülom" görünümü izlendi. Klinikopatolojik korelasyon sonucunda skar sarkoidozu tanısı konuldu. Sistemik değerlendirmede serum ACE düzeyi yüksek bulundu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral hiler lenfadenopati, bilateral sentrilobüler nodüller, buzlu cam dansiteleri ve interstisyel değişiklikler saptanarak radyolojik olarak evre II pulmoner sarkoidoz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya topikal klobetazol propiyonat tedavisi başlandı. Dört haftalık tedavi sonrasında lezyonlarda indürasyonda gerileme olmakla birlikte tam klinik yanıt elde edilememesi üzerine tedaviye intralezyonel triamsinolon asetonid eklendi ve hasta izleme alındı.SonuçMicroblading sonrası gelişen granülomatöz lezyonlarda yabancı cisim granülomu dışında skar sarkoidozu da ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Kutanöz skar sarkoidozu, sistemik sarkoidozun ilk klinik bulgusu olabileceğinden tanı alan hastalar multidisipliner yaklaşımla sistemik tutulum açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Literatürde microblading sonrası gelişen skar sarkoidozu olguları oldukça sınırlı olup, bildirilen olguların büyük bölümünde pulmoner tutulumun eşlik ettiği görülmektedir. Sunduğumuz olgu, microblading sonrası gelişen kutanöz lezyonların sistemik sarkoidozun habercisi olabileceğini göstermesi bakımından literatüre katkı sağlamaktadır.

Histopatolojik Bulgular



Dermiste non-kazeifiye epiteloid hücreli granülomlar, multinükleer dev hücreler ve seyrek lenfosit infiltrasyonu (çıplak granülom görünümü) izlenmektedir (H&E, ×100).

Anahtar Kelimeler: skar sarkoidozu, sistemik sarkoidoz, mikroblading

Yayın No: P-087
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

İksekizumab İle Tedavi Edilen Bir Palmoplantar Püstüler Psöriasis Olgusu

Övgü Sıla İmamoğlu[1], Fatma Aslı Hapa[1]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Palmoplantar püstüler psöriasis(PPPP) veya palmoplantar püstülosis(PPP), avuç içlerini ve ayak tabanlarını etkileyen, küçük steril püstüller ile karakterize edilen bir psöriasis türüdür(1).Genellikle sigara içme öyküsü olan orta yaşlı kadınlarda görülmektedir. Hastalığın prevalansının %0.01 ile %0.05 arasında olduğu tahmin edilmektedir(2).PPP'te standart bir tedavi yöntemi bulunmadığından hastaların yaşam kalitesi üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır(1).Asitretin,siklosporin, güçlü topikal kortikosteroidler ve fototerapi,palmoplantar püstüler psöriasis için yaygın tedaviler olsalar da yüksek düzeyde kanıta dayalı değillerdir(3). PPP' nin püstüllerinde artmış IL-17 seviyeleri tespit edilmiş ve bu sitokinin hastalığın inflamasyon sürecinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir(4). İksekizumab, bir IL-17A antagonisti olup, en hızlı ve en etkili biyolojik ajanlardan biridir ve palmoplantar püstüler psöriasis hastalarında olumlu sonuçlar göstermiştir(3).Burada,kliniğimizde İksekizumab ile tedavi edilen bir palmoplantar püstüler psöriasis olgusunu sunuyoruz.

Yöntem: Altı yıldır her iki avuç içinde yaygın,içi iltihaplı kabarcık yakınması olan 39 yaşındaki kadın hasta ,bu yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hasta ,bu yakınmasıyla daha önce dış merkeze başvurmuş ve bu süreçte birçok topikal tedavi almıştır.Hastanın bilinen yakınması hariç eşlik eden eklem ağrısı şikayeti , ek bir hastalığı ve psöriasis için de aile öyküsü mevcut değildi.Hastanın kliniğimize ilk başvurusundaki dermatolojik muayenesinde, bilateral palmar bölgede yaygın püstüller gözlendi(Şekil 1A-1B) ve hasta kliniğimizde palmoplantar püstüler psöriasis tanısı aldı.Hastaya kliniğimizde konvansiyonel tedavi olarak, siklosporin tedavisi başlandı.Tedavinin ikinci ayında tansiyon yüksekliği sebebiyle siklosporin tedavisi stoplanarak ,iksekizumab tedavisine geçildi.Hastanın iksekizumab ile tedavisinin ikinci ayında palmar bölgedeki püstüler lezyonları remisyona girmiştir(Şekil 2A).İki yıldır iksekizumab tedavisi alan hastanın lezyonları remisyonda seyretmektedir(Şekil 2B).

Şekil 1A-1B



Tedavi öncesi ,hastanın her iki palmar bölgesinde yaygın püstüller mevcut

Şekil 2A-2B



Hastanın İksekizumab tedavisi altında 2.ayında palmar bölgedeki püstüler lezyonlarının remisyondaki hali(Şekil 2A). Hastanın İksekizumab tedavisi altında 2.yılı, püstüler lezyonlarının remisyonda seyrettiği güncel hali (Şekil 2B).

Bulgular ve Sonuç: Palmoplantar püstüler psoriasis (PPP), püstüler psoriasisin bir alt tipi olup, avuç içlerini ve/veya ayak tabanlarını tutan, belirgin fiziksel rahatsızlık, yaşam kalitesinde bozulma ve psikiyatrik sorunlara yol açabilen inatçı bir hastalıktır(3).PPP'nin karmaşık patogenezinden dolayı günümüzde standartlaşmış ve altın standart bir tedavi seçeneği bulunmamaktadır(6).Yayınlanan bir vaka raporunda, daha önce birçok tedaviye direnç gösteren bir palmoplantar püstüler psöriasis hastasında, iksekizumab ile başarılı bir tedavi sağlandığı gözlenmiştir(3).Yapılan bir meta analiz ve sistemik çalışmada, 12-16 haftada palmoplantar püstülosiste ,palmoplantar skor iyileşmesinde, aylık iksekizumab tedavisi diğer tedavilere kıyasla en yüksek dereceyi almıştır(5).Literatür taramasında iksekizumab ile tedavi edilen palmoplantar püstüler psöriasis vakalarının nadir raporlandığı görülmektedir.Bizim olgumuz da İksekizumab tedavisi ile tatmin edici iyileşme sağlanan bir palmoplantar püstüler psöriasis olgusudur bu sebeple paylaşmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Palmoplantar püstüler psöriasis, İksekizumab

Yayın No: P-088
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Multipl Miyelom ile İlişkili Diffüz Plan Ksantom: Olgu Sunumu

Zeynep Uludağ[1], Oğulay Eren[1], Sümeyye Altıntaş Kakşi[1], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Diffüz plan ksantom (DPK), sıklıkla periorbital ve fleksural bölgelerde yerleşen, nadir görülen bir non-Langerhans hücreli histiyositozdur. Özellikle monoklonal gammopatiler, multipl miyelom ve diğer lenfoproliferatif hastalıklarla güçlü ilişki göstermektedir. Patogenezinde monoklonal immünoglobulin-lipoprotein komplekslerinin makrofajlar tarafından fagosite edilmesi sonucu köpük hücrelerinin oluştuğu düşünülmektedir. Diffüz plan ksantomun tanınması, altta yatan paraproteinemi ve hematolojik malignitelerin araştırılması açısından klinik önem taşımaktadır. Bu bildiride, IgG κ tipi multipl miyelom ile ilişkili diffüz plan ksantom olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Yetmiş beş yaşında kadın hasta, Aralık 2025'te R-ISS evre I, IgG κ tipi multipl miyelom tanısı almış olup VRD tedavisi ile takip edilmekteydi. Hasta, 12 Mayıs 2026 tarihinde yaklaşık 5-6 aydır mevcut olan göz çevresi ve sol antekübital bölgedeki sarı renkli plaklar nedeniyle dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral periorbital bölgede ve sol antekübital fossada yerleşimli, keskin sınırlı sarı plaklar izlendi. Hastanın multipl miyelom tanısı sırasındaki lipid profili normal sınırlarda iken, dermatoloji başvurusu sırasındaki değerlendirmede total kolesterol ve LDL kolesterol düzeyleri normal, hafif hipertrigliseridemi mevcuttu. Diffüz plan ksantom ön tanısıyla yapılan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesi ksantom ile uyumlu olarak raporlandı. Klinik, histopatolojik ve hematolojik bulgular birlikte değerlendirilerek multipl miyelom ile ilişkili diffüz plan ksantom tanısı konuldu. Hasta hematoloji kliniği ile birlikte takibe alındı.

Şekil 1. Multipl miyelom ile ilişkili diffüz plan ksantomun klinik görünümü.



Şekil 1. Multipl miyelom ile ilişkili diffüz plan ksantomun klinik görünümü. 1. Bilateral periorbital sarı plaklar. 2. Gözler kapalı iken üst göz kapakları ve medial kantal bölgedeki sarı plaklar. 3. Sol antekübital fossada yerleşimli sarı plak. 4. Sol antekübital bölgedeki lezyonun yakın plan görünümü.

Bulgular ve Sonuç: Diffüz plan ksantom, nadir görülmesine rağmen monoklonal gammopatiler ve multipl miyelom ile güçlü ilişki gösteren önemli bir kutanöz bulgudur. Her ne kadar hematolojik malignitenin tedavisini değiştirmese de, paraproteinemi ve multipl miyelom ile güçlü ilişkisi nedeniyle dermatolog açısından önemli bir uyarıcı bulgudur. Özellikle normolipidemik veya hafif lipid yüksekliği bulunan, periorbital ve fleksural bölgelerde yerleşimli sarı plaklarla başvuran hastalarda altta yatan hematolojik hastalıklar akılda tutulmalı ve uygun hematolojik değerlendirme yapılmalıdır. Sunulan olgu, dermatolojik bulguların sistemik hastalıkların erken tanınmasındaki önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Multipl miyelom, Ksantom, Monoklonal gammopati

Yayın No: P-089
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Farklı Klinik ve Dermoskopik Özellikleri ile Siringokistadenoma Papilliferum: Üç Olgu Sunumu

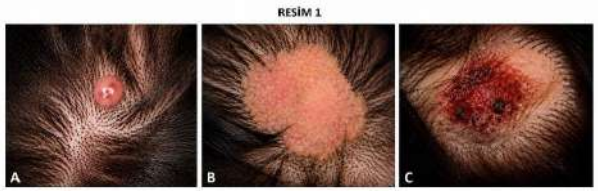
Selen Oktar[1], Ozan Erdem[1], Sümeyye Altıntaş Kakşi[1], Vefa Aslı Erdemir[1], Bengü Çobanoğlu Şimşek[2], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Siringokistadenoma papilliferum (SKP), apokrin veya ekrin diferansiyasyon gösterdiği düşünülen, nadir görülen benign adneksiyal deri tümörüdür. Olguların yaklaşık yarısı doğuştan mevcut olup, geri kalanların büyük bölümü çocukluk veya adölesan dönemde ortaya çıkar. En sık saçlı deri ve yüz-boyun bölgesinde görülmekle birlikte gövde ve ekstremitelerde de gelişebilir. Klinik olarak verrüköz papül, nodül veya papillomatöz plak şeklinde izlenebilir ve sıklıkla nevüs sebaseus zemininde gelişir. Klinik görünümünün oldukça değişken olması nedeniyle epidermal nevüs, sebase nevüs, verruka vulgaris, piyojenik granülom, keratoakantom, bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom gibi çok sayıda benign ve malign lezyonla karışabilir. Dermoskopik özellikleri ise literatürde sınırlı sayıda olguda tanımlanmış olup tanıya özgü bulgular henüz net değildir. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Bu çalışmada farklı klinik ve dermoskopik özellikler gösteren siringokistadenoma papilliferum tanılı üç olgunun sunulması amaçlanmıştır.

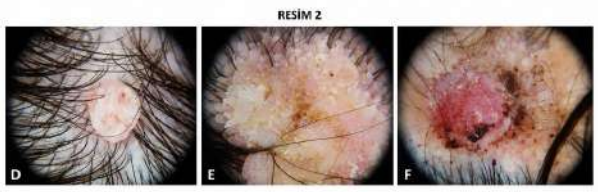
Yöntem: Birinci olgu 35 yaşında kadın hasta, saçlı deri oksipital bölgede yaklaşık 4 mm çaplı eritemli papül nedeniyle(Resim 1A) polikliniğimize başvurdu.Dermoskopisinde(Resim 2D) hafif lineer vasküler yapılar dışında ayırt edici bir bulgu saptanmadı. Klinik olarak dermal nevüs ön tanısıyla punch biyopsi alındı. İkinci olgumuz 46 yaşında kadın hasta, saçlı deride doğuştan beri mevcut olan, daha önce shave eksizyon uygulanmasına rağmen nüks eden yaklaşık 1 cm çaplı verrüköz papillomatöz plak(Resim 1B) ile başvurdu. Dermoskopisinde (Resim 2E) verrüköz yüzey, sarımsı alanlar ve hafif düzensiz vasküler yapılar mevcuttu. Klinik olarak siringokistadenoma papilliferum ön tanısıyla shave biyopsi alındı. Üçüncü olgumuz 16 yaşında kadın hasta, verteks bölgesinde doğuştan beri mevcut olan nevüs sebaseus üzerinde yaklaşık 1 yıldır gelişen hemorajik akıntılı papül(Resim 1C) nedeniyle başvurdu. Dermoskopisinde(Resim 2F) verrükoz zeminde kanama alanları ve hemorajk kurutlar mevcuttu. Klinik olarak trikoblastom ve piyojenik granülom ön tanılarıyla punch biyopsi alındı. Olguların histopatolojik incelemelerinde epidermise açılan invajinasyonlar oluşturan papiller yapılar, çift sıralı epitel ile döşeli glandüler oluşumlar, apokrin diferansiyasyon bulguları ve papiller stromada yoğun plazma hücre infiltrasyonu izlenmiş olup tüm olgular siringokistadenoma papilliferum ile uyumlu olarak değerlendirildi.

resim 1



Resim 1A: Birinci olgunun saçlı deri oksipital bölgede yaklaşık 4 mm çaplı eritemli papül. Resim 1B: İkinci olgunun saçlı derisinde yaklaşık 1 cm çaplı verrüköz papillomatöz plak. Resim 1C: Üçüncü olgunun saçlı deri verteks bölgesinde hemorajik akıntılı papül.

Resim 2



Resim 2D: Birinci olgunun dermoskopisinde lineer vasküler yapılar mevcut Resim 2E: İkinci olgunun dermoskopisinde verrüköz zeminde, sarımsı alanlar ve düzensiz vasküler yapılar mevcut Resim 2F: Üçüncü olgunun dermoskopisinde verrüköz zeminde yer yer hemorajik alanlar ve hemorajik krutlar mevcut

Bulgular ve Sonuç: Siringokistadenoma papilliferum, geniş klinik ve dermoskopik spektrumu nedeniyle birçok benign ve malign kutanöz lezyonu taklit edebilen nadir bir benign adneksiyal tümördür. Serimizde yer alan üç olgu da kadın hastalarda ve saçlı deri yerleşimliydi; olguların birinde lezyon nevüs sebaseus zemininde gelişmişti. Klinik ve dermoskopik görünümler olgular arasında belirgin farklılık göstermekte olup dermal nevüs, trikoblastom ve piyojenik granülom gibi farklı ön tanılar düşünülmüştür. Literatürde de SKP'nin en sık saçlı deri ve yüz-boyun bölgesinde görüldüğü, sıklıkla nevüs sebaseus ile ilişkili olduğu ve dermoskopik bulgularının heterojen olması nedeniyle tanıya özgü bir dermoskopik patern tanımlanamadığı bildirilmektedir. Bizim olgularımız da bu bulguları desteklemektedir. Özellikle saçlı deri ve nevüs sebaseus zeminindeki uzun süreli papillomatöz lezyonlarda ayırıcı tanıda SKP akılda tutulmalı ve kesin tanı histopatolojik inceleme ile doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: nevüs sebaseus, histopatoloji, bening deri eki tümörleri

Yayın No: P-091
Bildiri Grubu: Genel / Dermatopatoloji

Vulvar Hidradenoma Papilliferum: Klinikopatolojik Özellikleriyle Bir Olgu Sunumu

Munise Sueda Albayrak[1], Selin Tambora[1], Gülname Fındık Güvendi[2], Filiz Cebeci Kahraman[1]

[1]SBÜ, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[2]SBÜ, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Hidradenoma papilliferum (HP), sıklıkla orta yaş kadınlarda görülen, başta anogenital bölge olmak üzere meme başı, göz kapağı ve dış kulak yolu gibi ekstragenital bölgelerde de gelişebilen, nadir ve benign bir adneksal tümördür [1,2]. Literatürde vulvar HP olgularında lezyonların çoğunlukla yavaş büyüyen, iyi sınırlı ve asemptomatik nodüller şeklinde seyrettiği bildirilmektedir [1-3]. Klinik özelliklerinin özgül olmaması nedeniyle vulvar HP, çeşitli benign ve malign vulvar neoplazilerle karışabildiğinden kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır [1-4]. Bu olgu ile vulvar HP'nin uzun süreli vulvar papüler lezyonların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmasının öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

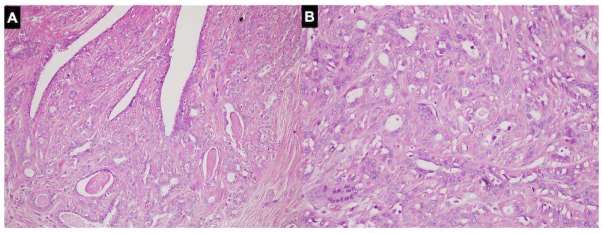
Olgu: Elli altı yaşında kadın hasta, yaklaşık 20 yıldır mevcut olan ve son yıllarda boyutunda artış olmadığını belirttiği genital bölgedeki asemptomatik kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde endometriyozis nedeniyle geçirilmiş operasyon öyküsü dışında bilinen sistemik hastalık, malignite veya düzenli ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenede sol labium majorun medial yüzünde yerleşimli, yaklaşık 1 cm çapında, deri renginde, sert kıvamlı, palpasyonda hassasiyet ve kanama izlenmeyen, yüzeyinde açıklık veya ülserasyon bulunmayan saplı papüler lezyon saptandı (Figür 1). Klinik değerlendirme sonrası lezyon total olarak eksize edildi. Histopatolojik incelemede papiller ve glandüler yapılar oluşturan, apokrin diferansiyasyonu destekleyen dekapitasyon sekresyonu gösteren kolumnar sekretuar hücreler ile dışta miyoepitelyal hücrelerden oluşan çift sıralı epitel ile çevrili neoplazm izlendi (Figür 2). Klinikopatolojik değerlendirme sonucunda olguya hidradenoma papilliferum tanısı konuldu. Hastanın iyileşme süreci sorunsuz geçti ve bir yıllık takibinde nüks gözlenmedi.

Figür 1



Sol labium majorun medial yüzünde yerleşimli, deri renginde, saplı papüler lezyon.

Figür 2



Hidradenoma papilliferumun histopatolojik görünümü. (A) Papiller ve glandüler mimari ile yer yer dekapitasyon sekresyonu (H&E, ×100). (B) Kolumnar sekretuar hücreler ve dışta miyoepitelyal hücrelerden oluşan çift sıralı epitel (H&E, ×200).

Sonuç: Hidradenoma papilliferum (HP), en sık vulvada yerleşim gösteren, yavaş büyüme eğilimindeki benign bir adneksal tümördür [1,4]. Hastamızdaki lezyonun yaklaşık 20 yıllık bir öyküye sahip olması, HP'nin yavaş seyirli klinik davranışı ile uyumludur. Lezyonun deri renginde ve asemptomatik olması ise klinik tanıyı güçleştiren başlıca özellikler arasındadır. HP'nin kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Papiller ve glandüler yapılar, içte apokrin diferansiyasyon gösteren kolumnar sekretuar hücreler ile dışta miyoepitelyal hücrelerden oluşan çift sıralı epitel, tanı açısından karakteristik histopatolojik bulgulardır [1,3]. Malign dönüşüm oldukça nadir bildirilmekle birlikte, uzun süreli vulvar nodüler lezyonlarda histopatolojik doğrulama önem taşımaktadır. Tam cerrahi eksizyon hem tanısal hem de tedavi edici bir yaklaşım olup, nüks çoğunlukla yetersiz eksizyonla ilişkilidir [1-4]. Deri renginde, yavaş büyüyen ve asemptomatik vulvar papüler veya nodüler lezyonların ayırıcı tanısında klinisyenler hidradenoma papilliferumun varlığının farkında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: vulvar hidradenoma papilliferum, adneksal tümör

Yayın No: P-092
Bildiri Grubu: Genel / Bağ doku hastalıkları

Ailesel Primer Anetoderma: Nadir Bir Olgu Serisi

Elif Kıntış Ozar[1], Ali Alcan[1], Melis Gönülal[2], Korkut Bozkurt[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İzmir
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir

Giriş ve Amaç: Primer anetoderma, dermal elastik liflerin fokal kaybı ile karakterize, iyi sınırlı gevşek ve atrofik lezyonlarla seyreden nadir bir elastolitik dermatozdur. Lezyonlar tipik olarak yuvarlak veya oval, deri renginde ya da hipopigmente atrofik maküller şeklinde olup palpasyonda keseleşme (sac-like) ve düğme deliği (button-hole) fenomenleri ile karakterizedir. Primer anetoderma çoğunlukla sporadik görülmekle birlikte ailesel olgular oldukça nadirdir. Bu olgu sunumunda, aynı aileden üç bireyde izlenen ailesel primer anetodermanın klinik özellikleri ve iki erişkin olguda histopatolojik olarak doğrulanan bulguların sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bilinen ek hastalığı ve düzenli ilaç kullanım öyküsü bulunmayan 43 ve 38 yaşındaki iki kız kardeş, boyun ve çene bölgesinde uzun süredir mevcut olan hipopigmente maküller nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede her iki hastada da boyun ve mandibular bölgede çok sayıda hipopigmente, hafif atrofik makül izlendi. Her iki hastadan alınan deri biyopsisinde Elastic Van Gieson (EVG) boyası ile dermiste elastik liflerde belirgin azalma saptandı ve histopatolojik bulgular primer anetoderma ile uyumlu bulundu. Ayrıca 38 yaşındaki kadın hastanın 4 yaşındaki oğlunda da çene ve boyun bölgesinde benzer hipopigmente maküller izlendi. Çocuk hastada yaşı nedeniyle biyopsi planlanmadı ve tanı klinik bulgular doğrultusunda değerlendirildi.

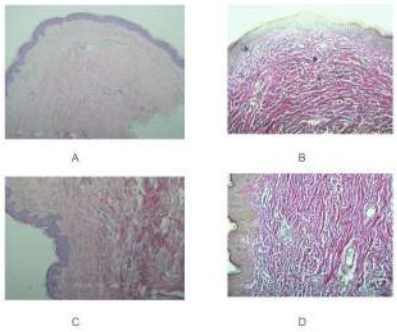
Klinik Bulgular



A- 38 yaşındaki kadın hasta B- 43 yaşındaki kadın hasta C- 4 yaşındaki çocuk hasta

Aynı aileden üç bireyde boyun ve mandibular bölgede yerleşimli hipopigmente, hafif atrofik maküller.

Histopatolojik Bulgular



Her iki erişkin olguya ait histopatolojik inceleme.(A,C) Hematoksilen-eozin boyalı kesitler.(B,D) Elastic Van Gieson (EVG) boyası ile dermiste elastik liflerde belirgin azalma izlenmektedir.

Bulgular ve Sonuç: Her üç bireyde de lezyonlar benzer anatomik bölgelerde yerleşimliydi ve sekonder anetodermayı düşündürecek klinik veya laboratuvar bulgusu saptanmadı. Primer anetoderma çoğunlukla sporadik görülmesine rağmen nadiren ailesel geçiş gösterebilir. Aynı ailede iki erişkin bireyde histopatolojik olarak doğrulanmış, çocuk olguda ise tipik klinik bulgularla desteklenen primer anetoderma varlığı, hastalığın genetik yatkınlıkla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Benzer lezyonlarla başvuran hastalarda ayrıntılı aile öyküsünün sorgulanması ve uygun hastalarda histopatolojik inceleme ile tanının desteklenmesi özellikle ailesel olguların saptanması açısından önem taşımaktadır. Sunulan bu olgu serisi, primer anetodermanın nadir görülen ailesel formuna dikkat çekmesi ve literatüre katkı sağlaması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: primer anetoderma, ailesel anetoderma, histopatoloji

Yayın No: P-093
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Diyabetes Mellitus Eşliğinde Gelişen Dev Varyant Edinsel Reaktif Perforan Kollajenoz: Olgu Sunumu

Narmin Zahedi[1], Burhan Engin[1]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Edinsel reaktif perforan kollajenoz (ERPK), dejenere kollajen liflerinin transepidermal eliminasyonu ile karakterize, edinsel perforan dermatozlar grubunda yer alan kaşıntılı bir dermatozdur. En sık diyabetes mellitus (DM) ve kronik böbrek hastalığı (KBH) ile birliktelik gösterir. Lezyonlar tipik olarak santralinde keratotik tıkaç bulunan, çapı 1 cm'nin altında papül ve nodüller şeklindedir. Çapı 1 cm'yi aşan ve birkaç santimetreye ulaşabilen lezyonlarla seyreden "dev varyant" ise literatürde sınırlı sayıda olguda bildirilmiştir. Bildirilen dev varyant olgularında en tutarlı birliktelik DM olup, olguların yaklaşık yarısında KBH da eşlik etmektedir. Bu olgu sunumunda, 6 cm'ye ulaşan lezyonları ve belirgin Köbner fenomeni ile seyreden bir dev varyant ERPK olgusu sunulmaktadır.

Yöntem: 69 yaşında kadın hasta, bir yıldır devam eden yaygın kaşıntılı deri lezyonları nedeniyle değerlendirildi. Özgeçmişinde DM, hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı ve periferik arter hastalığı mevcuttu. Sağ ayak tabanında dokuz yıldır iyileşmeyen kronik ülseri vardı; sağ ayak üçüncü parmakta diyabetik ayak enfeksiyonu nedeniyle tedavi öyküsü bulunmaktaydı.

Bulgular ve Sonuç: Dermatolojik muayenede her iki alt ekstremitede diz çevresi ve uyluklarda, gövdede ve üst ekstremitelerde; santralinde keratotik ve hemorajik tıkaç bulunan, umbilike, eritemli-morumsu papül ve nodüller görüldü. Çapları 0,5-6 cm arasında değişen lezyonların bir kısmı birleşerek anüler ve polisiklik konfigürasyonda, kalın kurutlu ve ülsere plaklar oluşturmuştu; en büyük plak 6 cm çapındaydı. Bacakta lineer dizilim gösteren kurutlu lezyonlar (Köbner fenomeni) dikkat çekiciydi. Laboratuvar tetkiklerinde böbrek fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Histopatolojik incelemede epidermiste kupa şeklinde invaginasyon, keratin ve nekrotik debris içeren tıkaç ve tıkacın tabanında bazofilik, dejenere kollajen liflerinin transepidermal eliminasyonu izlendi. Bu klinik ve histopatolojik bulgularla dev varyant ERPK tanısı konuldu. Dev varyant ERPK oldukça nadir görülen bir klinik formdur. Literatürde bildirilen dev varyant olgularında diyabetes mellitus ve şiddetli kaşıntı birlikteliği sıklıkla vurgulanmaktadır. Bu olguda lezyonların 6 cm'ye ulaşan boyutlarda olması dev varyant tanısını desteklemektedir. Diyabetik hastalarda santralinde keratotik tıkaç bulunan, geniş çaplı, umbilike papülonodüler lezyonların varlığında dev varyant ERPK ayırıcı tanıda düşünülmeli ve tanı histopatolojik inceleme ile doğrulanmalıdır.



Dizde birleşerek anüler ve polisiklik konfigürasyon oluşturan, kalın kurutlu ve ülsere dev plak; çevresinde santralinde keratotik tıkaç bulunan umbilike, eritemli-morumsu papüller.

Köbner fenomeni



Bacakta travma hattı boyunca lineer dizilim gösteren, santralinde keratotik tıkaç bulunan kurutlu lezyonlar (Köbner fenomeni).

Anahtar Kelimeler: edinsel reaktif perforan kollajenoz, dev varyant, Köbner fenomeni

Yayın No: P-094
Bildiri Grubu: Genel / Kozmetik dermatoloji

Güzellik Merkezinde Uygulanan Fosfatidilkolin/Deoksikolik Asit Enjeksiyonu Sonrası Gelişen Yabancı Cisim Reaksiyonu ve Steril Apseler: Olgu Sunumu

Arzu Koçer Duran[1], Ezgi Aktaş[1], Sıla Özlem Aktaş[2], Özben Yalçın[2]

[1]Prof.Dr.Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı
[2]Prof.Dr.Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Lokalize yağ birikimlerinin tedavisinde fosfatidilkolin ve deoksikolik asit içeren enjeksiyon lipolizi, giderek artan sıklıkla kullanılmaktadır. Bununla birlikte, özellikle tıbbi yetkinliği olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilen uygulamalar ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu olgu sunumunda, güzellik merkezinde, hekim ve sağlık personeli dışı kişiler tarafından uygulanan fosfatidilkolin/deoksikolik asit enjeksiyonu sonrasında gelişen ve standart tedavilere direnç gösteren yabancı cisim reaksiyonu olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

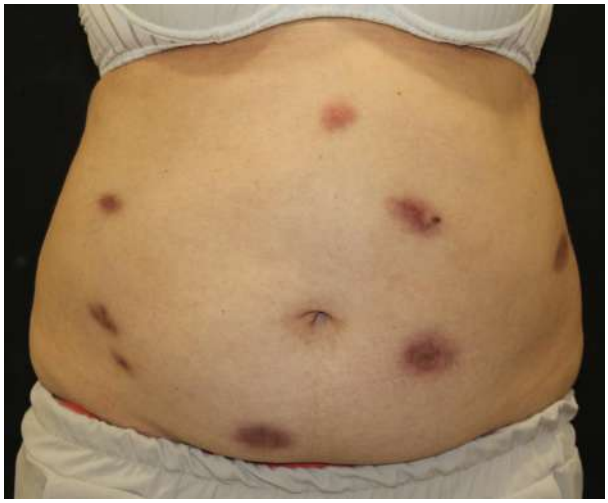
Olgu: Bilinen ek hastalığı bulunmayan 50 yaşındaki kadın hasta, karın ön duvarında şişlik, kızarıklık ve akıntılı yaralar nedeniyle başvurdu. Hastanın öyküsünden yaklaşık dört ay önce bir güzellik merkezinde bölgesel incelme amacıyla fosfatidilkolin ve deoksikolat enjeksiyonu yaptırdığı öğrenildi. Hasta enjeksiyondan yaklaşık altı hafta sonra karın bölgesinde başlayan kırmızı küçük kabarıklıkların zamanla ağrılı, akıntılı şişliklere dönüştüğünü, bildirdi. Dermatolojik muayede karın ön duvarda birbirinden ayrık toplamda 7-8 adet, hassas, ağrılı, fluktuan ve pürülan akıntılı nodüller izlendi. Laboratuvar incelemesinde serumda C-reaktif protein düzeyi yüksekliği dışında hemogram, biyokimya ve serolojik tetkiklerinde herhangi bir biyokimyasal herhangi bir anomali izlenmedi. Lezyonlardan alınan tekrarlayan yara kültürü örneklerinde üreme olmadı ve doku örneklerinin Gram boyamasında mikroorganizma saptanmadı. Nodüler lezyondan alınan punch biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde epidermiste akantoz, dermiste belirgin süpüratif apse formasyonu, yabancı cisim dev hücreleri ve mikst inflamatuvar infiltrasyon izlendi. PAS boyamasında fungal eleman saptanmadı. Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde bu lezyonlar ilaç enjeksiyonu sonrası yabancı cisim reaksiyonu ve steril abseler olarak değerlendirildi. Hastaya intravenöz metilprednizolon 40 mg başlandı, doku kültürleri sonuçlanmadan önce ampirik olarak başlanan seftriakson 2x1 gr ve metronidazol 3x500 mg tedavilere başlandı. Yatışının 7. gününde lezyonlarında belirgin gerileme saptanan hasta taburcu edilmiştir. Poliklinik takibinde, metilprednizolon kesildikten sonra lezyonların nüks etmesi üzerine hastaya yeniden oral metilprednizolon (32 mg/gün) başlanmış ve tedaviye oral siklosporin (175 mg/gün, ~2.5 mg/kg/gün) eklenmiştir. Bu kombinasyonla klinik regresyon sağlanmış olup, güncel takibinde kortikosteroid dozu kademeli olarak düşülerek kesilmiş ve hasta siklosporin (175 mg/gün) idamesi ile kontrol altına alınmıştır.

Şekil 1



Başvuru sırasında karın ön duvarında izlenen eritemli, endüre nodüller ve drenaj gösteren steril apse odakları.

Şekil 2



Siklosporin tedavisinin 1. ayında lezyonlarda belirgin klinik gerileme ve inflamasyonda azalma.

Sonuç: Deoksikolik asit ve fosfatidilkolin içeren lipolitik ajanların uygunsuz anatomik planlara uygulanması ciddi inflamatuvar reaksiyonlara, yabancı cisim reaksiyonlarına ve literatürde oldukça nadir rastlanan steril apse oluşumlarına yol açabilmektedir. Özellikle belirgin akut faz reaktif yüksekliğine rağmen ardışık kültür negatifliği saptanması ve standart antibiyotik tedavisine yanıtsızlık varlığında, ilacın deterjan etkisine bağlı gelişen bu kimyasal inflamasyon komplikasyonları mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu olgu; güzellik merkezlerinde tıbbi yetkinliği olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilen kozmetik girişimlerin ve enjeksiyon uygulamalarının aylar süren ciddi morbiditelere neden olabileceğini açıkça göstermekte; prosedürlerde uygun medikal eğitimin, doğru enjeksiyon tekniğinin, yakın tıbbi takibin ve dirençli olgularda siklosporin gibi immünsüpresif tedavi yaklaşımlarının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Enjeksiyon lipolizi, Yabancı cisim reaksiyonu, Steril apse

Yayın No: P-095
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Netherton Sendromunda Tekrarlayan Kutanöz Skuamöz Neoplaziler: Nadir Bir Olgu

Elif Soylu[1], Nilgün Şentürk[1]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Netherton sendromu, SPINK5 gen mutasyonuna bağlı gelişen, deri bariyer bozukluğu, saç şaftı anomalileri ve atopik diyatez ile karakterize nadir görülen otozomal resesif bir iktiyoz sendromudur. Hastalığın en karakteristik kutanöz bulguları iktiyozis linearis circumflexa ve trichorrhexis invaginata (bamboo hair)'dır. Klinik görünümün değişkenliği nedeniyle tanı konulması gecikebilmekte ve hastalar uzun yıllar farklı tanılarla izlenebilmektedir. Netherton sendromunda kutanöz malignite gelişimi literatürde nadir bildirilmiştir. Bu olguda, erişkin dönemde Netherton sendromu tanısı alan, iktiyozis linearis circumflexa ve bamboo hair bulguları eşliğinde tekrarlayan aktinik keratozlar ve çoklu skuamöz hücreli karsinom gelişen bir hasta sunulmaktadır.

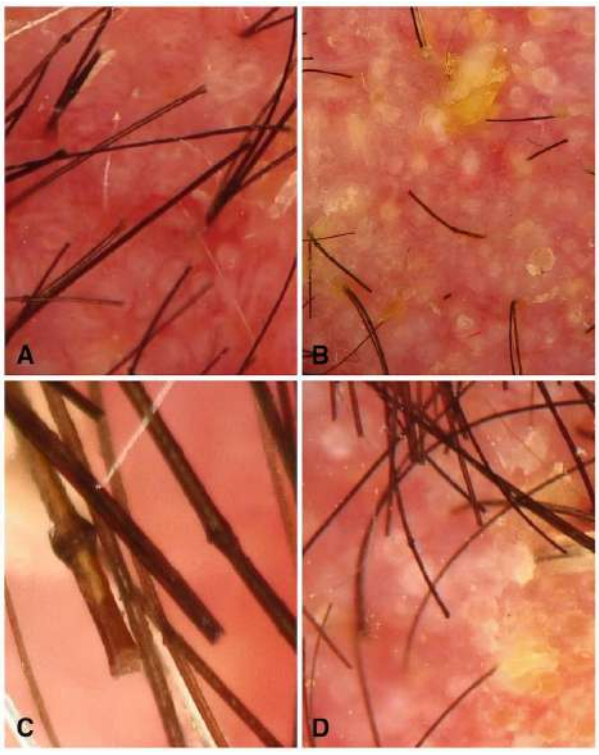
Olgu: Kırk üç yaşında erkek hasta, çocukluk döneminden beri mevcut olan iktiyoz, kronik kaşıntı ve sıcak-soğuk intoleransı nedeniyle kliniğimizde takip edilmekteydi. Öyküsünde çocukluk çağından itibaren büyüme geriliği, kilo alamama ve tekrarlayan enfeksiyon atakları; soygeçmişinde kız kardeşinde de doğuştan iktiyoz bulunmaktaydı. Hastaya daha önce farklı dönemlerde düşük doz asitretin başlanmış ancak gelişen kutanöz irritasyon nedeniyle tedavi sürdürülememişti. Hasta 2020 yılında boyun bölgesindeki ülsere proliferatif lezyon nedeniyle değerlendirildi. Biyopsi sonucunda iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinom saptanması üzerine cerrahi eksizyon uygulandı. Takipte aynı bölgede nüks gelişmesi nedeniyle 2024 yılında reeksizyon yapıldı ve minimal invaziv skuamöz hücreli karsinom saptandı. İzlem sürecinde göğüs ön duvarı, sağ frontal bölge ve sağ kaş superiorunda gelişen lezyonlar eksize edildi; patolojik incelemeler psödoepitelyomatöz hiperplazi ile uyumlu bulundu. Yaklaşık altı yıldır mevcut olan sağ periauriküler hiperkeratotik lezyon ise malign transformasyon açısından yakından takip edildi. Farklı zamanlarda alınan seri biyopsilerde hiperkeratotik aktinik keratoz saptanması üzerine aralıklı kriyoterapi ile izlem sürdürüldü. Dermatolojik muayenede gövde ve ekstremitelerde yaygın eritemli zemin üzerinde serpijinöz karakterde, çift kenarlı skuamlanma gösteren polisiklik plaklar izlendi. Penis dorsumundan skrotuma uzanan verrüköz plaklar ile yüz ve gövdede çok sayıda hiperkeratotik plak mevcuttu. Ayrıca sağ periauriküler bölgede yerleşen geniş hiperkeratotik plak dikkat çekmekteydi. Hastanın güncel total IgE düzeyi 14.700 IU/mL olarak saptandı. Dermoskopik incelemede saç şaftlarında trichorrhexis invaginata (bamboo hair) izlendi. Klinik ve dermoskopik bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya Netherton sendromu ve iktiyozis linearis circumflexa tanısı konuldu. Düşük doz asitretin tedavisini tolere edememesi, yaygın kutanöz tutulum ve şiddetli kaşıntı nedeniyle hastaya dupilumab tedavisi planlandı.

Şekil 1.



Sağ periauriküler hiperkeratotik plak (A,B), gövdede yaygın eritem ve ince skuamlanma (C), alt extremitelerde tipik çift kenarlı skuam (D).

Şekil 2.



Dermoskopik bulgular. Sağ periauriküler bölgede skuamöz neoplazi açısından şüpheli görünüm (A,B,D), Saç şaftında trichorrexhis invaginata (C).

Sonuç: Netherton sendromu, fenotipik heterojenitesi nedeniyle tanısı erişkin yaşa kadar gecikebilen nadir bir genodermatozdur. Olgumuzda çocukluk çağından itibaren iktiyoz öyküsü bulunmasına rağmen tanı; erişkin dönemde iktiyozis linearis circumflexa, trichorrhexis invaginata (bamboo hair) ve belirgin IgE yüksekliğinin birlikte değerlendirilmesiyle konulmuştur. Netherton sendromunda kronik deri bariyeri bozukluğu ve persistan inflamasyonun kutanöz malignite gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmekle birlikte, tekrarlayan aktinik keratozlar ve çoklu skuamöz neoplaziler nadir olarak bildirilmektedir. Olgumuzda farklı zamanlarda gelişen aktinik keratozlar ile tekrarlayan skuamöz hücreli karsinomlar bu açıdan dikkat çekicidir. Ayrıca retinoid tedavisinin tolere edilememesi nedeniyle dupilumab planlanması, son yıllarda bildirilen umut verici biyolojik tedavi deneyimleriyle uyumludur. Olgumuz, Netherton sendromunda görülen klasik fenotipe kutanöz skuamöz neoplazi spektrumunun da eşlik edebileceğini düşündürmektedir. Netherton sendromunda gelişen persistan veya atipik hiperkeratotik lezyonların malignite açısından değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Retinoid intoleransı bulunan hastalarda biyolojik tedaviler alternatif bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Netherton sendromu, iktiyozis linearis circumflexa, skuamöz hücreli karsinom

Yayın No: P-096
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Nivolumab ile İlişkili Gelişen De Novo Plak Psöriyazisi: Küçük Hücreli Dışı Akciğer Adenokarsinomlu Bir Olgu Sunumu

Ece TEKİN HASDEMİR[1], Fatma Nur KUTLU[1], Ömer KUTLU[1], Atiye AKBAYRAK[1]

[1]tokat gaziosmanpaşa üniversite hastanesi

Giriş ve Amaç: İmmün kontrol noktası inhibitörleri (İKNİ), ileri evre malignitelerde sağkalımı artırarak onkolojik tedavilerde bir dönüm noktası olmuştur. Bununla birlikte immün ilişkili kutanöz advers olaylar sık görülmekte olup psöriasis en sık görülen dermatozlardan biridir. (1,2Güncel sistematik derlemeler, İKNİ ile ilişkili psöriyazis olgularının büyük çoğunluğunun anti-PD-1 ajanları ile ilişkili olduğunu ve en sık bildirilen ilacın nivolumab olduğunu göstermektedir. (4)Bu olguda, küçük hücreli dışı akciğer adenokarsinomu nedeniyle nivolumab tedavisi alan hastada gelişen de novo plak psöriyazisi sunularak İKNİ tedavisine bağlı kutanöz toksisitelerin erken tanınmasının önemi vurgulanmaktadır.

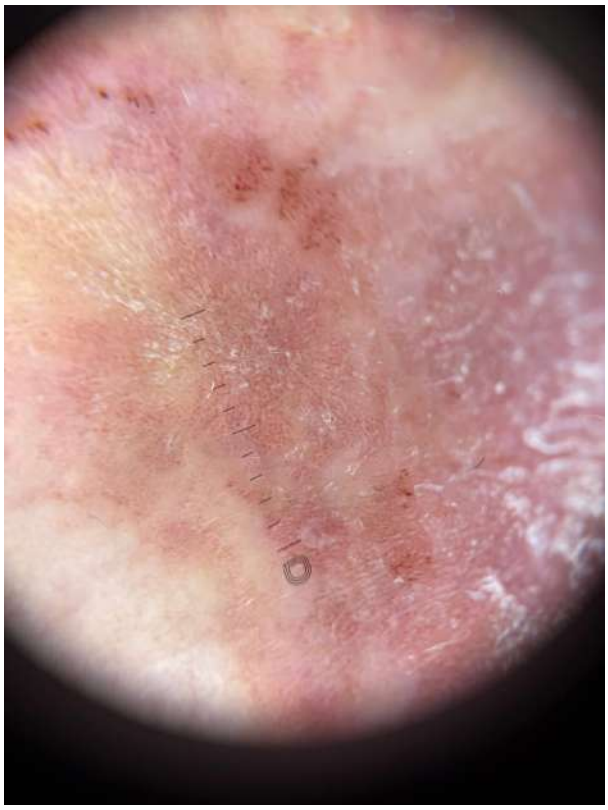
Olgu: Elli yedi yaşında erkek hasta, Eylül 2023 tarihinde lokal ileri evre küçük hücreli dışı akciğer adenokarsinomu tanısı almıştı. Standart onkolojik tedavilere rağmen hastalık progresyonu gelişmesi üzerine Kasım 2024-Kasım 2025 tarihleri arasında 25 kür nivolumab tedavisi uygulandı.Tedavinin ilerleyen döneminde el sırtlarında başlayıp zamanla bilateral dirsek ekstansör yüzleri ve alt ekstremitelere yayılan lezyonları yaklaşık 7-8 aylık süreçte progresif seyir gösterdi. Hasta lezyonları nedeniyle Mart 2026 tarihinde polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde ve aile öyküsünde psöriyazis veya başka kronik inflamatuvar deri hastalığı bulunmamaktaydı.Dermatolojik muayenede el dorsumları, , dirseklerin ekstansör yüzleri ve pretibial bölgelerde bilateral , keskin sınırlı, eritemli zemin üzerinde gümüşi skuamlarla kaplı infiltratif plaklar izlendi. Her iki el tırnağında psöriyatik tırnak tutulumu ile uyumlu değişiklikler mevcuttu.Dermoskopik incelemede açık kırmızı homojen zemin üzerinde düzenli noktasal damarlar ile yaygın beyaz skuamlanma saptandı. Klinik ve dermoskopik bulgular psöriyazis vulgaris ile uyumlu olarak değerlendirildi. Lezyonların nivolumab tedavisi sırasında gelişmesi, psöriyazis öyküsünün bulunmaması ve tipik klinik-dermoskopik bulgular birlikte değerlendirilerek nivolumab ilişkili de novo plak psöriyazisi olarak yorumlandı. Kontrendikasyon saptanmaması üzerine asitretin 20 mg/gün, topikal kortikosteroid ve emoliyan tedavisi başlandı. Bir aylık izlemde belirgin klinik gerileme sağlandı.

el ve bacak tutulumu



nivolumab kullanımı sonrası el dorsumlarında, metokarpofalangeal eklemler üzerinde, pretibial bölgelerde infiltratif plaklar.

dermoskopik görüntü



dermoskopik incelemede açık kırmızı homojen zeminde düzenli dağılım gösteren noktasal damarlar, yaygın beyaz skuamlanma

Sonuç: İmmün kontrol noktası inhibitörleri (İKNİ), özellikle programlanmış hücre ölümü-1 (PD-1) ve programlanmış hücre ölümü ligandı-1 (PD-L1) inhibitörleri, birçok malignitenin tedavisinde sağkalımı anlamlı ölçüde artırmıştır. Bununla birlikte immün sistem aktivasyonuna bağlı immün ilişkili advers olaylar gelişebilmektedir. Kutanöz toksisiteler arasında en sık makülopapüler döküntüler, likenoid erüpsiyonlar, vitiligo benzeri lezyonlar ve psöriyazis yer almaktadır. (5,6)İKNİ ile ilişkili psöriyazis, alevlenme veya de novo gelişim şeklinde görülebilir. Olguların üçte ikisini alevlenmeler, daha azını ise de novo psöriyazis oluşturmaktadır. (3,4)İmmünopatogenez tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, PD-1 blokajına bağlı periferik immün toleransın bozulması, Treg fonksiyonlarının baskılanması ve Th17 yanıtının artması sonucunda IL-17, IL-23 ve TNF-α gibi proinflamatuvar sitokinlerin ekspresyonu artarak psöriyatik inflamasyonu tetiklemektedir. (4)İKNİ ilişkili psöriyazis çoğunlukla plak tipinde görülmekle birlikte farklı klinik varyantlar da bildirilmektedir. Tırnak tutulumu ve psöriyatik artrit eşlik edebilir. Bizim olgumuzda tipik plak lezyonlarına tırnak tutulumu eşlik ederken dermoskopik bulgular tanıyı desteklemiştir. (2,4)İKNİ ilişkili psöriyazis tedavisinde amaç, dermatolojik hastalığı kontrol altına alırken onkolojik tedaviyi sürdürmektir. Hafif olgularda topikal tedaviler, orta-ağır olgularda ise fototerapi, asitretin veya biyolojik ajanlar kullanılabilir. Asitretin, düşük immünsüpresif etkisi nedeniyle aktif malignitesi olan hastalarda güvenli bir seçenektir. (2,7)Sunulan olguda kişisel ve ailesel psöriyazis öyküsünün bulunmaması, lezyonların nivolumab tedavisi sırasında gelişmesi, klinik ve dermoskopik bulgular ile asitretine iyi yanıt alınması nivolumabın tetikleyici rolünü desteklemektedir. Artan immünoterapi

kullanımıyla birlikte bu kutanöz advers olayın erken tanınması ve uygun yönetimi açısından dermatolog ve onkologların farkındalığının artırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: nivolumab, psöriyazis

Yayın No: P-097
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Metotreksat Tedavisi Alan Psöriasis Hastalarında İnterferon-Gama Salınım Testi (IGRA) Kullanımı: Tarama Zamanlaması ve Klinik Sonuçların Tek Merkezli Retrospektif Değerlendirilmesi

Mert Bolayırlı[1], Ahmet Burhan Aksakal[1], Murat Orhan Öztaş[1], Nilsel İltel[1], Esra Adışen[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji anabilim dalı

Giriş ve Amaç: Metotreksat (MTX), psöriasis başta olmak üzere birçok inflamatuvar dermatolojik hastalığın tedavisinde yaygın olarak kullanılan konvansiyonel sistemik immünmodülatör ajanlardan biridir. Biyolojik ve hedefe yönelik tedaviler öncesinde latent tüberküloz enfeksiyonu (LTBE) taraması önerilen standart yaklaşımlardan biri olmakla birlikte, MTX tedavisi öncesinde tüm hastalara rutin olarak interferon-gama salınım testi (IGRA) uygulanmasının gerekliliği konusunda görüş birliği bulunmamaktadır. EuroGuiDerm psöriasis kılavuzunda MTX ile tüberküloz reaktivasyonu riskine ilişkin verilerin sınırlı olduğu belirtilmekle birlikte, MTX ürün özellikleri bilgisinde tedavi öncesi tüberküloz taramasının önerildiği ve reaktivasyon vakalarının bildirildiği ifade edilmektedir. Kılavuz ayrıca, konvansiyonel immünsüpresif tedavilerin IGRA ve tüberkülin deri testi duyarlılığını etkileyebilmesi nedeniyle, özellikle ilerleyen dönemde başka sistemik tedavilere geçiş olasılığı bulunan hastalarda başlangıç IGRA değerlendirmesinin yararlı olabileceğini belirtmektedir. BCG aşılamasının yaygın olduğu toplumlarda ise IGRA'nın tüberkülin deri testine tercih edilmesi önerilmektedir. Bu çalışmada, MTX tedavisi alan psöriasis hastalarında IGRA kullanım sıklığının, test zamanlamasının ve sonuçlarının değerlendirilmesi ve MTX öncesi bazal IGRA değerlendirmesinin klinik uygulamadaki yerinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalında MTX tedavisi başlanan 518 psöriasis hastasının verileri geriye dönük olarak incelendi. Tüm hastalarda IGRA testi yapılıp yapılmadığı kaydedildi. En az bir IGRA sonucu bulunan hastalarda ilk test sonucu ve testin MTX tedavisine göre zamanlaması; tedavi öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere üç grupta değerlendirildi. Tekrarlanan IGRA testlerindeki negatiften pozitife ve pozitiften negatife değişimler ile ileri sistemik tedavilere geçiş durumları incelendi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Grupların karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanıldı ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Toplam 518 hastanın 176'sına (%34,0) en az bir kez IGRA uygulanmışken, 342 hastada (%66,0) IGRA sonucu bulunmamaktaydı. IGRA yalnızca 61 hastada (%11,8) MTX tedavisi öncesinde gerçekleştirilmiş olup, bu oran IGRA uygulanan hastaların %34,7'sine karşılık gelmekteydi. İlk IGRA testi 45 hastada (%25,6) MTX tedavisi sırasında, 70 hastada (%39,8) ise MTX tedavisi sonrasında yapılmıştı. IGRA uygulanan 176 hastanın 26'sında (%14,8) ilk test sonucu pozitif, 150'sinde (%85,2) negatifti. MTX öncesi, sırası ve sonrası IGRA yapılan gruplarda pozitiflik oranları sırasıyla %14,8, %13,3 ve %15,7 olup gruplar arasında anlamlı

farklılık bulunmadı (p=0,940). Tekrarlayan IGRA sonuçlarında sekiz hastada negatiften pozitife, dört hastada pozitiften negatife dönüşüm gözlendi. IGRA uygulanan hastaların 103'ü (%58,5) ileri sistemik tedavilere geçti. İleri tedaviye geçiş oranları ilk IGRA sonucu pozitif ve negatif olan hastalarda benzerdi (%61,5 ve %58,0; p=0,903). MTX sonrası IGRA uygulanması ile ileri sistemik tedaviye geçiş arasında anlamlı ilişki saptandı (p < 0,001).MTX tedavisi alan hastaların yalnızca %11,8'inde tedavi öncesi IGRA değerlendirmesi yapılmış, IGRA uygulanan hastalarda %14,8 oranında pozitiflik saptanmıştır. IGRA uygulanan hastaların %58,5'inin ileri sistemik tedavilere geçmiş olması ve MTX sonrası IGRA uygulanması ile ileri tedaviye geçiş arasındaki ilişki, IGRA'nın gerçek yaşam pratiğinde sıklıkla ileri tedavi planlaması sırasında yapıldığını göstermektedir. Bulgularımız, uygun hasta grubunda bazal IGRA değerlendirmesinin potansiyel yararına işaret etmekle birlikte, tüm MTX hastalarında rutin IGRA taramasının gerekliliğini ve maliyet etkinliğini değerlendirmek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Metotreksat, psöriasis, Tüberküloz

Yayın No: P-098
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Eski Skar Hattında Gelişen Plaklar: Topikal Takrolimusa Dramatik Yanıt Veren Bir Skar Sarkoidozu Olgusu

Burcu Beksaç[1], Öyküm Üdül[1], Nilsel İlter[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Dermatolojide büyük taklitçilerden biri olarak bilinen kutanöz sarkoidoz, genellikle orta yaş kadınlarda ortaya çıkan, çeşitli elementer lezyonlar ile prezente olabilen, multisistemik, granülomatöz bir hastalıktır. Skar sarkoidozu ise, geçmişte travmatize olmuş derideki skar hatlarında veya tatuaj sınırlarında büyüyen lezyonlarla karşımıza çıkan sarkoidozun nadir bir alt tipidir. Skarların oluşumundan uzun yıllar sonra bile görülebilir. Ayırıcı tanıda akla gelmesi bazı durumlarda karmaşık olabildiğinden hastalar uzun süre tanıda gecikme yaşayabilmektedir. Bu olgu raporunda; kliniğimizde skar sarkoidozu tanısı koyduğumuz bir hastayı, hastalığın nadirliğine dikkat çekmek, tanısındaki kritik noktaları vurgulamak ve tedavi yanıtını paylaşmak adına sunmak istedik.

Olgu: 41 yaşındaki kadın hasta, son 9 aydır yüzünde gelişen şişlikler sebebiyle polikliniğimize başvurdu. Lezyonlara hafif yanma hissi eşlik etmekteydi. Önceki dış merkez başvurularında hastada demodeks pozitifliği saptanmış ve lezyonlar rozasea ile uyumlu değerlendirilerek topikal ivermektinle sistemik antibiyoterapi uygulanmış, hasta tedavilerden fayda görmemişti. Hasta, devamında 2 ay süreyle verilen kolşisin tedavisinden de fayda görmediğini ve bunu takiben lezyonların abse olduğu düşünülerek boşaltma girişiminde bulunulduğunu belirtti. Hastanın dermatolojik muayenesinde burun lateralinde ve melolabial bölgede lineer hipopigmente skar hatları ve skarların etrafında eritemli infiltre plak ve nodüller dikkati çekmekteydi. Bu skarların 3 yaşındayken geçirdiği trafik kazasına sekonder olduğu, 17 yaşındayken de görünümü iyileştirmek amacıyla skar revizyonu yapıldığı öğrenildi. Yeni gelişen eritemli plakların bu skar hatları etrafına lokalize olması sebebiyle lezyonlardan skar sarkoidozu ön tanısıyla punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede non-nekrotizan granülomlar saptanması üzerine hastaya skar sarkoidozu tanısı konuldu. Sistemik tutulum araştırılması açısından hasta göğüs hastalıklarına yönlendirildi. Deri lezyonlarına yönelik topikal takrolimus ve hidrokortizon butirat tedavisi sırasıyla 5 günlük ve 2 günlük periyotlarda olacak şekilde dönüşümlü olarak başlandı. 1 aylık tedavi sonunda hastanın lezyonlarında belirgin düzelme gözlendi (Resim-1).

Resim-1



İlk muayenede skar üzerinde göze çarpan ertitemli plak ve nodüller (A) 1 aylık topikal tedavi sonunda tama yakın geriledi (B).

Sonuç: Sarkoidoz, etyolojisi tam olarak bilinmeyen; deri, pulmoner sistem, lenf nodları, göz, eklemler gibi birçok sistemde tutulum yapabilen inflamatuvar bir hastalıktır. Histopatolojik olarak lenfosit infiltrasyonunun az olması nedeniyle "çıplak granülom" olarak ifade edilen, non-kazeifiye granülomlar görülür. Deri tutulumu tüm hastaların yaklaşık ¼'ünde bulunur. Lezyonlar papül, nodül, ince eleve yama, krutlu plak gibi farklı morfolojiler gösterebilir. Olguda sunduğumuz hastamızda skar hatlarına yerleşmiş birleşme eğiliminde olan nodül ve plaklar gözlemledik. Farklı klinik görünümlerle karşımıza çıkabilen sarkoidoz, pek çok durumla karışabilmektedir. Bu hastada başlangıçta tanı konulamamış ve hastanın tedavisi gecikmiş; hatta yapılan cerrahi girişim nedeniyle sağ melolabial alandaki skar genişlemiş ve görünümü kötüleşmişti. Özellikle yüz bölgesindeki lezyonlarda yanlış tanı, zaman kaybı ve gereksiz cerrahi işlemler hastalarda psikolojik ve sosyal morbiditeye de yol açabildiğinden, doğru tanı son derece önemlidir. Skar etrafında ortaya çıkan inflamatuvar lezyonlarda ayırıcı tanıda skar sarkoidozu göz önünde bulundurulmalıdır. Skar sarkoidozu alt tipinin klinik olarak bir diğer önemi de sistemik tutulum oranlarının bu hasta grubunda, diğer kutanöz sarkoidoz hastalarına kıyasla daha yüksek olmasıdır. Bu nedenle tanı anında hastaların multidisipliner değerlendirilmesi gereklidir. Deri lezyonlarına yönelik tedavi seçenekleri arasında intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonları, dermiste daha yüksek etkinlik sağladığından ilk sırada yer almaktadır. Ancak yüz, genital bölge gibi atrofi riskinin yüksek olduğu bölgelerde orta-düşük potensli topikal kortikosteroidler ve topikal kalsinörin inhibitörleri ön plana çıkmaktadır. Bu olgu sunumunda, 1 aylık kombine tedavi sonunda tama yakın bir iyileşme kaydeden hastamızın tedaviye dramatik yanıtını klinik fotoğrafları eşliğinde vurgulayarak dermatoloji pratiğine katkıda bulunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, skar sarkoidozu, sistemik hastalıkların deri tutulumları

Yayın No: P-099
Bildiri Grubu: Genel / Tırnak hastalıkları

İzole Progresif Onikodistrofi ve Plantar Keratotik Papüller: WNT10A Heterozigot Varyantı Saptanan Pediatrik Olgu

Berivan Alkan[1], Arzu Kılıç[1], Pelin Hızlı[1], İlkay Can[1], Zeynep Esener[2], Hilmi Bolat[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Palmoplantar keratodermalar, çocukluk çağında başlayabilen ve izole deri bulgularıyla sınırlı kalabileceği için erken dönemde kolaylıkla gözden kaçabilen kalıtsal keratinizasyon bozukluklarıdır. Özellikle hafif şiddette plantar hiperkeratotik papül ve plaklar sıklıkla kallus olarak değerlendirilmekte, eşlik eden tırnak değişiklikleri ise tanıya yeterince yön vermemektedir. Bu olguda, çocukluk çağında progresif onikodistrofi ve hafif şiddette plantar keratoderma ile başvuran, "WNT10A heterozigot varyantı" saptanan pediatrik olgunun sunulmasıyla erken tanı, genetik değerlendirme ve hasta izleminin önemi vurgulanmıştır.

Yöntem: On iki yaşında kız hasta, dokuz ay önce ayak tırnaklarında başlayan kalınlaşma ve şekil bozukluğu, son üç ayda ise el tırnaklarında gelişen benzer değişiklikler nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Soy geçmişinde benzer tırnak distrofisi, palmoplantar keratoderma veya kalıtsal dermatolojik hastalık öyküsü olan birey yoktu. Hastanın dış merkezde başlanan ve tırnaklar üzerine uygulanan 12 haftalık topikal %28 tiokonazol solüsyon tedavisinden yanıt alamadığı öğrenildi. Subungual hiperkeratotik plaktan ve plantar bölgedeki hiperkeratotik plaktan alınan örneklerin KOH ile nativ incelemesinde fungal eleman izlenmedi ve tırnaktan alınan fungal kültür negatif saptandı. Dermatolojik muayenede tüm ayak tırnaklarında belirgin hipertrofik onikodistrofi, subungual hiperkeratoz ve onikogrifoz görünümü (Resim 1), bilateral baş parmak plantar yüzeylerde hiperkeratotik papül ve 2x2 cm'lik plaklar (Resim 2), tüm el tırnaklarında longitudinal çizgilenme ve trakionişi (Resim 3 ve Resim 4) izlendi. Saç, diş ve oral mukozada patolojik bulgu izlenmedi. Klinik bulgular doğrultusunda "herediter palmoplantar keratoderma" ön tanısı düşünülerek hasta tıbbi genetik bölümüne konsülte edildi ve hastada "yeni nesil dizileme tabanlı keratoderma ilişkili gen paneli" çalışıldı. Moleküler genetik analizde "WNT10A (NM_025216.3): c.682T > A (p.Phe228Ile, rs121908120) heterozigot missense" varyantı saptandı. Varyant, American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) kriterlerine göre klinik önemi belirsiz varyant (Variant of Uncertain Significance, VUS) olarak sınıflandırıldı. Hasta olası ektodermal sistem tutulumları açısından göz hastalıkları, kulak burun boğaz, çocuk nörolojisi ve diş hekimliği kliniklerince değerlendirildi. Oftalmolojik, işitsel, nörolojik ve dental sisteme ait ek patoloji saptanmadı. Hasta dermatoloji ve tıbbi genetik polikliniklerince izleme alındı, aile bireyleri genetik inceleme amacıyla tıbbi genetik bölümüne yönlendirildi.

Resim 1



Bütün ayak tırnaklarında hipertrofik onikodistrofi, belirgin subungual hiperkeratoz ve onikogrifoz görünümü.

Resim 2



Bilateral baş parmaklar plantar yüzlerde fokal hiperkeratotik plaklar

Bulgular ve Sonuç: Çocukluk çağında başlayan progresif onikodistrofi ile birlikte görülen hafif plantar hiperkeratotik papül ve plaklar yalnızca kallus ya da yüzeyel dermatofit enfeksiyonu olarak değerlendirilmemeli; herediter palmoplantar keratodermalar mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. WNT10A, Wnt/β-katenin sinyal yolunun temel bileşenlerinden biri olup diş, saç, tırnak, ter bezleri ve palmoplantar epidermisin gelişiminde rol oynar. Bu gendeki varyantlar odonto-oniko-dermal displazi, Schöpf-Schulz-Passarge sendromu ve değişken şiddette ektodermal fenotiplerle ilişkilidir. WNT10A ilişkili olgularda fenotip başlangıçta yalnızca deri ve tırnaklarla sınırlı olsa bile zaman içerisinde ektodermal bulgular ortaya çıkabileceğinden uzun dönem multidisipliner takip önem taşımaktadır. Ayrıca aile bireylerinin genetik danışmanlık ve gerektiğinde moleküler inceleme açısından değerlendirilmesi hem genotip-fenotip ilişkisinin aydınlatılmasına hem de olası asemptomatik taşıyıcıların belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Bu olgu, izole tırnak distrofisi ve hafif şiddette plantar keratotik lezyonların erken dönemde fark edilmesinin yalnızca doğru tanıyı değil, hastanın ve ailesinin uzun dönem yönetimini de değiştirebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: onikodistrofi, WNT10A

Yayın No: P-100
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Meme Başı ve Areolanın Nevoid Hiperkeratozu: Farklı Klinik Prezentasyonlara Sahip Üç Olgunun Klinik, Dermoskopik ve Histopatolojik İncelenmesi

Arş. Gör. Dr. Dilda Bozteke[1], Doç. Dr. Mehmet Kamil Mülayim[1]

[1]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Meme başı ve areolanın nevoid hiperkeratozu (NHNA), meme başı ve areolanın diffüz verrüköz kalınlaşması ve hiperpigmentasyonuyla karakterize nadir görülen benign bir dermatozdur.[1] Sıklıkla kadınlarda bilateral yerleşimli olarak ikinci,üçüncü dekatta görülmekle birlikte unilateral yerleşimli olan ve erkeklerde görülen vakalar da bildirilmiştir. Dağılım olarak meme başını izole tutabildiği gibi meme başı ve areolanın birlikte etkilendiği vakalar daha sık izlenmiştir.[2] Özellikle ileri yaşta veya unilateral olarak görülen formu; memenin Paget hastalığı, mikozis fungoides, Bowen hastalığı gibi malignitelerle karışabilmektedir ve hastalığın klinik ve histopatolojik olarak ayırt edilmesi önemlidir.[3] Literatürde NHNA'nın klinik ve dermoskopisinin incelendiği yayınlar sınırlıdır. Bu çalışmada, farklı klinik prezentasyonlara sahip üç NHNA olgusunun klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulgularını korele ederek, dermoskopinin ayırıcı tanıdaki ve invaziv/agresif cerrahi girişimleri önlemedeki klinik pratik değerini vurgulamayı amaçladık. Dermoskopik fotoğraflar; renk, patern ve yapısal bulguları ile değerlendirildi, süreç içerisinde hastaların histopatolojik tanıları kesinleştirildi. Çalışmaya dahil edilen üç kadın hastanın da mamografik incelemeleri doğal olup estetik kaygı dışında ek şikayetleri (ağrı, akıntı vb.) ve eksojen hormon kullanımı yoktu. Histopatolojik incelemelerde olgularda belirgin hiperkeratoz, akantoz ve papiller uzantılar doğrulandı; atipi veya epidermotropizm saptanmadı. Tüm hastalardan yayın için bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Olgu: Olgu 1: 42 yaşında kadın bir hasta, 10 yıldır olan sol meme başı areola kompleksinde progresif değişiklik ile kliniğimize başvurdu. 30'lu yaşlarında başladığını ve gebelik sonrası dönemde belirginleştiğini ifade etti. Sol meme başı areola kompleksinde hiperpigmente, kahverengimsi beyazımsı belirgin papillomatöz ve fissür yapılarının izlendiği plak yapısı izlendi. Kontralateral meme muayenesi doğaldı. Dermoskopik incelemesinde homojen kahverengimsi beyazımsı zeminde belirgin papillomatöz ve fissür yapısı ile serebriform görünüm, komedon benzeri açıklıklar izlendi.[4], [5] Histopatolojisinde; sepetsi ortokeratoz, hafif papillomatozis, anastomozlaşan reteler, hafif spongiyoz, üst dermiste fibrozis ve intersitisyel hafif lenfositik inflamasyon, melanositik atipi olmaksızın artmış bazal tabaka pigmentasyonu izlenerek NHNA tanısı doğrulandı.Olgu 2: 19 yaşında kadın hasta, 5 yıldır olan bilateral meme başı ve areolasında hiperpigmente plak yapısı ile başvurdu. Polarize dermoskopide her iki meme başında ortasında siyahımsı sarımsı keratotik tıkaç olan santral krater, areolada yapısız diffüz kahverengimsi hiperkeratoz izlendi.[6] Hastaya topikal izotretinoin %0,025 ile topikal kalsipotirol tedavisi dönüşümlü olarak uygulandı. 10 gün sonraki kontrolde meme başındaki siyahımsı sarımsı keratotik tıkaçta ve areoladaki hiperkeratozda kısmen gerileme izlendi. Hastanın sonraki takibi kaybedildi.Olgu 3: 36 yaşında kadın hasta, 3 yıldır olan areola korunmuş izole bilateral meme

başı tutulumuyla başvurdu. Dermoskopisinde beyazımsı deskuamasyon ve meme başında sarımsı kahverengi keratotik tıkaç yapısı izlendi. %20 üre ve topikal izotretinoin %0,025 tedavisiyle birinci ayda sol meme başında tam, sağ meme başında belirgin klinik düzelme sağlandı

OLGU 1



A) Normal görünümlü sağ meme başı ve areola kompleksi B)Sol meme başı ve areola bölgesinde verrüköz hiperpigmente plak C)Sol areolada polarize dermoskopide pembemsi kahverengimsi homojen alanlar, papillomatöz yüzey ve fissür yapıları

OLGU 2 ve OLGU 3



Olgu 2 A) Tedaviden önce sağ ve sol meme başı ve areolada hiperkeratoz, sağ ve sol meme başında ortasında siyahımsı sarımsı keratotik tıkaç olan santral krater Olgu 2 B) Tedavinin 10.gününde hiperkeratozda gerileme Olgu 3 C) Sağ ve sol meme başında beyazımsı deskuamasyon, sarımsı kahvrengimsi keratotik tıkaç, sağ meme başının dermoskopik incelenmesi Olgu 3 D) Tedavinin 1.ayında sağ meme başındaki hiperkeratozda azalma ve sol meme başında tam klinik düzelme

Sonuç: NHNA, nadir ve benign bir dermatoz olmakla birlikte farklı klinik prezentasyonlarıyla tanısal zorluk oluşturmaktadır. Klinik ve histopatolojik olarak malignitelerden ayırt edilmesi önemlidir. Dermoskopi; biyopsi öncesinde malignite ayırıcı tanısında oldukça yol göstericidir. Dermoskopide izlenen fissürler ve serebriform papillomatöz patern histopatolojideki papillomatozis ve hiperkeratoz ile korelasyon göstermektedir.[6] Birinci olgu belirgin papillomatöz, fissür yapısı ve nadir görülen unilateral yerleşimiyle, ikinci olgu erken yaş

başlangıcı ve medikal tedaviye kısmi yanıt alınması ile üçüncü olgu ise nadir olan izole meme başı tutulum göstermesi ve tedaviye yanıt ile dikkat çekmektedir.

Olguların Klinik ve Dermoskopik Özellikleri

Olgu	**Öykü**	**Klinik Yerleşim ve Görünüm**	**Dermoskopik Bulgular**	**Tedavi**
Olgu 1	• 42 yaş kadın • 10 yıllık öykü • Gebelik sonrası belirginleşme	• Sol Meme aerola kompleksi tutulumu (Unilateral) • Hiperpigmente, belirgin papillomatöz ve fissürlü verrüköz plak yapısı	• Serebriform görünüm • Belirgin papillomatöz yüzey • Derin fissür yapıları • Komedon benzeri açıklıklar • Homojen kahverengimsi pembemsi zemin	
Olgu 2	*• 19 yaş kadın* *• 5 yıllık öykü*	• Bilateral tutulum • Her iki meme başı ve areola kompleksinde hiperpigmente hiperkeratotik plaklar	• Meme ucunda: Ortasında siyahımsı-sarımsı keratotik tıkaç olan santral krater • *Areolada: Yapısız, diffüz kahverengimsi hiperkeratoz*	• Dönüşümlü topikal izotretinoin %0,025 ve kalsipotriol tedavisi • 10. günde keratotik tıkaçta ve areolada kısmen gerileme
Olgu 3	• 36 yaş Kadın • 3 yıllık	• Bilateral izole meme başı tutulumu	• Belirgin beyazımsı deskuamasyon	• %20 üre içeren emoliyan ve topikal izotretinoin %0,025

	öykü	• Areola tamamen korunmuş • Belirgin hiperkeratoz	• Meme başında sarımsı kahverengi keratotik tıkaç yapısı	tedavisi • 1. ayda sol meme ucunda tam, sağda belirgin klinik düzelme

Kaynakça

[1] A. REVERT, J. BANULS, E. MONTESINOS, E. JORDA, D. RAMON, ve V. TORRES, "NEVOID HYPERKERATOSIS OF THE AREOLA", Int. J. Dermatol., c. 32, sy 10, ss. 745-746, Eki. 1993, doi: 10.1111/J.1365-4362.1993.TB02750.X;WGROUP:STRING:PUBLICATION.

[2] Y. Kubota, T. Koga, J. Nakayama, ve H. Kiryu, "Naevoid hyperkeratosis of the nipple and areola in a man", British Journal of Dermatology, c. 142, sy 2, ss. 382-384, Şub. 2000, doi: 10.1046/J.1365-2133.2000.03320.X.

[3] R. S. Krishnan, T. A. Angel, T. R. Roark, ve S. Hsu, "Nevoid hyperkeratosis of the nipple and/or areola: A report of two cases and a review of the literature", Int. J. Dermatol., c. 41, sy 11, ss. 775-777, Kas. 2002, doi: 10.1046/J.1365-4362.2002.01656.X;WGROUP:STRING:PUBLICATION.

[4] E. Cinotti, L. Provvidenziale, C. Miracco, ve P. Rubegni, "Treatment of nevoid hyperkeratosis of the areola and nipple with topical tacalcitol: A case report", Dermatol. Ther., c. 31, sy 4, s. e12602, Tem. 2018, doi: 10.1111/DTH.12602;ISSUE:ISSUE:DOI.

[5] P. Chauhan, A. Dhiman, ve M. Daroach, "Dermoscopy of nevoid hyperkeratosis of the nipple and/or areola in Fitzpatrick skin type IV", J. Cutan. Aesthet. Surg., c. 17, sy 4, s. 332, Eki. 2024, doi: 10.4103/JCAS.JCAS_175_22.

[6] C. Claudio, D. Arianna, G. Roberta, Z. Iris, ve N. di Meo, "Dermoscopic Features of Nevoid Hyperkeratosis of the Nipple and Areola", Dermatol. Pract. Concept., c. 12, sy 1, Oca. 2022, doi: 10.5826/DPC.1201A03.

Anahtar Kelimeler: Meme başı ve areolanın nevoid hiperkeratozu, Meme başı areola kompleksi, Verrüköz yapı

Yayın No: P-101
Bildiri Grubu: Genel / Bağ doku hastalıkları

Romatoid Artritli Hastada Rope Sign ile Seyreden İnterstisyel Granülomatöz Dermatit: Olgu Sunumu

Muhammet Onur ARIKAN[1], Savaş ÖZTÜRK[1], Neşe GÖÇER GÜROK[1], Yücel KARAASLAN[2]

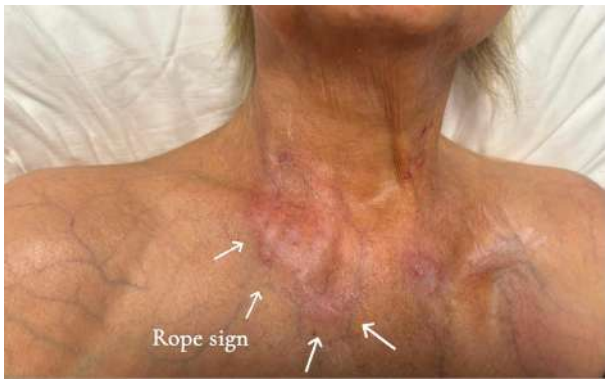
[1]Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği
[2]Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Tıbbi Patoloji Birimi

Giriş ve Amaç: İnterstisyel granülomatöz dermatit (İGD), çoğunlukla sistemik otoimmün ve inflamatuvar hastalıklarla ilişkili, nadir görülen reaktif granülomatöz dermatozlardan biridir. Hastalık, klinik olarak eritemli papül ve plaklardan subkutan kord benzeri lineer lezyonlara kadar değişen geniş bir morfolojik spektrum gösterebilir.Palpasyonla belirginleşen lineer, kord benzeri indürasyonlar "rope sign" olarak adlandırılmakta ve İGD için karakteristik olmakla birlikte nadiren görülmektedir.Burada, yaklaşık 20 yıldır romatoid artrit (RA) tanısıyla takip edilen 70 yaşındaki kadın hastada, gövdenin üst anterior yerleşiminde annüler eritemli-viyolase plaklar ve eşlik eden rope sign ile seyreden bir İGD olgusu sunulmaktadır.Histopatolojik incelemede dermiste kollajen dejenerasyonu ve fragmantasyonu ile bu alanlar arasında belirgin interstisyel histiyositik infiltrasyon ve granülom benzeri yapılar izlendi. Alcian Blue boyamasında belirgin müsin birikimi saptanmazken, Elastik Von Gieson histokimyası ile kollajen dejenerasyonu izlenirken, elastofagositoz bulgusu izlenmedi.Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek RA ile ilişkili İGD tanısı konuldu. Bu olgu, İGD'nin nadir görülen rope sign ile ortaya çıkabileceğini ve özellikle RA öyküsü bulunan hastalarda klinik ve histopatolojik korelasyonun tanı açısından önemini vurgulamaktadır.İGD çoğunlukla romatoid artrit (RA) gibi sistemik otoimmün ve inflamatuvar hastalıklarla ilişkili, nadir görülen reaktif granülomatöz dermatozlardan biridir.Palpasyonla belirginleşen lineer, sert subkutan bantlar şeklindeki rope sign, İGD için karakteristik ancak nadir görülen bir klinik bulgudur.

Olgu: Yetmiş yaşında kadın hasta, anemi nedeniyle dahiliye servisinde yatışı sırasında yaklaşık üç hafta önce boyun ve göğüs ön yüzünde gelişen deri lezyonları nedeniyle dermatoloji kliniğimiz tarafından değerlendirildi.Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 20 yıldır RA tanısı bulunduğu ve son 15 yıldır rituksimab tedavisi kullandığı öğrenildi.Dermatolojik muayenede gövdenin üst anterior bölgesinde yerleşen annüler eritemli-viyolase plaklar ile palpasyonda belirginleşen lineer, kord benzeri sert subkutan bantlar (rope sign) saptandı(Şekil 1).Ayırıcı tanıda granüloma annulare, interstisyel granülomatöz ilaç reaksiyonu, palizading nötrofilik granülomatöz dermatit, morfea ve elastolitik granülomatöz hastalıklar düşünüldü.Lezyondan alınan 4 mm punch biyopsisinin hematoksilen-eozin incelemesinde dermiste belirgin kollajen dejenerasyonu ve fragmantasyonu, dejeneratif kollajen lifleri arasında interstisyel yerleşimli histiyosit infiltrasyonu, granülom benzeri odaklar, eritrosit ekstravazasyonu ile yüzeyel ve derin perivasküler lenfositik infiltrasyon izlendi.Kollajen liflerindeki belirgin fragmantasyona bağlı floating collagen görünümü mevcuttu.(Şekil2) Granüloma Annulare ayırımı için Alcian Blue boyamasında dermal müsin birikimi saptanmadı.Diğer elastolitik granülomatöz hastalılar için

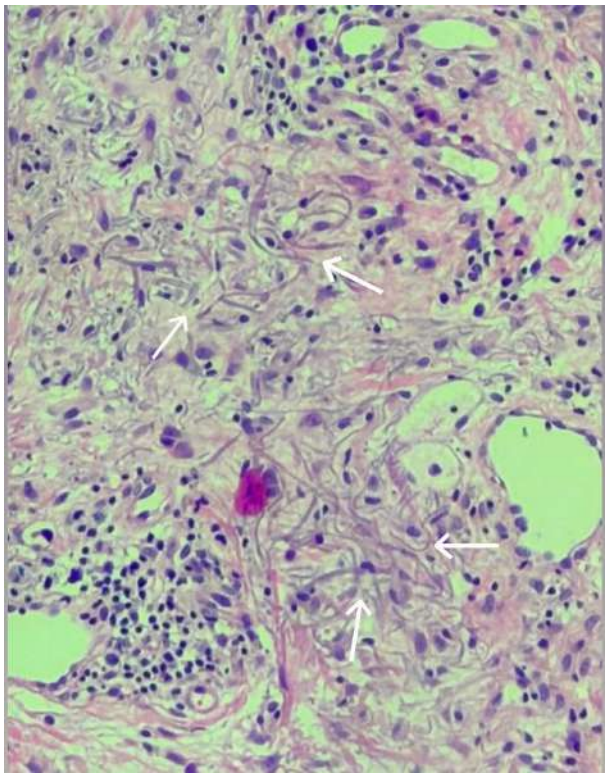
Elastik Van Gieson boyasında kollajen dejenerasyonu gösterilirken elastofagositoz izlenmedi.Klinik, histopatolojik ve histokimyasal bulgular birlikte değerlendirilerek RA ile ilişkili İGD tanısı konuldu. Hastaya güçlü topikal kortikosteroid tedavisi başlandı ve bir aylık takipte lezyonlarda belirgin klinik gerileme gözlendi.

Şekil 1



Şekil 1: Rope Sign - Anterior servikal ve üst torasik bölgede eritemli-viyolase annüler plaklar ile palpasyonla belirginleşen rope sign oluşturan lineer indüre kord benzeri lezyonlar.

Şekil 2



Şekil 2:Kollajen fragmantasyonu sonucu gelişen floating collagen görünümü ile interstisyel histiyosit infiltrasyonu (Hematoksilen-Eozin, ×200).

Sonuç: İGD'nin tanısında klinik ve histopatolojik korelasyon büyük önem taşımaktadır.Histopatolojik olarak kollajen dejenerasyonu çevresinde interstisyel histiyosit infiltrasyonu hastalığın karakteristik bulgularındandır.Rope sign başlangıçta İGD'ye özgü kabul edilse de günümüzde farklı reaktif granülomatöz dermatozlarda da bildirilmektedir.Bu nedenle tanı yalnızca klinik görünüme dayandırılmamalı, histopatolojik inceleme ve gerekli histokimyasal boyamalarla desteklenmelidir.Olgumuzda dermal müsin birikiminin olmaması granüloma annulareyi, elastofagositozun saptanmaması ise elastolitik granülomatöz dermatozları dışlamada yardımcı olmuştur.Bu olgu IGD'in Romatoid artrit gibi kollajen doku hastalarının seyrinde nadiren ortaya, klinik ve histopatolojik özellikleri ile ayırt edilebilen nadir bir antite olduğu için sunulmuştur.Romatoid artritli hastalarda gelişen annüler plaklara palpasyonla belirginleşen lineer kord benzeri indürasyonların eşlik etmesi interstisyel granülomatöz dermatiti akla getirmelidir.Rope sign nadir görülmekle birlikte tanı açısından oldukça değerli bir klinik ipucudur.Histopatolojik olarak kollajen dejenerasyonu, interstisyel histiyosit infiltrasyonu ve floating collagen görünümü ile birlikte müsin birikiminin ve elastik lif hasarının bulunmaması tanıyı desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel granülomatöz dermatit, Romatoid artrit, Rope sign

Yayın No: P-102
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Örümcek Isırığı Sonrası Gelişen Akut Jeneralize Ekzantematöz Püstüloz (AGEP): Olgu Sunumu

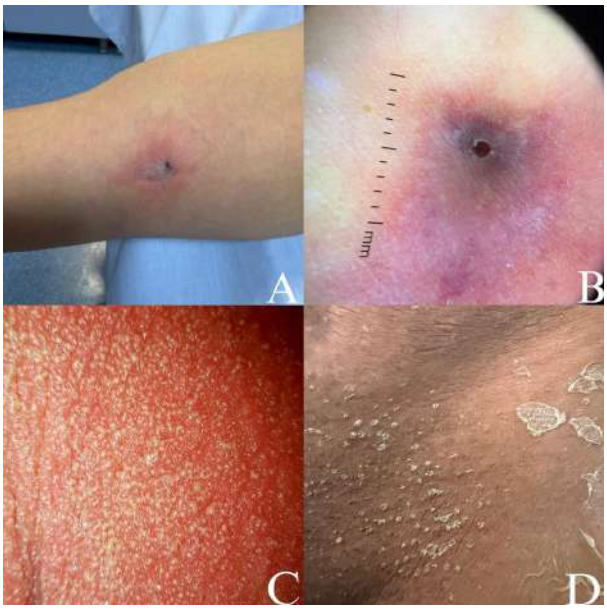
Elif Nur Şahin[1], Soner Uzun[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastaıkları Anabilim Dalı, Antalya

Giriş ve Amaç: AGEP sıklıkla lökositoz ile ilişkili ani başlangıçlı, yaygın, eritemli zeminde gelişen steril foliküler olmayan püstüllerle seyreden nadir görülen bir kutanöz aşırı duyarlılık reaksiyonudur. En sık ilaç kullanımına sekonder olmakla birlikte akut viral enfeksiyonlar, bitkisel gıdalar, örümcek ısırıkları gibi nadir tetikleyicilerle de ortaya çıkabilmektedir. Bu olgu ile nadir bir tetikleyici olan örümcek ısırığı sonrası gelişen AGEP'in klinik, laboratuvar, mikroskopik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

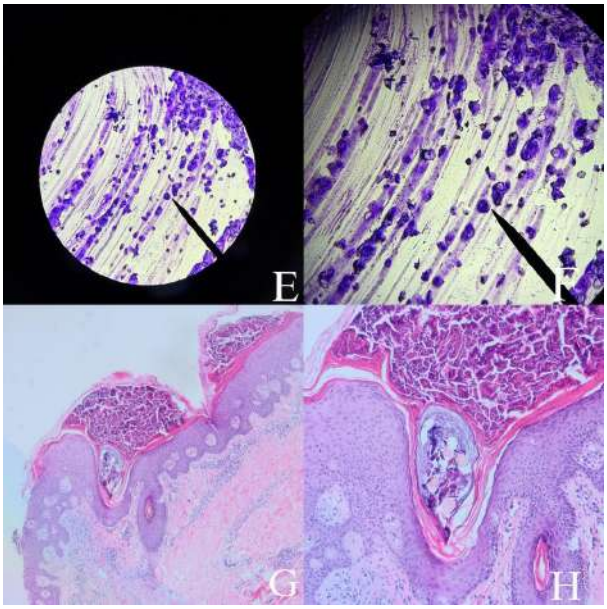
Olgu: 25 yaş kadın hasta sağ kolundan örümcek ısırığını takiben gelişen ateş ve döküntü şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden örümcek ısırığından 6 gün sonra tipik olarak inguinal kıvrımlardan başlayan ve hızla gövdeye yayılan döküntüler ve 38,4 °C ateşi olduğu öğrenildi. Hastanın ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenede bilateral inguinal kıvrımlarda, uylukların ön ve arka yüzlerinde, gluteal ve lomber bölgede yaygın eritemli plaklar üzerinde çok sayıda milimetrik foliküler olmayan püstüller izlendi (Şekil C). Ek olarak sağ kolun medialinde merkezi nekrotik kurutlu eritemli, ödemli, viyolese plağı mevcuttu (Şekil A, B). Mukozal tutulum ise saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz (11,63 bin/mm3), nötrofili (9,49 bin/mm3) ve C-reaktif protein (CRP) yüksekliği mevcuttu. Tzanck yaymasında mikroorganizma gözlenmeksizin yoğun nötrofilik hücre infiltrasyonu izlendi (Şekil E, F). Hastaya yapılan iki ayrı deri biyopsisinin histopatolojik incelenmesinde intrakorneal püstül formasyonu, spongiozis, dermiste perivasküler nötrofil ve eozinofil infiltrasyonu izlendi (Şekil G, H). Olgu EuroSCAR doğrulama kriterlerine göre kesin AGEP kategorisinde yer alıyordu. Hastaya klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular ile korele AGEP tanısı konuldu. Bilinen ek hastalığı olmayan hastaya sistemik 24 mg metilprednizolon ile birlikte proton pompa inhibitörü tedavisi başlandı. Ek olarak hastanın örümcek ısırığı bölgesine topikal kombine antibiyotik ve kortikosteroid ve topikal antiseptik tedavisi verildi. İzlemde hastanın püstüler lezyonları 1 hafta içinde belirgin geriledi ve deskuamasyon ile iyileşti (Şekil D). Bunun üzerine tedavi sonlandırıldı. Hastanın 1. hafta ve 1. ay kontrollerinde ise nüks gözlenmedi.

Olguya ait klinik görüntüler



Şekil A. Sağ kolun mediali merkezi nekrotik kurutlu eritemli ödemli viyolese plak Şekil B. Dermoskopi Şekil C. İnguinal bölgede eritemli zeminde yaygın toplu iğne başı büyüklüğündeki steril püstüller Şekil D. Püstüllerin deskuamasyonla iyileşmesi

Olguya ait mikroskopik görüntüler



Şekil E. Tzanck yaymasında mikroorganizma izlenmeksizin nötrofiller Şekil F. Tzanck yayma yakından görünümü Şekil G. Histopatolojide intrakorneal püstül formasyonu, spongioz, perivasküler nötrofil ve eozinofil infiltrasyonu 40x Şekil H. Histopatolojide intrakorneal püstül formasyonu, spongioz, perivasküler nötrofil ve eozinofil infiltrasyonu 100x

Sonuç: AGEP en sık ilaçlara bağlı gelişmekle birlikte, örümcek ısırığı gibi nadir tetikleyiciler de etiyolojide yer alabilir. Bu olgu, örümcek ısırığının AGEP gelişiminde nadir bir tetikleyici olabileceğini göstermektedir. Özellikle ilaç kullanım öyküsü bulunmayan hastalarda ayrıntılı anamnez alınması ve çevresel maruziyetlerin sorgulanması tanı koymada yol gösterici olabilmektedir. Bu olgu nadir tetikleyicilerin bilinmesi ve göz önünde bulundurulmasının AGEP tanısı ve uygun yönetimi açısından önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut jeneralize ekzantematöz püstüloz, örümcek ısırığı, ilaç dışı tetikleyici

Yayın No: P-103
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

İnci Dizisi Belirtisi ile Prezente Olan Nadir Bir Büllöz Dermatoz: Çocukluk Çağının Kronik Büllöz Hastalığı

Caner Göllü[1], İlkay Can[1], Onur İkiz[2], Gülay Turan[2], Pelin Hızlı[1], Arzu Kılıç[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağının kronik büllöz hastalığı (CBDC), bazal membran zonunda immünglobulin A'nın (IgA) lineer birikimi ile karakterize, nadir görülen otoimmün subepidermal bir büllöz dermatozdur. Periferinde veziküllerin halka şeklinde dizildiği "inci dizisi" paterni hastalığın en çarpıcı klinik bulgusudur; ancak büllöz impetigo, stafilokokal haşlanmış deri sendromu ve eritema multiforme ile olan klinik örtüşmesi, tanısal gecikmeye ve tekrarlayan yanlış tanılara zemin hazırlamaktadır. Bu olguda, dört farklı merkezde beş farklı tanı alan ve ampirik tedavilere yanıt vermeyen bir hastada direkt immünofloresan (DIF) ile doğrulanan CBDC tanısı sunularak, bu nadir antitenin erken tanınmasının tedavi sürecini nasıl dönüştürebileceği vurgulanmaktadır.

Olgu: Üç yaşında, 12,5 kg ağırlığındaki kız hasta, iki hafta önce çene bölgesinde başlayıp tüm vücuda yayılan veziküllobüllöz lezyonlar nedeniyle çeşitli merkezlerde su çiçeği, egzema, stafilokokal haşlanmış deri sendromu ve eritema multiforme tanılarıyla değerlendirilmiş; sistemik klindamisin tedavisine yanıt alınamaması üzerine kliniğimize sevk edilerek yatışı yapılmıştır. Dermatolojik muayenede yüz, bilateral postauriküler bölge, boyun, gövde, gluteal bölge ve ekstremite proksimallerini tutan, keskin sınırlı, eritemli zeminde anüler ve polisiklik plaklar izlendi. Plakların periferinde halka şeklinde dizilim gösteren gergin veziküller ("inci dizisi" paterni), santral bölgede ise krutlanma, erozyon ve atrofik görünüm dikkati çekti. Oral mukozada erozif plaklar mevcuttu. İntakt bülden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde subepidermal blister ile nötrofil ağırlıklı mikst inflamatuvar infiltrasyon saptandı; perilezyonel deriden alınan DIF incelemesinde bazal membran zonunda lineer paternde 2+ IgA pozitifliği tespit edilerek CBDC tanısı kesinleştirildi. Ateş ve genel durum bozukluğu nedeniyle çocuk hastalıkları bölümüyle multidisipliner yönetim sağlandı; kültürlerde üreyen çoklu bakteriye yönelik antibiyoterapi ve oral mukozadan alınan Tzanck yaymasında multinükleer dev hücre ile akantolitik hücrelerin saptanmasıyla doğrulanan herpetik gingivostomatit için asiklovir şurubu tedaviye eklendi. Hemolitik yan etki riski nedeniyle dapson başlanmadan önce glukoz-6-fosfat dehidrogenaz (G6PD) enzim düzeyi değerlendirildi; sonuç beklenirken sistemik metilprednizolon (15 mg/gün), topikal mometazon furoat ve emolyen tedavisi başlandı. G6PD düzeyi normal saptanması üzerine dapson (25 mg/gün, 2 mg/kg/gün) eklendi. Hastanın oral alım bozukluğu göz önüne alınarak ilaç, serum fizyolojik ile sulandırılıp süspansiyon formunda oral yolla uygulandı. İki haftalık izlem sonunda aktif veziküllobüllöz lezyon gözlenmedi; lezyonların yerini hiperpigmente maküller ve minimal atrofik skar dokusu aldı. Metilprednizolon kademeli kesilerek hasta dapson (25 mg/gün) idame tedavisiyle taburcu edildi. Takip sürecinde dapson

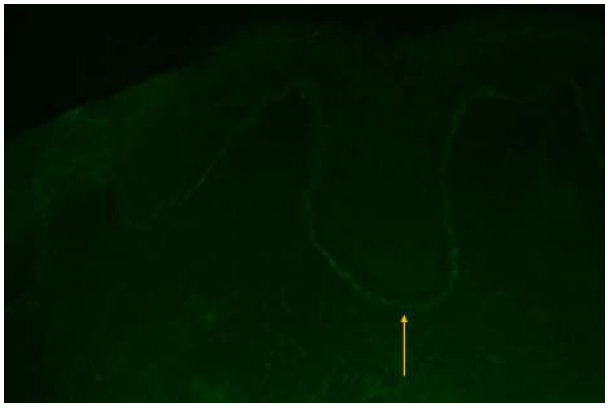
dozu kademeli olarak azaltıldı; taburculuğunun dördüncü ayında 10 mg/gün idame dozunda herhangi bir rekürrens gözlenmeksizin klinik olarak stabil seyrini sürdürmektedir.

Şekil 1



Bilateral postauriküler bölge, boyun, gövde, gluteal bölge ve alt-üst ekstremite proksimallerini tutan, birbiriyle birleşme eğiliminde, keskin sınırlı, eritemli zeminde yerleşmiş anüler ve poliskiklik plaklar, plakların periferinde, halka şeklinde dizilim gösteren veziküller izlendi.

Şekil 4



Sarı ok: Direkt immünfloresan incelemede bazal membran boyunca, lineer, IgA birikimi.

Sonuç: Dört merkezde beş farklı tanı alan bu olgu, CBDC'nin ne denli kolay gözden kaçabildiğini çarpıcı biçimde ortaya koymaktadır. Oysa tipik "inci dizisi" klinik paterni ve DIF ile bazal membran zonunda lineer IgA depolanmasının gösterilmesi, tanıyı hızla netleştirebilmektedir. Oral mukoza tutulumu ve eşlik eden enfeksiyöz komplikasyonlar morbiditeyi artıran kritik faktörler olup multidisipliner yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. G6PD değerlendirmesiyle güvenle başlanan dapson tedavisi etkin yanıt sağlamıştır. Veziküllobüllöz

lezyonlarla başvuran her pediatrik hastada CBDC'nin ayırıcı tanıda akılda tutulması, gereksiz ampirik tedavilerin ve tanısal gecikmenin önüne geçebilir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağının kronik büllöz hastalığı, İnci Dizisi, Lineer IgA

Yayın No: P-104
Bildiri Grubu: Genel / Bağ doku hastalıkları

Erken Kutanöz Bulgular ile Tanı Konan Juvenil Dermatomyozit Olgusu

Eren ERSUN[1], Melisa ÖKLÜ[1], İlkay CAN[1], Pelin HIZLI[1], Arzu KILIÇ[1], Arzu YILDIRIM ÖZLÜK[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Juvenil dermatomyozit (JDM), çocukluk çağının en sık görülen idiyopatik inflamatuvar miyopatilerinden biri olup deri ve iskelet kaslarını tutan nadir bir otoimmün bağ dokusu hastalığıdır. Hastalık karakteristik kutanöz bulgular ile proksimal kas güçsüzlüğü ve kas enzim yüksekliği ile seyretmekle birlikte, bazı olgularda kas bulgularından önce yalnızca deri lezyonları görülebilir ve tanı gecikebilir. Erken dönemde hastalığa özgü kutanöz bulguların dermatolog tarafından tanınması, uygun multidisipliner değerlendirme ve tedavinin gecikmeden başlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Erken dönemde karakteristik kutanöz bulgular ve persistan kreatin kinaz (CK) yüksekliği ile başvuran, dermatolojik değerlendirme sonucunda juvenil dermatomyozit düşünülen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

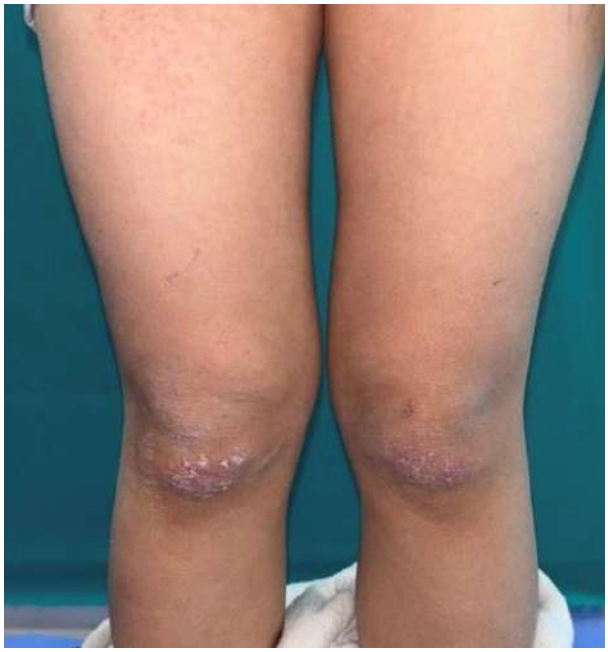
Olgu: Aralık 2025 tarihinde yanaklarda, dirseklerde ve dizlerde gelişen kızarıklık şikâyeti nedeniyle üniversitemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 4 yaşında kadın hasta Dermatoloji kliniğimize konsülte edildi. Hastanın yanak ve gövdedeki eritemli döküntülerin yaklaşık bir aydır devam ettiği, daha önce dış merkez dermatoloji polikliniğinde guttat psöriazis ön tanısıyla topikal kortikosteroid tedavisi başlandığı ancak lezyonlarında gerileme olmadığı öğrenildi.Tam kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri normal sınırlarda olan hastanın yaklaşık iki ay önce izole CK total yüksekliği nedeniyle pediatri servisinde yatırılarak hidrasyon tedavisi aldığı, CK düzeyinde kısmi gerileme sağlanmasına rağmen etiyolojinin açıklanamadığı ve poliklinik takiplerinde CK yüksekliğinin devam ettiği öğrenildi. Aile öyküsünde psöriazis bulunmuyordu. Dermatolojik muayenede bilateral malar bölgelerde ve burun dorsumunda çok sayıda eritemli papüller (Resim 1a) ile bilateral dirsek (Resim 1b) ve dizlerin (Resim 1c) ekstansör yüzlerinde eritemli skuamlı plaklar izlendi. Klinik bulgular doğrultusunda juvenil dermatomyozit, sarkoidoz ve psöriazis vulgaris ön tanılarıyla sağ diz ekstansör yüzündeki plaktan 1 adet histopatolojik inceleme amacıyla punch biyopsi alındı ve eş zamanlı olarak dermatomyozite yönelik antikor paneli istendi.Histopatolojik incelemede epidermiste hiperkeratoz, bazal vakuoler dejenerasyon, üst dermiste ödem, prolifere vasküler yapılar ile perivasküler ve interstisyel yerleşimli lenfohistiositik infiltrasyon izlendi. Alcian Blue boyası ile dermiste müsin birikimi saptandı. Histomorfolojik bulgular klinik ön tanılar açısından nonspesifik olarak sonuçlandı. Otoimmün incelemede ANA +3 pozitif olması, persistan CK yüksekliği, karakteristik kutanöz bulgular, histopatolojik inceleme ve otoimmün panel sonuçları birlikte değerlendirildiğinde juvenil dermatomyozit tanısıyla takibe alındı.

Resim 1a



Bilateral malar bölgede, burun dorsumunda ve dirseklerde eritemli papül ve plaklar

Resim 2



Dizlerde eritemli skuamlı plaklar

Sonuç: Juvenil dermatomyozit (JDM), çocukluk çağında deri ve iskelet kaslarının inflamatuvar tutulumu ile karakterize nadir sistemik otoimmün hastalıktır. Kutanöz bulgular kas tutulumuyla eş zamanlı veya kas güçsüzlüğünden önce ortaya çıkabilir. Gottron papülleri, heliotrop döküntü, malar eritem, periungual değişiklikler ve fotosensitif eritemli-skuamlı lezyonlar JDM'nin karakteristik dermatolojik bulgularıdır. JDM'nin kutanöz bulguları psöriazis, atopik dermatit ve diğer inflamatuvar dermatozların yanı sıra sistemik lupus eritematozus gibi bağ dokusu hastalıklarıyla karışabilir. Özellikle ekstansör eklem yüzlerindeki Gottron lezyonları psöriazisi taklit edebilir. Olgumuzda da başlangıçta guttat psöriazis düşünülmüş; ancak tedaviye yanıtsızlık, karakteristik malar lezyonlar ve persistan CK yüksekliği JDM açısından ileri değerlendirmeyi gerekli kılmıştır.JDM'de kalsinozis kutis, lipodistrofi, kontraktür, kas atrofisi ve fonksiyon kaybı gelişebilir; gastrointestinal vaskülopati ile pulmoner ve kardiyak tutulum nadir ancak ciddi komplikasyonlardır. Tedavinin temelini sistemik kortikosteroidler ve steroid koruyucu olarak metotreksat oluştururken, dirençli veya ağır olgularda intravenöz immünoglobulin ve diğer immünomodülatör tedaviler kullanılabilir. Güneşten korunma ve topikal tedaviler kutanöz bulguların yönetiminde önemlidir. Sonuç olarak, persistan CK yüksekliği ile birlikte malar eritem ve ekstansör eklem yüzlerinde Gottron lezyonlarının varlığında JDM ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken dermatolojik tanı ve multidisipliner yaklaşım, tedavinin zamanında başlanması ve uzun dönem komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kas güçsüzlüğü, Gottron papülleri, Juvenil Dermatomyozit

Yayın No: P-105
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Erişkin Yaşta Gevşek Anajen Saç Sendromu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Mehmet Metehan Karacan[1], Erkan Alpsoy[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Gevşek anajen saç sendromu (GASS) anajen saçların foliküle yetersiz tutunması sonucu kolay ve ağrısız dökülmesiyle ayırt edilen nadir bir saç şaftı-folikül bağlantı bozukluğudur. Yaygın skatrissiz alopesi, çocukluktan itibaren saçlarda uzamama, yaygın seyrekleşme ve en küçük travmayla saçların kolayca dökülmesi hastalığın özgün bulgularıdır. Çocukluk çağı saç dökülmelerinde gözden kaçabilen alopesilerden birisidir. Burada saçlarda uzamama ve uzun süreli saç dökülmesi ile polikliniğe başvuran, klinik ve mikroskopik olarak gevşek anajen saç sendromu tanısı konulan bir olgu nadir görülmesi ve hastalığın tipik özelliklerine sahip olması nedeniyle bildirilmektedir.

Yöntem: 27 yaş kadın hasta doğuştan itibaren saçlarda zayıflık, saçların uzama hızında azalma ve kolayca dökülmesi şikayetleriyle polikliniğe başvurdu. Öyküsünde saç kesimi için kuaföre gitme gereksinimi duymadığını belirten hastanın 1. derece akrabalarında benzer şikayetler yoktu. Muayenede saçlı deri tüm kadranlarında yaygın seyrekleşme ve skatrissiz alopesi bulunmaktaydı. Vücuttaki diğer kıllar normaldi. Çekmeyle saçların ağrısız ve kolayca ele gelmesiyle çekme testi pozitif yorumlandı. Trikoskopide anajen saçların oranı > %70 saptanırken ‘’buruşturulmuş kütikül’’ bulgusu tanıda yardımcıydı.

Doğuştan itibaren saçlarda zayıflık ve tüm kadranlarda yaygın seyrekleşme



Saç çekme testi pozitifliği



Bulgular ve Sonuç: Gevşek anajen saç sendromu çoğunlukla 2-6 yaş kızlarda görülen, tahmini insidansı 2 olgu/milyon kişi/yıl olarak bildirilen, otozomal dominant veya sporadik kalıtılan, patogenezi bilinmeyen nadir bir hastalıktır. Anajen saç şaftının en dış tabakasındaki kütikül, iç kök kılıfının kütikülü ile bağlanarak mekanik bir tutunma sağlar. Bu bağlantının bozulmasına yol açan normal olmayan keratinizasyon saçın adezyonunu zayıflatır ve küçük travmayla kolayca ayrılmasına neden olur. Bu durum saçların ağrısız ve kolay dökülmesi, uzama hızında azalma ve saçlarda genel seyrekleşmeyle kendini gösterir. Vücuttaki diğer kıllar ise normaldir. Bildirdiğimiz olguda da çocukluktan itibaren saçların uzama hızında azalma, saçlarda kolayca dökülme ve yaygın seyreklik bulunmaktaydı. Literatürde iç kök kılıfında keratin üretimini sağlayan K6HF ve K6IRS genlerindeki mutasyonlar saptanmış olsa da sporadik olgular bildirilmiştir. Olgumuzda aile öyküsünün olmayışı hastalığın sporadik olabileceğini göstermektedir. Literatürde trikoskopide deforme saç bulbusları, düzensiz ve buruşuk görünümde kütiküller, saç bulbusunun şafta açı yapmasıyla oluşan "fare kuyruğu görünümü" tanımlanmıştır. Olgumuzda tüm bulgular olmasa da buruşturulmuş kütikül varlığı tanıya yardımcıydı. Tanıda klinik ve mikroskopik özellikler yeterli olup rutin histopatoloji ve laboratuvar testlerinin yapılması önerilmez. Ayırıcı tanıda kısa anajen sendrom başta olmak üzere diğer skatrissiz alopesiler düşünülmelidir. Kısa anajen sendrom klinik olarak GASS'a benzer fakat kısa anajen sendromda anajen faz kısalır, saçlar hızla telojen faza geçer ve maksimum uzunluğa ulaşamaz. Saç çekme testi negatiftir, trikoskopide telojen saçlar hakimdir ve GASS'da tanımlanmış trikoskopik bulgular yoktur. Bildirdiğimiz olguda tipik klinik özellikler, saç çekme testi pozitifliği, trikoskopide anajen saç hakimiyeti ve buruşturulmuş kütikül bulgusu GASS tanısında belirleyici olmuştur.GASS çoğunlukla benign seyirli olup literatürde yaşla birlikte iyileşebileceği belirtilmekteyken olgumuzda çocuklukta başlayan şikayetler erişkin dönemde devam etmekteydi. Bu da hastalığın uzun seyirli olabileceğini

göstermektedir. Literatürde tedavide önerilen minoksidil saçların anajen fazda kalışını uzatarak saçın büyümesini ve yoğunluğunu arttırır. Olgumuzda hasta daha önce 12 ay süreyle topikal minoksidil kullandığını, tedaviyle saç yoğunluğunda artış ve dökülme hızında azalma olduğunu fakat tedavinin kesilmesiyle şikayetlerin tekrarladığını belirtmekteydi.Sonuç olarak Gevşek anajen saç sendromu çocuklukta yaygın skatrissiz alopesi nedenleri arasında nadir rastlanan fakat ayırıcı tanıda önemli bir hastalıktır. Literatürde yaşla birlikte iyileşebileceği belirtilen hastalıkta minoksidil etkili bir tedavi seçeneği olarak görünmektedir. Hastalığın erken dönemde tanınması yapılacak gereksiz tetkik ve tedavi yükünden hastaları koruyacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gevşek Anajen Saç Sendromu, Çocukluk Çağı Saç Dökülmesi

Yayın No: P-106
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Palmoplantar Püstülozu Taklit Eden Büyük Hücreli Transforme Mikozis Fungoides

Çınar Yıldız[1], Nilay Duman[1], Taner Akalın[2], İlgen Ertam Sağduyu[1]

[1]Ege Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıbbi Patoloji, İzmir Türkiye

Giriş ve Amaç: Mikozis Fungoides'te büyük hücreli transformasyon (BHT), küçük bir lenfositten, 4 kat büyük atipik lenfoid hücrelerin, infiltratın %25'inden fazlasını oluşturması veya mikroskobik nodüller meydana getirmesi ile karakterize agresif bir histopatolojik varyanttır. Klinik olarak transforme MF genellikle ülserasyon gösteren tümörler ve hızla büyüyen plaklarla karşımıza çıkarken, palmoplantar püstülozu taklit eden püstüler prezentasyonlar nadirdir ve daha agresif klinik seyir ve ileri evre hastalıkla ilişkilendirilmiştir. Bu klinik ile kliniğimize başvuran ve histopatolojik doğrulaması BHT olarak sonuçlanan bir olgu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş dört yaşında kadın hasta, ilerleyici deri lezyonları ve şiddetli kaşıntı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hasta, başvurudan dokuz yıl önce saçlı deride papülopüstüler lezyonlar geliştirmiş ve beş yıl sonra MF tanısı almıştı. Dış merkezde dar bant UVB fototerapisi başlanmış ve kısmi klinik düzelme sağlanmıştı. Kliniğimize başvurduğunda; her iki taraf kaş medialleri, çene ve alt ekstremiteleri tutan infiltre plaklar ve buna ek olarak vücut yüzey alanının %10'undan fazlasını etkileyen yama/plak lezyonları mevcuttu. Ayrıca bilateral palmar püstüler lezyonlar yaklaşık altı aydır mevcuttu (Şekil 1). Bilateral medial kaşlar, çene, sağ pretibial plak lezyonları ve palmar püstüler lezyonlardan çoklu deri biyopsileri alındı. Mikroskobik inceleme ve kültürlerde enfeksiyöz etken saptanmadı. Tüm örneklerin histopatolojik incelemesi BHT olarak sonuçlandı. Palmar histopatolojide, püstüllerin altında epidermisi infiltre eden ve yüzeyel dermise uzanan, belirgin nükleollü büyük pleomorfik atipik lenfoid hücreler izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede yaygın CD4 pozitifliği ve epidermis ile yüzeyel dermiste yoğun kümeleşme görüldü. Neoplastik infiltratta fokal CD30 pozitifliği ile birlikte yüksek proliferatif aktivite mevcuttu ve Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %65 olarak değerlendirildi (Şekil 2a–c). Pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografi incelemesinde bilateral aksiller, eksternal iliak ve inguinal bölgeleri içeren çoklu lenfadenopatiler izlendi ve bunlarda hafif-orta derecede florodeoksiglukoz tutulumu saptandı (SUVmax: 1.5–2.3). Sağ aksiller lenf nodundan alınan tru-cut biyopsi MF tutulumunu gösterirken, genel lenf nodu mimarisi korunmuştu. Laboratuvar incelemelerinde yüksek beta-2 mikroglobulin düzeyi (3537 µg/L; referans aralığı: 800–2400 µg/L), nötrofili eşlik eden lökositoz ($14.52 \times 10^3/\mu L$ /$11.48 \times 10^3/\mu L$) ve belirgin yüksek total IgE düzeyi (3356 IU/mL; referans aralığı: < 100 IU/mL) saptandı. Klinik, histopatolojik ve radyolojik bulgular doğrultusunda hasta, Kutanöz Lenfomalar için National Comprehensive Cancer Network Klinik Uygulama Rehberi'ne göre evre IIA (T2N2M0) olarak değerlendirildi. Multidisipliner değerlendirme sonrasında Brentuximab

Vedotin tedavisi başlandı ve püstüler lezyonlar ile infiltre plaklarda iyileşme ve hasta kaşıntısında belirgin gerileme görüldü

Şekil 1: Avuç İçlerinde Püstüler Lezyonlar



Püstüler lezyonlardan alınan biyopsi BHT ile uyumlu sonuçlandı.

Şekil 2: Histopatolojik ve İmmunhistokimyasal Bulgular



A: Epidermis altında intraepidermal püstül ve retiküler ile papiller dermiste büyük, atipik lenfosit infiltrasyonu görüldü. B: Epidermis ve yüzeyel dermiste CD4+ lenfosit kümelenmesi izlendi. C: Yüzeyel dermiste fokal CD30+ pozitiflik izlendi.

Sonuç: Bu olgu, klinik olarak püstüler psoriasis veya palmoplantar püstülozu taklit eden palmoplantar püstüler lezyonların bulunmasına rağmen histopatolojik incelemede MF'nin BHT varyantının gösterilmesi nedeniyle dikkat çekicidir. MF'nin püstüler varyantı son derece nadir bildirilmiş olmakla birlikte, histopatolojik olarak doğrulanmış BHT ile birlikte görülen palmar püstüler lezyon birlikteliği literatürde oldukça nadir görünmektedir. Bu alışılmadık klinik sunumun tanınması, MF'nin bu agresif varyantında daha erken tanı ve uygun tedavi yönetimine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Mikozis Fungoides, Büyük Hücre Transformasyonu, Püstül

Yayın No: P-107
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Tip 1 Kriyoglobulinemik Vaskülit: Multipl Myelomun İlk Klinik Bulgusu

Mustafa Ürün[1], Yıldız Gürsel Ürün[1], Çağrı Enes Yılmaz[1]

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

Giriş ve Amaç: Kriyoglobulinemik vaskülit (KV), düşük sıcaklıkta presipite olup 37°C'de yeniden çözünebilen immünoglobulinlerle ilişkili, immün kompleks aracılı bir küçük damar vaskülitidir. Bu immünoglobulinler, özellikle soğuğa maruz kalan akral bölgelerde vasküler endotelde birikerek kompleman aktivasyonuna, inflamasyona ve oklüzif vaskülopatiye neden olabilir. Klinik spektrum sıklıkla palpabl purpura, artralji, periferik nöropati ve renal tutulum gibi sistemik bulguları içerir.Kriyoglobulinemi, etyopatogeneze göre tip I (monoklonal) ve tip II/III (mikst) kriyoglobulinemiler olarak sınıflandırılır. Tip I kriyoglobulinemi genellikle hematolojik maligniteler ile ilişkiliyken, tip II/III kriyoglobulinemiler daha çok kronik enfeksiyonlar ve otoimmün hastalıklarla ilişkilidirler. Multipl Myelom, monoklonal immünoglobulin üretimi nedeniyle Tip I kriyoglobulinemiye yol açabilen nadir fakat önemli nedenlerden biridir. Bazı olgularda KV, altta yatan hematolojik hastalığın ilk klinik bulgusu olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenle, özellikle atipik seyirli veya tedaviye dirençli olgularda altta yatabilecek okkült malignitenin araştırılması erken tanı açısından büyük önem taşır.

Olgu: Yaklaşık bir aydır alt ekstremitelerde morarma ve ülserasyon şikayeti olan 68 yaşındaki kadın hasta, Mart 2025'te polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral bacaklarda ve ayaklarda, soğukta artan, nekroz ve büllerin eşlik ettiği retiform purpura ile yaygın ödem saptandı. Özgeçmişinde hipertansiyon ve osteoporoz bulunan hastanın irbesartan/hidroklorotiyazid ve alendronat kullandığı öğrenildi. Sağ bacaktaki purpurik lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde trombotik vaskülopati ile uyumlu değişiklikler izlendi. Direkt immünofloresan incelemesinde damar duvarı ve lümeninde IgG, IgM ve C3 birikimi saptandı. Laboratuvar incelemesinde kriyoglobulin düzeyi, referans üst sınırının yaklaşık 100 katı üzerindeydi; C3 ve C4 düzeyleri normal sınırlardaydı. Serum ve idrar immünelektroforezinde IgG kappa monoklonal gamopati ile birlikte serum serbest kappa düzeyinde artış saptandı. Hematoloji tarafından yapılan değerlendirmede hastada önemi belirsiz monoklonal gamopati (MGUS) ile ilişkili tip 1 KV düşünüldü ve hasta takibe alındı. Hastaya tarafımızca yüksek doz sistemik kortikosteroid ve kolşisin tedavisi başlandı. Klinik yanıt alınamaması üzerine rituksimab tedavisi uygulandı ve lezyonların büyük kısmında belirgin iyileşme gözlendi. İzlem sürecinde periferik kanda immünoglobulin düzeylerinde düşüş saptanması üzerine hasta yeniden hematolojiye konsülte edildi. Vertebra manyetik rezonans görüntülenmesinde L2 vertebra korpusunda plazmositom ile uyumlu lezyon saptandı. Klinik, laboratuvar ve görüntülenme bulgularının birlikte değerlendirilmesi sonucunda hematoloji tarafından hastaya multipl myelom tanısı konuldu.

Resim 1



Bilateral bacaklarda nekrozun eşlik ettiği retiform purpura.

Resim 2



Vertebra MR görüntülemede L2 vertebra korpusunda plazmositom ile uyumlu lezyon.

Sonuç: Bu olgu, Tip 1 KV'nin; multipl myelom gibi sinsi seyirli hematolojik malignitelerin klinik olarak henüz sessiz olduğu dönemde ilk ve tek klinik bulgu olarak ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Tip 1 KV'nin monoklonal gamopati ve hematolojik malignitelerle ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda, MGUS ile izlenen hastalarda, tedaviye dirençli kutanöz bulgular ve trombotik vaskülopati paterni varlığında ileri hematolojik değerlendirme düşünülmelidir. Tip 1 KV'de normal kompleman düzeyleri klinisyeni yanıltmamalıdır; atipik seyirli olgularda altta yatan multipl myelom gibi plazma hücre diskrazileri açısından yakın hematolojik izlem ve gerektiğinde yeniden değerlendirme önem taşır. Sonuç olarak, dermatolog ve hematolog arasındaki multidisipliner iş birliği, hastanın monoklonal gamopatiden sistemik kemoterapi gerektiren neoplazi evresine ilerleyişinin erken saptanmasında kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tip 1 Kriyoglobulinemik Vaskülit, Multipl Myelom, Retiform Purpura

Yayın No: P-108
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Birt-Hogg-Dubé Sendromu: Fibrofollikülomdan Genetik Tanıya Uzanan Bir Olgu

Eren ERSUN[1], İlkay CAN[1], Pelin HIZLI[1], Arzu KILIÇ[1], Gülay TURAN[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Birt-Hogg-Dubé sendromu (BHDS), folikülin (FLCN) genindeki mutasyonlar sonucu gelişen, otozomal dominant kalıtılan nadir bir genodermatozdur. Sendrom; fibrofolikülom başta olmak üzere karakteristik kutanöz lezyonlar, pulmoner kistler, spontan pnömotoraks ve renal neoplaziler ile ilişkilidir. Kutanöz bulgular çoğu zaman hastalığın ilk belirtisi olup tanıya giden süreçte dermatologlar önemli rol oynamaktadır.Fibrofolikülom tanısı alan bir hastada Birt-Hogg-Dubé sendromunun tanısal yaklaşımını ve multidisipliner değerlendirme sürecini sunmak.

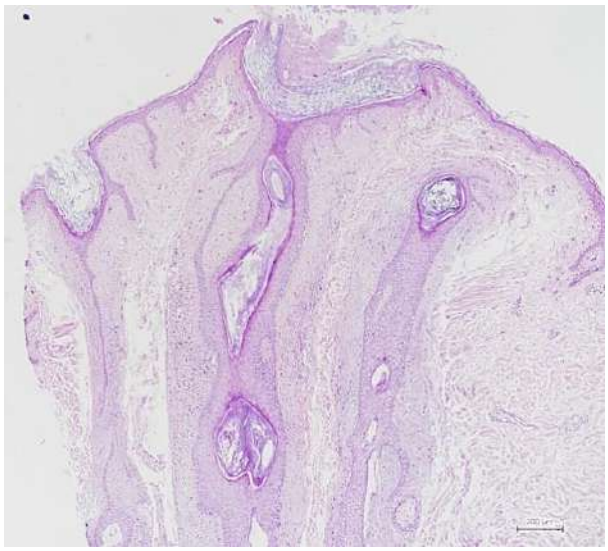
Olgu: Otuz yaşında erkek hasta, vücudunda bulunan sivilce benzeri lezyonlar nedeniyle üniversitemiz Dermatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde multiple skleroz nedeniyle teriflunomid kullanımı mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde boyunda (Resim 1a), sternum çevresinde (Resim 1b) ve sırtta (Resim 1c) çok sayıda deri renginde papül saptandı. Sırttaki bir papülden fibrofolikülom, bazal hücreli karsinom, nörofolliküler hamartom ve perifolliküler fibrom ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermiste hafif ortokeratoz, dermise doğru genişleyen kıl folikülleri ve bunların çevresinde epitelyal uzantılar izlendi, (Resim 2); bulgular fibrofolikülom ile uyumlu olarak değerlendirildi. Klinik ve histopatolojik olarak fibrofolikülom düşünülen hasta, Birt-Hogg-Dubé sendromu ön tanısıyla genetik inceleme amacıyla Tıbbi Genetik Bölümüne konsülte edildi.Yapılan genetik analizde FLCN gen mutasyonu saptanması üzerine hasta, sendroma eşlik edebilecek sistemik tutulumlar açısından ilgili branşlara yönlendirildi.Göğüs Hastalıkları değerlendirmesi kapsamında çekilen kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografisinde akciğerde kistik lezyon izlenmedi. Gastroenteroloji bölümü tarafından kolonoskopi önerildiği ancak hastanın işlemi kabul etmediği öğrenildi. Üroloji değerlendirmesi sonrası çekilen kontrastlı abdomen ve pelvis bilgisayarlı tomografisinde renal veya diğer abdominal organlara ait kitlesel lezyon saptanmadı. Aile öyküsünde birinci derece akrabalarda benzer deri lezyonlarının bulunduğu öğrenildi ve akrabalarına da genetik danışmanlık ile FLCN mutasyonu açısından tarama önerildi.

Resim 1a



Servikal bölgede multiple deri rengi papüller

Resim 2



Epidermiste hafif ortokeratoz, dermiste, infundibuler segmentleri belirgin şekilde dilate olan kıl folikülleri, foliküllerden çevre fibrotik stromaya doğru ince, anastomoz yapan epitelyal kord ve trabeküller uzantılar, perifoliküler konsantrik fibrozis izlenmektedir.

Sonuç: Birt-Hogg-Dubé sendromu (BHDS), FLCN genindeki patojenik varyantların neden olduğu; kutanöz, pulmoner ve renal bulgularla karakterize otozomal dominant bir tümör yatkınlık sendromudur. Fibrofolikülomlar genellikle yüz, boyun ve üst gövdede çok sayıda deri renginde papül şeklinde ortaya çıkmakta ve sistemik hastalığın ilk klinik bulgusu olabilmektedir. BHDS'de pulmoner kistler sık görülmekte ve spontan pnömotoraks riskini artırmakta; renal tutulum ise özellikle kromofob renal hücreli karsinom ve hibrit onkositik/kromofob tümörler şeklinde ortaya çıkabilmekte ve hastalığın en önemli komplikasyonlarından birini oluşturmaktadır. Ayrıca parotis tümörleri, tiroid nodülleri ve neoplazileri ile kolorektal polip ve neoplaziler bildirilmiş olmakla birlikte, bunların BHDS ile ilişkisi renal ve pulmoner bulgular kadar kesin değildir. Olgumuzda pulmoner kist veya renal kitle saptanmamış olması, ilerleyen dönemde gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle düzenli izlemin gerekliliğini ortadan kaldırmamaktadır. Sonuç olarak, özellikle genç yaşta çok sayıda fibrofolikülom saptanan hastalarda BHDS akılda tutulmalı; genetik doğrulama sonrasında başta renal ve pulmoner tutulum olmak üzere sistemik komplikasyonlar araştırılmalı ve otozomal dominant kalıtım nedeniyle aile bireylerine genetik danışmanlık ve uygun tarama önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fibrofollikülom, Birt-Hogg-Dubé, FLCN mutasyonu

Yayın No: P-109
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Persitan Saçlı Deri Eritemi Ve Donuk Kulak Bulgusu İle Başvuran Demodikozis Olgusu

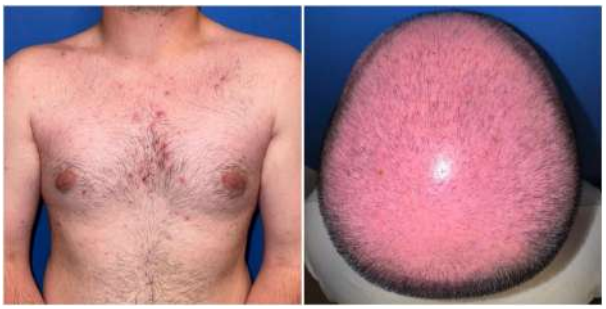
Hülya Albayrak[1], Yaren Danik[1], Sema Aytekin[1]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

Giriş ve Amaç: Demodeks akarları insan derisinde pilosebase ünitede yerleşen fırsatçı parazitlerdir. Yoğunlukları arttığında rozasea, pitriyazis follikülorum ve demodektik folikülit gibi tablolara yol açabilirler. Saçlı deri tutulumu genellikle kaşıntı, kepeklenme ve eritemle seyrederken; nadiren skatrisyel alopesi klinikleriyle karışabilir veya androgenetik alopesiyi maskeleyebilir. Bu sunumda, skatrisyel alopesi ve bağ dokusu hastalıklarını taklit eden, dermoskopik ve histopatolojik olarak kanıtlanmış atipik bir demodektik folikülit olgusu sunulmaktadır.

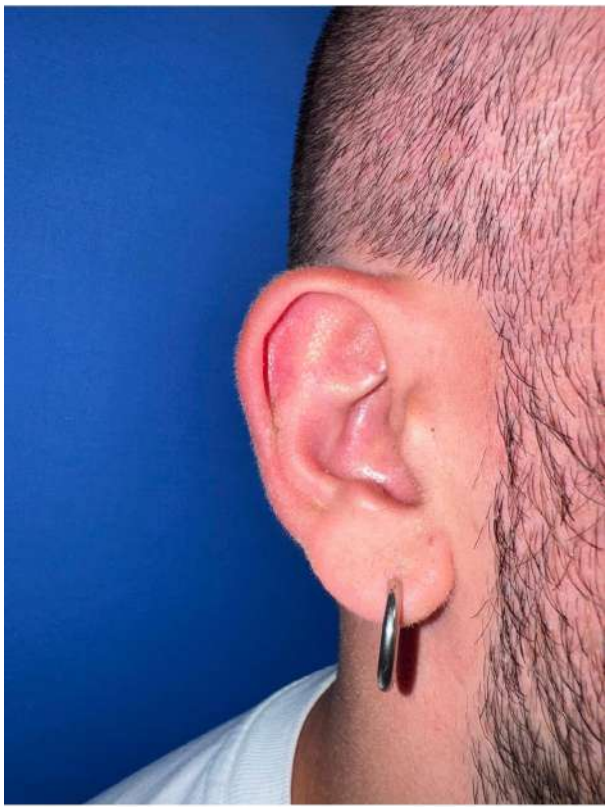
Olgu: Yirmi yaşında erkek hasta, saçlı deride yaklaşık beş yıldır devam eden yaygın kızarıklık ve dökülme şikayetiyle başvurdu. Hastanın yanma, batma veya kaşıntı gibi ek bir semptomu yoktu. Özgeçmişinde 2023 yılında yapılan saçlı deri biyopsi sonucunun demodektik folikülit ile uyumlu geldiği, ancak düzenlenen topikal tedavileri kullanmadığı öğrenildi. Fizik muayenede saçlı deride yaygın belirgin eritem görünümü [Resim 1], androgenetik paternde saç dökülmesi, dış kulak yollarında donuk kulak (frosty ears) görünümü [Resim 2], alın ve şakak bölgesinde eritemli zemin üzerinde hafif skuamlar izlendi. Gövdede ise papüler akneiform lezyonlar mevcuttu [Resim 3]. Dermoskopik incelemede alın, şakak ve frontal saç çizgisi sınırında folliküler açıklıklardan dışarı uzanan parazit kuyrukları (demodex tails) saptandı. Standardize yüzeyel deri biyopsisi (SSSB) incelemesinde parazit yoğunluğu saçlı deride 14 adet/cm², frontal bölgede ise 12 adet/cm² olarak yüksek düzeyde bulundu. Dermatomiyozit, diskoid lupus eritematozus, demodektik folikülit ve folikülitis dekalvans ön tanılarıyla saçlı deriden alınan punch biyopsi mikroskopisinde; yüzeyde ortokeratoz, spongiyoz, irregüler akantoz ve lenfosit egzositozu izlendi. Sekiz-dokuz adet follikülosebaseöz ünitenin izlendiği kesitlerde, folikül trasesi boyunca kıl şaftı çevresinde yerleşim gösteren yuvarlak mite yumurtaları ve bizzat parazit gövdeleri saptandı. Papiller dermiste lenfosit ağırlıklı perivasküler infiltrasyon ve seyrek eozinofiller eşlik etmekte olup, bulgular demodikozis ile uyumlu olarak değerlendirildi. Yaygın klinik tutulum (saçlı deri, yüz, gövde), yüksek akar yoğunluğu ve geçmişteki topikal tedavi uyumsuzluğu nedeniyle hastaya sistemik doksisiklin (100 mg/gün) ve topikal %5 metronidazol krem tedavisi başlandı.

Resim 1



Saçlı deride yaygın eritem ve gövdede papüler akneiform lezyonlar

Resim 2



Donuk kulak

Sonuç: Saçlı deride uzun süreli eritem ve dökülme ile başvuran genç erkek hastalarda, klinik tablo bağ dokusu hastalıklarını veya skatrisyel alopesileri taklit etse bile mutlaka demodikozis akılda tutulmalıdır. Dermoskopide saptanan "donuk kulak" ve "demodeks kuyrukları" gibi spesifik bulgular, tanısal biyopsi gereksinimini azaltabilecek değerli ipuçları sunar. Yaygın tutulum gösteren ve tedavi uyumsuzluğu olan olgularda sistemik doksisiklin ile topikal antiparaziterlerin kombinasyonu hem inflamasyonu kontrol altına almada hem de paraziter yükü azaltmada oldukça etkilidir.

Anahtar Kelimeler: demodektik folikülit, donuk kulak, demodikozis

Yayın No: P-110
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

ALOPESİ UNİVERSALİSİN UPADASİTİNİB İLE BAŞARILI TEDAVİSİ

ULKAR JAFAROVA[1]

[1]BUCA EAH

Giriş ve Amaç: Alopesi areata (AA), hem pediatrik hem de erişkin popülasyonlarda skarbırakmayan saç dökülmesi ile karakterize, otoimmün kökenli, kronik enflamatuarbir hastalıktır. Alopesi Areata, saçlı deride kısmi dökülme ile karakterize olup ensık görülen formdur. Alopesi Totalis, saçlı derideki tüm saçların tamamen kaybıylaseyrederken; Alopesi Universalis, saçlı deri dâhil tüm vücut kıllarının döküldüğü,hastalığın en ağır formunu oluşturur. AA'da hastaların %34-%50'sinde bir yıl içindeyeniden saç büyümesi meydana gelirken, %15-%25'i Alopesi Totalis'eilerlebilmektedir. Alopesi areata dünya genelinde insanların yaklaşık %2'sinietkiler. Alopesi üniversalis'in ise popülasyonun yalnızca yaklaşık %0,03'ünüetkilediği düşünülmektedir.

Yöntem: 25 yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta; 16 yıldır tüm vücutta kıldökülmesi şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede SALTskoru %100 olarak saptandı ve Alopecia universalis tanısı konuldu.Hastaya ilk olarak, dozu hastaya göre ayarlanarak 1 yıl süreyle sistemikmetilprednizolon tedavisi verildi. İlaç kullanımı sırasında kısmi düzelme izlense detedavi sonlandırıldığında yeniden kıl dökülmesi gelişti. Bunun üzerine 2018 yılındasiklosporin 300 mg/gün başlandı ve yaklaşık 1 yıl kullanıldı; ancak beklenen yanıtelde edilemedi. Ardından 20 mg/hafta metotreksat tedavisi 8 ay uygulandı, ancakfayda sağlanmadı.Bu süreçte başlanan tofasitinib tedavisi ile 6. ayın sonunda saçlarda yaklaşık %20oranında çıkış gözlendi; ancak kaş ve kirpik çıkışı olmadı. Tofasitinibin kesilmesininardından barisitinib 4 mg/gün tedavisi başlandı ve 6 ay uygulandı; bu tedaviye deyanıt alınamaması üzerine upadasitinib 30 mg/gün tedavisine geçildi. Tedavinin3. ayında SALT skoru %80, 1. yılın sonunda ise %60 olarak ölçüldü ve kaş ilekirpiklerde belirgin çıkış saptandı. Hasta halen upadasitinib tedavisine devametmekte olup tedaviye bağlı herhangi bir yan etki gözlenmemiştir.

Bulgular ve Sonuç: TARTIŞMAAlopecia areata ve alopecia universalis tedavisinde amaç saçfollikülündeki inflamasyonu baskılamak ve yeniden saç çıkışınıuyarmaktır. Lokalize olgularda topikal veya intralezyonel kortikosteroidler,topikal minoksidil ve immünoterapi gibi yöntemler ilk basamaktakullanılabilir. Yaygın ve dirençli hastalarda sistemik kortikosteroidler,metotreksat, siklosporin, azatiyoprin gibi immünsupresif ajanlardenenebilir; ancak bu ilaçların yan etki profilleri ve tedavi kesildiğindenüks riski yüksektir.Son yıllarda Janus kinaz (JAK) inhibitörleri tedavide önemli bir gelişmesağlamıştır. Tofasitinib, barisitinib, ruksolitinib ve upadacitinib gibi JAKinhibitörleri, IFN-γ aracılı JAK-STAT sinyal yolunu baskılayarak hem saçhem de kaş-kirpik çıkışında belirgin iyileşme sağlayabilmektedir; genişserilerde %30–70 arasında yanıt oranları bildirilmiştir (2).Upadacitinib ile yapılan olgu

serilerinde 6–12 ay içinde SALT skorundaanlamlı düşüş ve kaş-kirpik çıkışı sağlandığı, tedavinin genellikle iyi tolereedildiği bildirilmektedir Smith JR ve ark.,'nın yayınladığı olgu raporunda, diğer tedavilere yanıtvermemiş bir universalis hastasında upadacitinib tedavisinin 6 aylıkkullanımının ardından anlamlı saç çıkışı ve kaş/ kirpiklerin belirgindüzeyde iyileştiği bildirilmiştir .Wang E. Ve ark. 'nın yayınladığı olgu serisi ve literatür özetinde alopesiareta ve alopesi areta hastalarında upadasinib kullanımı ile SALT skorundaanlamlı düşüş ve kozmetik olarak fark edilir saç çıkışı sağlandığıgözlemlenmiştir .Güncel kılavuz ve derlemeler, sınırlı olgularda topikal veya intralezyoneltedavilerin, yaygın ve dirençli olgularda ise sistemik immünsupresifler veözellikle JAK inhibitörlerinin basamaklı biçimde kullanılmasınıönermektedir. Bu nedenle, alopecia areata ve alopecia universalistedavisinde güncel yaklaşımlar JAK inhibitörlerini giderek daha önemli birtedavi seçeneği olarak öne çıkarmaktadır

Anahtar Kelimeler: alopesi, upadasitinib

Yayın No: P-111
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Çocukluk Çağında Besin Alımıyla Tetiklenen Unilateral Fasiyal Eritemin Nadir Bir Nedeni: Frey Sendromu

Ezgi Kaçar Karahan[1], Berat Karahan[1], Necip Enis Kaya[1], Emine Çölgeçen[1]

[1]Yozgat Bozok Üniversitesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Frey sendromu (aurikulotemporal sendrom), aurikulotemporal sinirin etkilenmesi sonucu özellikle besin alımıyla tetiklenen, yüzün belirli bir bölgesinde geçici kızarıklık, ısı artışı ve/veya terleme ile karakterize nadir bir klinik tablodur. Erişkinlerde sıklıkla parotis cerrahisi veya travma sonrasında görülürken çocukluk çağında oldukça nadirdir. Çocuklarda besin tüketimiyle ilişkili ortaya çıkması nedeniyle özellikle besin alerjileri ve çeşitli dermatolojik hastalıklarla karışabilmektedir. Bu olguda rekürren unilateral fasiyal eritem ile başvuran üç yaşındaki bir çocukta Frey sendromunun klinik özelliklerinin ve ayırıcı tanıdaki öneminin vurgulanması amaçlandı.

Olgu: Üç yaşında kız hasta, yaklaşık yedi aydır tekrarlayan sol yanak kızarıklığı şikâyetiyle dermatoloji polikliniğinde değerlendirildi. Dermatolojik muayenede sol yanakta hafif eritem ve lokal ısı artışı saptandı. Yüzeyel deri örneğinde yapılan Demodex incelemesi negatifti. Enfeksiyöz nedenlere yönelik yapılan laboratuvar incelemelerinde enfeksiyon parametreleri normal sınırlarda değerlendirildi. Yakınmanın olduğu bölgeye yönelik yapılan yüzeyel ultrasonografik incelemede sol premaksiller-zigomatik bölgede belirgin solid veya kistik oluşum izlenmedi; renkli doppler ultrasonografide belirgin atipik vaskülarizasyon saptanmadı. Hastanın takiplerinde yakınmalarının özellikle şekerli gıdaların tüketilmesinden sonra arttığı öğrenildi. Besin alımı sonrasında sol yanakta belirginleşen kızarıklığa ısı artışı ve terlemenin eşlik ettiği, ataklar dışında ise cilt görünümünün tamamen normale döndüğü gözlendi. Besin alımıyla rekürren unilateral ve geçici fasiyal eritem, lokal ısı artışı ve terleme birlikteliği nedeniyle Frey sendromu düşünüldü.

Besin alımı sonrası sol yanakta belirginleşen tek taraflı eritem



Sol yanakta Frey sendromu ile uyumlu sınırlı eritemin yakın plan görünümü



Sonuç: Çocukluk çağında besin alımıyla tetiklenen rekürren ve unilateral fasiyal eritem varlığında Frey sendromu ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tipik klinik özelliklerin bilinmesi, özellikle besin alerjisi ile karışmasının ve buna bağlı gereksiz tetkik, tedavi ve besin kısıtlamalarının önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Frey sendromu, aurikulotemporal sendrom, fasiyal eritem

Yayın No: P-112
Bildiri Grubu: Genel / Fotodermatozlar

İnterstisyel Akciğer Hastalığında Pirfenidon Tedavisine Bağlı Gelişen Fotolikenoid İlaç Erüpsiyonu: Bir Olgu Sunumu

Emre ERSUN[1], Ceren ÇİMEN[1], İlkay CAN[1], Arzu KILIÇ[1], Pelin HIZLI[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Likenoid ilaç erüpsiyonu (LİE), klinik ve histopatolojik olarak liken planusu taklit eden, T hücre aracılı nadir bir kutanöz advers ilaç reaksiyonudur. En sık antihipertansifler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve antimalaryallerle ilişkilendirilmekle birlikte son yıllarda farklı ilaç gruplarına bağlı olgular da bildirilmektedir.[6,7] Pirfenidon, interstisyel akciğer hastalıklarının tedavisinde kullanılan antifibrotik bir ajandır ve en sık görülen kutanöz yan etkileri fotosensitivite ile fototoksik reaksiyonlardır.[8,9] Pirfenidona bağlı likenoid ilaç erüpsiyonu ise oldukça nadir olup literatürde yalnızca sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir.[1–5] Bu olguların çoğunda lezyonların güneşe maruz kalan alanlarda yerleşmesi, fototoksik veya fotoalerjik mekanizmaların patogenezde rol oynayabileceğini düşündürmektedir.[1–5,8,9] Bu yazıda, pirfenidon tedavisinin 16. ayında gelişen ve klinik seyri ile pirfenidon ilişkili fotolikenoid ilaç erüpsiyonu tanısı alan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yetmiş bir yaşında kadın hasta, bilateral el dorsumlarında gelişen mor-viyole lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğine konsülte edildi. Özgeçmişinde iki yıldır interstisyel akciğer hastalığı, tip 2 diabetes mellitus ve hiperlipidemi mevcuttu. Düzenli olarak rosuvastatin ile empagliflozin/metformin kullanıyor, interstisyel akciğer hastalığı nedeniyle yaklaşık 16 aydır pirfenidon tedavisi alıyordu. Lezyonların ortaya çıkmasının ardından dış merkezde yapılan deri biyopsisi liken planus ile uyumlu olarak raporlanmış ve metotreksat tedavisi başlanmış, ancak gastrointestinal yan etkiler nedeniyle tedavi bir ay içinde kesilmişti. Kliniğimize başvurusunda oral mukoza muayenesi normaldi. Dermatolojik muayenede bilateral el dorsumlarından distal önkol ekstansör yüzlerine uzanan mor-viyole infiltre plaklar (Resim 1) ile boyun ve perioral bölgede retiküler görünüm gösteren kahverengi-mor likenoid maküller (Resim 2) izlendi. Lezyonların yalnızca güneşe maruz kalan alanlarda bulunması, önkol fleksör yüzlerinin korunması (Resim 3) ve güneş görmeyen bölgelerde tutulum olmaması nedeniyle pirfenidon ilişkili fotolikenoid ilaç erüpsiyonu düşünüldü.[1–5,8,9] Göğüs Hastalıkları Kliniği ile birlikte pirfenidon tedavisi kesildi ve topikal mometazon furoat %0,1 krem başlandı. Üç ay sonraki kontrolde lezyonlarda belirgin klinik gerileme izlendi. Pirfenidon kullanımı ile zamansal ilişki, fotodağılımlı tutulum ve ilacın kesilmesini takiben gelişen düzelme birlikte değerlendirilerek olgu pirfenidon ilişkili fotolikenoid ilaç erüpsiyonu olarak kabul edildi.[1–5]

Resim 1



Bilateral el ekstensörlerinde proksimal interfalangeal eklemden önkol distaline doğru uzanım gösteren mor-viyole infiltre likenoid plaklar.

Resim 2



Boyun fleksural yüzde retiküler desenli kahve-mor renkli likenoid maküller.

Sonuç: Pirfenidon ilişkili fotolikenoid ilaç erüpsiyonu, giderek daha sık kullanılan bu ilacın nadir ancak tanınması gereken kutanöz advers etkilerinden biridir.[1–5] Klinik ve histopatolojik olarak liken planus ile büyük benzerlik göstermesi tanıda gecikmeye ve gereksiz immünsüpresif tedavilere neden olabilmektedir.[6,7] Olgumuzda lezyonların belirgin fotodağılımlı yerleşim göstermesi, pirfenidon tedavisi ile zamansal ilişkisinin bulunması ve ilacın kesilmesini takiben belirgin gerileme izlenmesi tanıyı güçlü şekilde desteklemiştir. Ayrıca reaksiyonun tedavinin 16. ayında ortaya çıkması, bu advers etkinin yalnızca erken dönemde değil uzun süreli kullanım sonrasında da gelişebileceğini göstermektedir.[4,9] Pirfenidon kullanan hastalarda özellikle güneşe maruz kalan alanlarda gelişen likenoid lezyonlarda fotolikenoid ilaç erüpsiyonu ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli, ayrıntılı ilaç öyküsü sorgulanmalı ve uygun olgularda ilacın kesilmesi gereksiz immünsüpresif tedavilerin önüne geçebilir.

Anahtar Kelimeler: Pirfenidon, Fotolikenoid İlaç Erüpsiyonu, İntersitisyel Akciğer Hastalığı

Yayın No: P-113
Bildiri Grubu: Genel / Bağ doku hastalıkları

Bleomisine Bağlı Gelişen Sklerodermoid Sendrom: Olgu Sunumu

Berat Aktaş[1], Nilgün Şentürk[1]

[1]Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

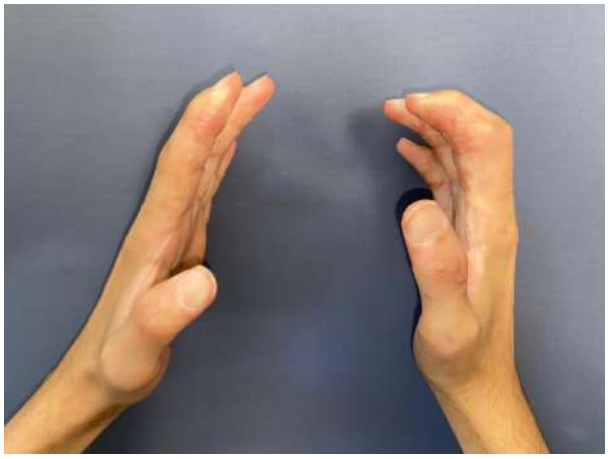
Giriş ve Amaç: Bleomisin, özellikle germ hücreli testis tümörlerinin tedavisinde kullanılan sitotoksik bir kemoterapötik ajandır. Bleomisin-etoposid-sisplatin (BEP) protokolü, testis kanserlerinde yüksek tedavi başarısı nedeniyle standart tedavi yaklaşımları arasında yer almaktadır. Bleomisin kullanımına bağlı pulmoner fibrozis, flagellat eritem, hiperpigmentasyon ve Raynaud fenomeni gibi çeşitli kutanöz ve sistemik yan etkiler tanımlanmıştır. Ancak bleomisine bağlı gelişen sklerodermoid reaksiyonlar oldukça nadir görülmekte olup literatürde sınırlı sayıda olgu bildirilmektedir

Olgu: On yedi yaşında erkek hasta, Ocak 2025 tarihinde progresif testis büyümesi nedeniyle üroloji kliniğine başvurmuş. Yapılan klinik değerlendirme ve görüntüleme tetkikleri sonrasında bilateral orşiektomi uygulanmış. Histopatolojik incelemede embriyonel karsinom, yolk sac tümörü ve seminom komponentleri içeren mikst germ hücreli tümör teşhisi konulmuş. Hastaya onkoloji kliniği tarafından değerlendirilerek 3 Mart 2025 tarihinde BEP kemoterapi protokolü başlanmış. Kemoteravi tamamlandıktan yaklaşık 2–3 ay sonra hastada bilateral palmar bölgelerde sert, ağrısız nodüler lezyonlar gelişmiş ve zaman içerisinde parmak eklem hareketlerinde kısıtlılık ortaya çıkmış. Hasta 14 Ekim 2025 tarihinde kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral palmar bölgelerde çok sayıda sert, fikse, sklerotik nodüler lezyon izlendi. Sistemik skleroz açısından yapılan dermatolojik muayenede Raynaud fenomeni, dijital ülserasyon saptanmadı. Deriden alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde kompakt hiperkeratoz, hafif düzenli akantoz ve dermiste belirgin miyofibroblastik proliferasyon görüldü. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde ANA negatif, anti dsDNA pozitif (26,7 IU/ml) , ANA Profili Immunblot testkiklerinden sadece CENP-B pozitif saptandı. Otoantikor sonuçları Romatoloji tarafındandeğerlendirildi. Skleroderma açısından anlamlı düşünülmedi. Hastanın klinik ve histopatolojik bulguları birlikte değerlendirildiğinde bleomisine bağlı gelişen sklerodermoid sendrom tanısı konuldu. İntralezyonel kortikosteroid tedavisi ayda 1 olmak üzere 2 kez uygulandı. Her uygulamada triamsinolon asetonid 1/6 oranında dilüe edilerek intralezyonel olarak uygulandı. Sklerotik nodüllerinde belirgin gerileme olmadı. Hastanın tedaviye devam etmek istememesi nedeniyle tedavi sonlandırıldı

BLEOMİSİNE BAĞLI GELİŞEN SKLERODERMOİD SENDROM



BLEOMİSİNE BAĞLI GELİŞEN SKLERODERMOİD SENDROM



Sonuç: TARTIŞMA : Sklerodermoid reaksiyonlar, dermis ve subkutan dokuda artmış kollajen birikimi ile karakterize olup klinik olarak sistemik sklerozu taklit edebilen nadir durumlardır. İlaç ilişkili sklerodermoid reaksiyonların en iyi tanımlanmış nedenlerinden biri bleomisindir. Bleomisinin fibrotik etkisinin temelinde serbest oksijen radikalleri aracılığıyla gelişen doku hasarı, fibroblast aktivasyonu ve profibrotik sitokin artışı yer almaktadır. Özellikle transforming growth factor-beta (TGF-β) ve interlökin-4 aracılı kollajen sentez artışının fibrotik sürece katkı sağladığı düşünülmektedir.Literatürde bildirilen olgularda çoğunlukla akral bölgelerde deride sertlik, sklerotik plaklar, kontraktür ve eklem hareket kısıtlılığı tanımlanmıştır. Bizim olgumuzda da kemoterapi sonrası kısa süre içerisinde bilateral palmar bölgelerde gelişen sert nodüler-sklerotik lezyonlar ve hareket kısıtlılığı dikkat çekici bulunmuştur.Hastanın genç yaşta olması, lezyonların bleomisin tedavisi sonrasında ortaya çıkması ve histopatolojik incelemede malign infiltrasyon lehine bulgu saptanmaması nedeniyle ilaç ilişkili sklerodermoid reaksiyon ön planda düşünülmüştür..Bleomisine bağlı kutanöz fibrotik reaksiyonların tedavisine ilişkin standart bir yaklaşım bulunmamakta olup kortikosteroidler, immünsüpresif ajanlar ve fizik tedavi seçenekleri bulunmaktadır. SONUÇ : Bleomisine bağlı gelişen sklerodermoid reaksiyonlar nadir görülmekle birlikte fonksiyonel kayba yol açabilen önemli komplikasyonlardır. Özellikle BEP protokolü uygulanan genç hastalarda kemoterapi sonrasında gelişen fibrotik ve sklerotik kutanöz lezyonların tanısında bleomisine bağlı sklerodermoid sendrom akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve

uygun tedavi yaklaşımı, kalıcı kontraktür ve fonksiyon kaybının önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bleomisin, sklerodermoid sendrom

Yayın No: P-114
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Atipik Lokalize Bir Bazoskuamöz Hücreli Karsinoma Olgusu

Sultan Kurtboğan[1], İlknur Yorğun Özdemir[1], Hatice Uce Özkol[1], Fatma Ayaz Yalınkılıç[2], Sena Uçan[1]

[1]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı
[2]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Bazoskuamöz karsinom (BSC), hem bazal hücreli karsinom(BCC) hem de skuamöz hücreli karsinom(SCC) özelliklerini taşıyan, lokal nüks eğilimi ile lenf düğümü ve uzak metastaz yapma olasılığı yüksek olan nadir, agresif bir epitelyal neoplazmdır. BSC, nadir görülen bir melanom olmayan deri kanseri türüdür ve şu anda bu gruptaki tüm malignitelerin yaklaşık %1,2 ila %2,7'sini temsil etmektedir. Bununla birlikte, uygun olmayan biyopsi örneklerinin alınmasından dolayı yetersiz teşhis edildiği de düşünülmektedir, çünkü karakteristik histolojik özellikler genellikle yalnızca derin katmanlarda mevcuttur. Tipik BCC yavaş ilerleyip nadiren yayılırken, BSC çevre dokulara daha fazla saldırır ve lenf bezleri, akciğer veya kemik gibi uzak organlara metastaz gösterebilir. Metastaz yapmış BSC'nin tedavisi daha zordur ve prognozu kötüdür. Bu yüzden daha büyük çaplı, infiltre veya ülsere olan, uzun süredir olup son zamanlarda hızla büyüyen, uygulanan standart BCC tedavilerinden sonra hızla tekrarlayan lezyonlarda BSC'den şüphelenmek önemlidir.

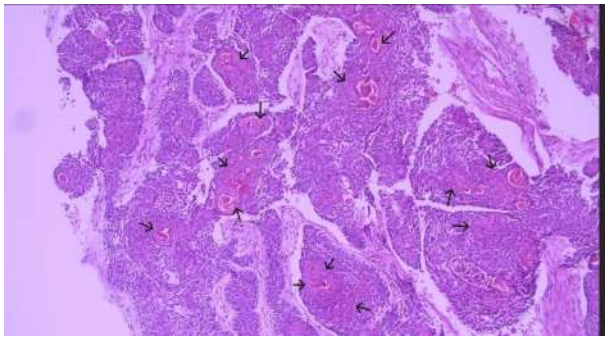
Olgu: 48 yaş erkek polikliniğimize göğsünde 10 yıldır olan ve son 2 yıldır büyüyen, kötü kokuya neden olan büyük yara şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenede sternum üzerinde 11 cm çapında eritemli, düzensiz sınırlı, üzerinde ülsere nodüller olan ekzofitik kitle vardı. Ek hastalık yok, aile öyküsü yok, güneşe maruziyet yok. Hastada ek başka bir şikayet yoktu. Bazoskuamöz karsinom, skuamöz hücreli karsinom, piyoderma gangrenosum, anjiosarkom, bazal hücreli karsinom, malign melanom, kutanöz metastaz, dermatofibrosarkom, kloroma, ülsere plasmositom ön tanılarıyla bir adet punch biyopsi alındı. Oval veya yuvarlak, hiperkromatik ve pleomorfik nukleuslu, dar eozinofilik stoplazmalı, lezyon periferinde palizadik dizilim yapan atipik bazaloid hücrelerden oluşan tümör hücreleri görülen biyopsi sonucu BCC ile uyumlu geldi. Ancak lezyonun büyük çapı, atipik lokalizasyonu, infiltre ve ülsere görünümü dolayısıyla bağımsız bir patolog tarafından tekrar değerlendirildiğinde periferinde palizatlanan bazaloid hücrelerden oluşan tümör adalarında yer yer keratinize görünümde skuamöz diferansiyasyon alanları da görüldü ve BSC olarak tanı aldı. Hasta, tümörün infiltratif büyüme paterni nedeniyle, cerrahi sınırlar BCC'ye göre daha geniş olacak şekilde eksize edildi. Geniş eksizyon ve Mohs mikrografik cerrahisi de dahil olmak üzere cerrahi tedaviler, çoğu klinisyen için tercih edilen tedaviler olmaya devam etmektedir. Şüpheli vakalarda (tümör boyutu > 2 cm, perinöral ve lenfatik invazyon) sentinel lenf nodu biyopsisi, radyoterapi ve görüntüleme takibinin eklenmesi gerekebilir. Radyoterapi, ameliyat sonrası dönemde, yeniden eksizyonun mümkün olmadığı veya hasta tarafından izin verilmediği durumlarda destekleyici bir rol oynayabilir.

Sternum üzerinde büyük ekzofitik kitle



10 yıldır olan, 2 yıldır hızla büyüyen, ortası kolayca kanayan, kabuk bağlayan ancak bir türlü tam olarak iyileşmeyen, ülsere, ekzofitik kitle

BSC'nin histopatolojik görüntüsü



Periferinde palizatlanan bazaloid hücrelerden oluşan tümör adalarında, yer yer keratinize görünümde skuamöz diferansiyasyon alanları (siyah oklar)

Sonuç: BSC tanısı histopatolojik inceleme ile doğrulanır. BSC'nin diğer BCC alt tiplerinden klinik olarak ayırt edilmesi zordur, ancak dermoskopik değerlendirme bazı önemli ipuçları sağlayabilir. BSC'nin dermoskopik paterni, odaklanmamış dallanan damarlar, beyaz yapısal olmayan alanlar, keratin kistleri, ülserasyon veya hemorajik krutlar, beyaz yapılar ve mavi-gri

globüller olmak üzere BCC ve SCC'nin özelliklerini birleştirir. Hem BCC hem de SCC'nin en az bir örtüşen dermoskopik kriterinin saptanması, dermoskopide BSC için endişe verici bir işarettir. Bu, özellikle BSC'nin erken tanısı ve lokal nüks, potansiyel lenf düğümü veya uzak metastaz gibi olası daha sonraki sonuçları önleyebileceğinden çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: bazal hücreli karsinom, bazoskuamöz hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom

Yayın No: P-115
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Periferik Eozinofili Olmaksızın Tek Taraflı Auriküler–Periauriküler Ve Saçlı Deri Yerleşimli Eozinofilik Püstüler Folikülit: Olgu Sunumu

İrem Ertekin[1], Ali İmran Özatak[1], Soner Uzun[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Eozinofilik püstüler folikülit (EPF), steril foliküler papül ve püstüllerle seyreden, histopatolojik olarak pilosebase ünite çevresinde eozinofil ağırlıklı inflamasyon ile karakterize nadir bir dermatozdur. Klasik form çoğunlukla erkeklerde görülmekte olup yüz başta olmak üzere seboreik bölgeleri tutmaktadır. Klinik görünümünün değişken olması ve alışılmadık anatomik yerleşim gösterebilmesi tanıda gecikmeye neden olabilmektedir. Bu bildiride, tek taraflı auriküler–periauriküler bölge ve saçlı deri tutulumu nedeniyle uzun süre farklı tanılarla izlenen, histopatolojik inceleme ile EPF tanısı alan ve düşük doz dapson tedavisine başarılı yanıt veren bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Otuz dört yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıl önce sol retroauriküler bölgede başlayan ve zamanla auriküler konka, dış kulak yolu girişi, periauriküler bölge ve saçlı deriye yayılan; kaşıntı, ağrı, yanma ve batma hissinin eşlik ettiği papülopüstüler lezyonlar nedeniyle başvurdu. Hasta yaklaşık bir yıl boyunca farklı merkezlerde bakteriyel ve fungal folikülit ön tanılarıyla çeşitli sistemik antibiyotik ve antifungal tedaviler kullanmış ancak belirgin tedavi yanıtı alamamış ayrıca eozinofilik anjiyolenfoid hiperplazi ön tanısıyla sistemik metilprednizolon tedavisi başlanmıştı. Dokuz günlük metilprednizolon tedavisine rağmen yakınmalarının artması üzerine kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede sol auriküler konka, dış kulak yolu girişi, periauriküler bölge ve saçlı deride foliküler yerleşimli eritemli papül ve püstüller saptandı. Trikoskopik incelemede perifoliküler eritem, foliküler ostiumlarda sarı-beyaz keratotik materyal ve ince skuam izlendi. Direkt mikolojik inceleme, Wood lambası incelemesi, mantar kültürü ve anti-insan immün yetmezlik virüsü (HIV) testi negatifti. Periferik eozinofili saptanmadı. Histopatolojik incelemede epidermiste spongiyoz ve akantoz ile pilosebase üniteler ile damarlar çevresinde eozinofil ve nötrofilleri içeren mikst inflamatuvar infiltrasyon izlendi ve EPF tanısı doğrulandı. Oral indometazin (50 mg/gün) ve setirizin (20 mg/gün) tedavisi, ilk hafta içinde yakınmalarda artış nedeniyle sonlandırıldı. Eritrosit glukoz-6-fosfat dehidrogenaz aktivitesinin normal bulunmasının ardından dapson 25 mg/gün dozunda başlandı ve iki hafta sonra 50 mg/gün dozuna yükseltildi. İzlemde lezyonlarda belirgin gerileme gözlendi. Bir yıllık takip süresince tedavi altında yeni lezyon gelişmedi; klinik ya da laboratuvar yan etki saptanmadı.

Tedavi öncesi



Tedavi öncesi sol auriküler konka, periauriküler bölge ve saçlı deriye uzanan eritemli alanda foliküler papül ve püstüller, yer yer krutlanma ve dış kulak yolu girişinde sarı renkli eksüdatif materyal.

Tedavi sonrası



Dapson tedavisi sonrası lezyonlarda belirgin klinik gerileme

Sonuç: EPF, özellikle auriküler bölgeyi tutan tek taraflı olgularda enfeksiyöz ve inflamatuvar dermatozları taklit ederek tanıda gecikmeye neden olabilir. Bu olgu, periferik eozinofili bulunmamasının EPF tanısını dışlamadığını ve histopatolojik değerlendirmenin tanıda belirleyici olduğunu göstermektedir. Ayrıca, indometazin tedavisinin sürdürülemediği hastalarda düşük doz dapsonun uzun süreli hastalık kontrolü sağlayabilecek etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini desteklemektedir.Olgumuz; alışılmadık tek taraflı auriküler–periauriküler ve saçlı deri yerleşimi, periferik eozinofili olmaksızın histopatolojik olarak tanı alması ve düşük doz dapson ile başarılı uzun süreli hastalık kontrolü sağlanması nedeniyle EPF'nin ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken nadir bir klinik prezentasyonu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik Püstüler Folikülit, Dapson, Auriküler-periauriküler tutulum

Yayın No: P-116
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

KID Sendromunda Hidradenitis Suppurativa: Tedavi Güçlüğü ve Biyolojik Ajan Deneyimi

Erhan Topal[1], Ayşe Deniz Yücelten[1], Merve Şahin[1], Muhammed Emre Oğraş[1], Tülin Ergun[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Keratitis–Ichthyosis–Deafness (KID) sendromu, GJB2 gen mutasyonları sonucu gelişen nadir bir konneksin bozukluğu olup, keratit, eritrokeratoderma ve konjenital sensörinöral işitme kaybı ile karakterize bir genodermatozdur. Literatürde, bu bulgulara ek olarak folliküler oklüzyon triadının gözlenebildiği nadir olgular da bildirilmiştir. Burada hidradenitis suppurativanın (HS) eşlik ettiği bir KID sendromu olgusu tanımlanmaktadır.

Olgu: Bebeklik döneminden itibaren yaygın kızarıklık, kuruluk, palmoplantar keratoderma ve bilateral sensörinöral işitme kaybı olan 13 yaşında kız hastaya klinik bulguları ve GJB2 mutasyonu saptanması ile KID sendromu tanısı konuldu. Anne ve baba birinci derece kuzen olup ailede benzer hastalık öyküsü yoktu. Hastanın özgeçmişinde aşil tendon kısalığı nedeniyle opere edilme öyküsü mevcuttu. Son bir yıl içerisinde gluteal, perianal ve genital bölgede tekrarlayan ağrılı pürülan akıntılı lezyonlar gelişmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde yaygın kserozis, gövde ve ekstremite proksimallerinde eritrokeratoderma benzeri verruköz hiperkeratotik plaklar; bilateral palmoplantar keratoderma, el sırtı, çene, burun sırtı ve kulak helikslerinde deride kalınlaşma ve kaba, granüler görünüm, katlantı bölgelerinde hiperkeratotik masere plaklar, tırnak distrofisi ile gluteal ve perianal bölgede çok sayıda inflamatuvar nodül, apse ve fistülize akıntılı lezyonlar izlendi. Pelvik manyetik rezonans görüntülemede perineal bölgede yaygın inflamasyon ve HS ile uyumlu bulgular saptandı. Eşlik edebilecek inflamatuvar bağırsak hastalığı açısından yapılan değerlendirmelerde MR enterografi, fekal kalprotektin, ASCA ve p-ANCA sonuçları normal bulundu. Hasta bu bulgular ile KID sendromuna eşlik eden HS olarak değerlendirildi. Sistemik antibiyoterapi, lokal yara bakımı, oturma banyosu ve asitretin tedavisi başlandı. Tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi eklendi. Klindamisin ve asitretin tedavisi ile HS lezyonlarında gerileme olmayan hastaya, ek olarak sekukinumab 300 mg tedavisi başlandı; ancak üç aylık tedavi sonunda klinik yanıt elde edilemedi ve lezyonlarda progresyon izlendi. Bunun üzerine tedavi adalimumab 40 mg ile değiştirildi. Adalimumab sonrası 1. ayda HS lezyonlarında gerileme izlenen hastanın, klinik yanıt ve olası komplikasyonlar açısından yakın takibi devam etmektedir.

Şekil 1: Gövdede yer alan eritrokeratoderma benzeri verruköz hiperkeratotik plaklar ve el sırtında deride kalınlaşma; kaba, granüler görünüm.



Şekil 2: Bilateral glutealarda, mons pubis ve uyluk iç yanda yer alan inflamatuar abse, nodül ve sinüs ağızları.



Sonuç: KID sendromu ve HS birlikteliği oldukça nadirdir. İlk kez Montgomery ve ark. tarafından folliküler oklüzyon triadı (hidradenitis suppurativa, akne konglobata ve dissekan selülit) ile seyreden bir olguda tanımlanmıştır. Bu birlikteliğin temelinde, KID sendromunda görülen epidermal hiperproliferasyonun foliküler orifislerde tıkanmaya yol açması ve bunun sonucunda folikül rüptürü ile kronik inflamasyonun tetiklenmesi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca GJB2 geninin kodladığı konneksin-26 fonksiyon bozukluğunun epitel homeostazı ve inflamatuvar yanıtı bozarak folliküler oklüzyon hastalıklarının gelişimine katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir. KID sendromuna eşlik eden HS'nin tedavisi güçtür. Daha önce bildirilen olgularda antibiyotikler, retinoidler ve adalimumab ile değişken yanıtlar elde edilmiş; ileri evre olgularda cerrahi eksizyonun başarılı olabileceği bildirilmiştir. Bizim olgumuzda ise asitretin, antibiyotik tedavisi ve IL-17A inhibitörü sekukinumaba rağmen klinik progresyon izlenmiş, buna karşın adalimumab tedavisinin ilk ayında klinik gerileme elde edilmiştir. Son dönemde KID sendromuna eşlik eden dissekan selülitli pediatrik bir olguda da adalimumab ile başarılı sonuç bildirilmiş olması, TNF-α inhibisyonunun bu sendromdaki folliküler oklüzyon spektrumunda etkili olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, KID sendromlu hastalarda özellikle gluteal, perianal ve inguinal bölgelerde tekrarlayan nodül, apse ve fistüller geliştiğinde HS akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve uygun sistemik tedavi ile geri dönüşümsüz doku hasarı azaltılabilir. Bu olgu, KID sendromuna eşlik eden nadir HS birlikteliklerinden biri olması ve sekukinumab yanıtsızlığı sonrasında adalimumab ile erken klinik yanıt göstermesi nedeniyle literatüre katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: kid sendromu, hidradenitis suppurativa, biyolojik

Yayın No: P-117
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Yanlış Tanıdan Tam İyileşmeye: Uzun Süreli Mycobacterium marinum Enfeksiyonunun Hedefe Yönelik Antibiyotik Tedavisi ile Başarılı Yönetimi

Zeynep Karacan[1], Nurcan Metin[1]

[1]erzurum şehir hastanesi

Giriş ve Amaç: Mycobacterium marinum, tatlı ve tuzlu su ortamlarında bulunan, travma sonrası gelişen kronik kutanöz enfeksiyonlara neden olabilen tüberküloz dışı bir mikobakteridir. Enfeksiyon genellikle akvaryumlar, balıklar veya kontamine su ile temas sonrasında ortaya çıkar. Klinik bulguların özgül olmaması, histopatolojik incelemelerin değişken sonuçlar vermesi ve kültür pozitifliğinin her zaman sağlanamaması nedeniyle tanı sıklıkla gecikmektedir (1,2). Bu olguda, akvaryum teması sonrası gelişen ve yaklaşık üç yıl boyunca tanı konulamayan, mikrobiyolojik ve histopatolojik yöntemlerle doğrulanamamasına rağmen klinik değerlendirme ve tedavi yanıtı ile tanısı desteklenen bir M. marinum enfeksiyonu sunulmaktadır.

Yöntem: Altmış iki yaşında erkek hasta, sağ el dorsumunda bulunan ve yaklaşık üç yıldır devam eden lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünde, akvaryum temizliği sırasında oluşan küçük bir kesi sonrasında lezyonların geliştiği öğrenildi. Başlangıçta eritemli nodül şeklinde ortaya çıkan lezyonlar zamanla el bileğine ve dirseğe doğru yayılmış, ülseratif görünüm kazanmış ve daha sonra verrüköz plaklara dönüşmüştü.(ŞEKİL1) Daha önce uygulanan topikal betametazon valerat ve fusidik asit tedavilerinden fayda görmemişti.Dermatolojik muayenede sağ el dorsumundan el bileğine uzanan, eritemli zeminde yerleşmiş hiperkeratotik ve infiltratif plaklar izlendi. Sağ dirsek posteriorunda da ek eritemli papülonodüler lezyonlar mevcuttu. Hastada lenfadenopati veya sistemik semptom saptanmadı. Akvaryum teması ve travma öyküsü nedeniyle ön planda M. marinum enfeksiyonu düşünüldü.Mikrobiyolojik incelemelerde mikobakteri kültürü negatif bulundu. Ziehl–Neelsen boyamada aside dirençli basil gösterilemedi. Mycobacterium tuberculosis PCR sonucu negatifti. HIV serolojisi ve rutin laboratuvar testleri normal sınırlardaydı. Punch biyopsi örneğinin histopatolojik değerlendirmesinde granülomatöz inflamasyon saptanmadı; bulgular kronik inflamatuvar sürece bağlı psödolenfoma ile uyumlu olarak raporlandı.Mikrobiyolojik ve histopatolojik incelemeler tanıyı desteklememesine rağmen, karakteristik maruziyet öyküsü ve klinik görünüm nedeniyle enfeksiyon hastalıkları bölümü ile birlikte değerlendirilerek olası M. marinum enfeksiyonu tanısı konuldu. Hastaya klaritromisin (500 mg günde iki kez) ve rifampisin (300 mg günde iki kez) kombinasyonu başlandı. Birinci ay kontrolünde belirgin klinik gerileme izlendi. Yaklaşık üç aylık tedavi sonrasında lezyonlar tamamen iyileşti. Bir yıl sonraki kontrolde yalnızca postinflamatuvar hiperpigmentasyonun kaldığı gözlendi.(ŞEKİL2)

ŞEKİL1



el üzeri hiperkeratotik plak

ŞEKİL2



el üzeri postinflamatuar hiperpigmentasyon ile iyileşme

Bulgular ve Sonuç: M. marinum enfeksiyonu, kronik seyri ve özgül olmayan klinik özellikleri nedeniyle tanısal güçlük oluşturabilmektedir. Negatif kültür, Ziehl–Neelsen boyaması ve histopatolojik bulgular tanıyı dışlamamaktadır. Özellikle akvaryum veya su teması öyküsü bulunan, tedaviye dirençli kronik kutanöz lezyonlarda ayrıntılı anamnez ve yüksek klinik şüphe büyük önem taşımaktadır. Bu olgu, laboratuvar yöntemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda klinik değerlendirme ve tedaviye verilen yanıtın tanısal süreçte belirleyici olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Mycobacterium marinum, Rifampisin, Klaritromisin

Yayın No: P-118
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

İzole Palmar Punktat Porokeratoz: Olgu Sunumu ve Güncel Literatürün Gözden Geçirilmesi

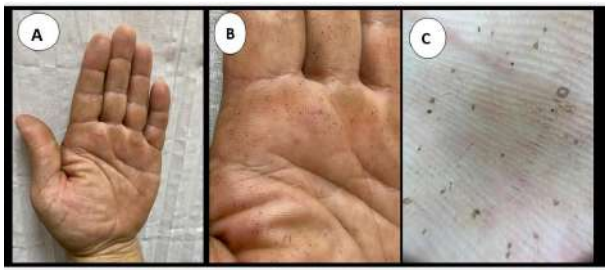
Emre ERSUN[1], İlkay CAN[1], Arzu KILIÇ[1], Pelin HIZLI[1], Gülay TURAN[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Porokeratoz, klinik olarak periferinde karakteristik hiperkeratotik kenar bulunan, histopatolojik olarak kornoid lamella ile tanımlanan nadir bir keratinizasyon bozukluğu grubudur.[10] Güncel moleküler çalışmalar, porokeratozun mevalonat metabolik yolak genlerinde meydana gelen mutasyonlarla ilişkili bir genodermatoz olduğunu göstermektedir.[5,8] Punktat porokeratoz ise avuç içi ve ayak tabanlarında yerleşen milimetrik hiperkeratotik papüller ile seyreden oldukça nadir bir alt tiptir.[2,10,14] Klinik görünümü nedeniyle arsenik keratozu, punktat palmoplantar keratoderma, porokeratotik ekrin ostial ve dermal duktus nevüsü ile viral siğiller başta olmak üzere birçok palmoplantar dermatozla karışabilmektedir.[6,14,15] Bu olgu ile histopatolojik olarak doğrulanmış izole palmar punktat porokeratozun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli bir yaşında erkek hasta, yaklaşık altı yıldır her iki el dorsumunda kaşıntılı lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı, immünsüpresyon veya arsenik maruziyeti öyküsü bulunmuyor, soygeçmişinde benzer deri hastalığı saptanmıyordu. Dermatolojik muayenede sağ el dorsumunda mor-viyole renkli likenifiye plak izlendi. Lezyondan yapılan potasyum hidroksit incelemesinde fungal eleman saptanmadı ve ön planda kontakt dermatit düşünüldü. Ayrıntılı dermatolojik muayenede bilateral palmar bölgede dağınık yerleşimli milimetrik çökük papüller, siyah noktasal keratotik tıkaçlar ve annüler keratotik halkalar dikkati çekti (Resim 1). Ayırıcı tanıda punktat porokeratoz, arsenik keratozu, punktat palmoplantar keratoderma, porokeratotik ekrin ostial ve dermal duktus nevüsü ile viral siğiller düşünüldü. Palmar lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde kornoid lameller, granüler tabakada fokal kayıp ve parakeratoz izlendi (Resim 2); bulgular porokeratoz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya izole palmar punktat porokeratoz tanısı konularak topikal kalsipotriol tedavisi başlandı.

Resim 1.Klinik



A.Sağ el palmar pitting. (Iphone 11 Kamera 1x büyütme) B. Sağ el foto palmar pitting.(Iphone 11 kamera 3x büyütme) C.Sağ el palmar pitting. Dermoskobik fotoğraf.

Resim 2.Histopatoloji



Epidermiste parakeratoz, yer yer açılanma gösteren kornoid lameller, granüler tabakada fokal kayıp ve akantoz, dermiste hafif derecede perivasküler lenfositik inflamatuar hücre infiltrasyonu mevcuttur. (H&E x100)

Sonuç: Punktat porokeratoz, porokeratozun en nadir alt tiplerinden biridir ve yalnızca palmar tutulum göstermesi oldukça seyrektir.[2,10,14] Tanıda klinik bulgular kadar histopatolojik inceleme de büyük önem taşımaktadır.[6,10] Son yıllarda mevalonat metabolik yolak bozukluğunun ortaya konulmasıyla patogenezi hedefleyen topikal lovastatin/kolesterol tedavileri umut verici sonuçlar göstermiştir.[3,5,8,13] Malign transformasyon özellikle lineer porokeratoz, porokeratozis Mibelli ve DSAP alt tiplerinde bildirilirken, punktat porokeratozda oldukça nadirdir.[4,7,9,12] Buna rağmen uzun dönem dermatolojik takip önerilmektedir.[4,7] Bu olgu, izole palmar punktat porokeratozun ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini ve dikkatli dermatolojik muayene ile histopatolojik doğrulamanın önemini göstermektedir.[2,6,10,14,15]

Anahtar Kelimeler: Punktat Porokeratoz, Palmar Pitting, Kornoid Lamel

Yayın No: P-119
Bildiri Grubu: Genel / Kozmetik dermatoloji

Nazal Hiyalüronik Asit Dolgusu Sonrası Gelişen Vasküler Komplikasyonda Erken Multimodal Tedavi ve Ultrasonografik Değerlendirme: Olgu Sunumu

Mustafa ALTUN[1], Ayşe AKMAN[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hiyalüronik asit dolguları, yüz estetiğinde en sık uygulanan minimal invaziv işlemler arasında yer almakta olup güvenilirlik profilleri yüksek olmasına rağmen nadir de olsa vasküler komplikasyonlar gelişebilmektedir. Özellikle nazal bölge; dorsal nazal arter, lateral nazal arter ve angular arter aracılığıyla oftalmik dolaşımla yakın anatomik ilişkisi nedeniyle yüksek riskli alanlardan biri olarak kabul edilmektedir. Vasküler oklüzyonun erken tanınması ve uygun tedavinin gecikmeksizin başlanması, doku nekrozu ve kalıcı kozmetik sekellerin önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Son yıllarda yüksek frekanslı ultrasonografi, dolgu materyalinin lokalizasyonunun belirlenmesi ve tedavi yanıtının değerlendirilmesinde yardımcı bir görüntüleme yöntemi olarak giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bu olguda, nazal hiyalüronik asit dolgu uygulaması sonrası gelişen vasküler komplikasyonun ultrasonografik değerlendirme eşliğinde erken multimodal tedavi ile başarılı yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz beş yaşında kadın hasta, burun dorsumuna estetik amaçlı 0,5 cc hiyalüronik asit dolgu uygulanmasından yaklaşık yedi saat sonra gelişen ağrı, eritem ve ödem nedeniyle kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede burun dorsumu ve bilateral alar bölgelerde yaygın eritem, hassasiyet ile nazal tip ve sol nazal yan duvarda kümelenmiş milimetrik püstüller izlendi. Kapiller dolum zamanı yaklaşık 2 saniye olarak değerlendirildi. Klinik olarak vasküler komplikasyondan şüphelenilmesi üzerine yapılan yüksek frekanslı ultrasonografik incelemede nazal dorsum ve tip bölgesinde dolgu materyali ile uyumlu hipoekoik alanlar ile çevre yumuşak dokuda belirgin ödem saptandı. Klinik ve ultrasonografik bulgular birlikte değerlendirilerek vasküler komplikasyon tanısı konuldu. Dolgu uygulamasından yaklaşık yedi saat sonra yüksek doz seri hiyalüronidaz tedavisi başlandı. İlk uygulamada iskemik alanı kapsayacak şekilde toplam 1500 IU hiyalüronidaz uygulandı; daha sonra klinik yanıt ve kapiller dolum zamanı esas alınarak üç gün boyunca dört saat aralıklarla 500 IU hiyalüronidaz enjeksiyonlarına devam edildi. Tedaviye topikal nitrogliserin, asetilsalisilik asit, enoksaparin, amoksisilin-klavulanik asit, valasiklovir ve tek doz intramüsküler triamsinolon asetonid ile destek tedavileri eklendi. Hiperbarik oksijen tedavisi açısından değerlendirilen hastada ek tedavi gereksinimi olmadığı düşünüldü. İzlem süresince klinik görünüm ve kapiller dolum zamanı seri olarak takip edildi. Tedavi sonunda ağrı, eritem ve püstüler lezyonlarda tam gerileme izlendi; doku nekrozu, skar veya kozmetik deformite gelişmeden tam klinik iyileşme sağlandı.

Sol lateral görünümde püstüler lezyonlar.



Tedavi sonrası tam klinik iyileşme.



Sonuç: Nazal hiyalüronik asit dolgu uygulamalarına bağlı vasküler komplikasyonlarda erken klinik farkındalık, yüksek frekanslı ultrasonografi ile desteklenen değerlendirme ve gecikmeksizin başlanan seri yüksek doz hiyalüronidaz tedavisi başarılı klinik sonuçların elde edilmesinde temel unsurlardır. Sunulan olgu, 1erken multimodal yaklaşım sayesinde doku nekrozu ve kalıcı kozmetik sekellerin önlenebileceğini göstermekte; yüksek frekanslı ultrasonografinin tanıyı desteklemede ve tedavi sürecinin izlenmesinde değerli bir yardımcı yöntem olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dolgu, Komplikasyon, Vasküler

Yayın No: P-120
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Romatoid Artrit, Sjögren Sendromu ve Ailesel Akdeniz Ateşi Hastasında Eş Zamanlı Romatoid Nötrofilik Dermatoz ve Pyoderma Gangrenozum Gelişimi: Olgu Sunumu

Fatma Gamze Baysal[1], Ecrin Elif Aytekin[1], Mehmet Oğuz Erguvan[2], Özben Yalçın[2], Ezgi Aktaş[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi,Tıbbi Patoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Nötrofilik dermatozlar, histopatolojik olarak steril yoğun nötrofilik infiltrasyon ile karakterize, sıklıkla sistemik inflamatuvar, otoimmün ve otoinflamatuvar hastalıklarla ilişkili heterojen bir hastalık grubudur. Romatoid nötrofilik dermatit (RND), romatoid artritin nadir görülen kutanöz bulgularından biri olup eritemli papül, plak, nodül veya anüler lezyonlarla seyreden, histopatolojik olarak vaskülit olmaksızın yoğun nötrofilik infiltrasyon gösteren bir dermatozdur. Pyoderma gangrenozum (PG) ise inflamatuvar bağırsak hastalıkları, romatoid artrit (RA) ve diğer sistemik hastalıklarla ilişkili olabilen, ağrılı ülserlerle karakterize bir diğer nötrofilik dermatozdur. Bu olgu sunumunda, RA, Sjögren sendromu ve Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) birlikteliği zemininde eş zamanlı RND ve PG gelişen nadir bir olgu sunulmuştur.

Yöntem: Yetmiş üç yaşında kadın hasta, her iki pretibial bölgede altı aydır devam eden eritemli papül ve püstüller ile sol pretibial bölgede gelişen ağrılı, hemorajik krutlu ülseratif plak nedeniyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, hipotiroidi, astım, glokom, vertigo, mide nöroendokrin hücre hiperplazisi, osteoporoz, FMF ve yeni tanı aldığı seropozitif RA tanıları mevcuttu.Dermatolojik muayenede her iki pretibial bölgede multipl eritemli papül, püstül ve nodüller ile sol pretibial bölgede yaklaşık 5 × 8 cm boyutunda boyutu giderek artan hemorajik krutlu ülser izlendi. Ayrıca sternal bölgede, omuzda ve proksimal sırtta yer yer sirsine karakter gösteren anüler eritemli infiltre plaklar mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimentasyon hızı 68 mm/saat, romatoid faktör 56,8 IU/mL olarak saptandı, ANA (2+) ve anti-SSA pozitifti. Ayrıntılı anamnezde göz kuruluğu tariflemesi üzerine yapılan Schirmer testi Sjögren sendromu ile uyumlu bulundu.Sol pretibial bölgedeki ülserden alınan kültürde herhangi bir mikroorganizma üremesi saptanmadı. Tüm lezyonlardan deri biyopsileri alındı. Ülserden ve papüllerden alınan 4 mm punch biyopsi örneklerinin histopatolojik incelemesinde dermiste yoğun nötrofilik infiltrasyon ve yer yer histiyositlerin eşlik ettiği püstül oluşumu izlendi. PAS boyası ve direkt immünfloresan inceleme negatif bulundu. Omuzdaki anüler eritemli plaktan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde de benzer şekilde yoğun nötrofilik infiltrasyon saptandı ve direkt immünfloresan inceleme negatif olarak değerlendirildi.Klinik ve laboratuvar değerlendirme sonucunda hasta sistemik lupus eritematozus sınıflama kriterlerini karşılamadı. RA ve FMF tanıları bulunan hastaya eşlik eden Sjögren sendromu tanısı konuldu. Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde, pretibial ülseratif lezyon Piyoderma gangrenozum, pretibial papülopüstüler

lezyonlar ile omuz, proksimal sırt ve sternumdaki anüler eritemli plaklar ise Romatoid Nötrofilik Dermatoz olarak değerlendirildi.Hastaya intravenöz metilprednizolon (0,5 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Romatoid Nötrofilik Dermatoz ile uyumlu lezyonlarda dramatik şekilde tam klinik gerileme izlenirken, Piyoderma gangrenozum ülserinde belirgin küçülme saptandı. Sistemik kortikosteroid dozu kademeli olarak azaltılırken Romatoid Artrit için de etkinlikleri bilinen metotreksat 10 mg/hafta subkutan, folik asit 5 mg/hafta ve hidroksiklorokin 200 mg günde iki kez tedaviye eklendi. Takibinde Romatoid Nötrofilik Dermatoz lezyonlarında nüks izlenmezken, Piyoderma gangrenozum ülserinde belirgin regresyon gözlendi. Hastanın klinik izlemi devam etmektedir.

Bulgular ve Sonuç: Bu olgu, oldukça nadir birliktelik gösteren Romatoid Nötrofilik Dermatoz ve Piyoderma gangrenozum'un aynı hastada eş zamanlı görülmesi ve eşlik eden Romatoid Artrit, Sjögren sendromu ve FMF gibi otoimmün ve otoinflamatuvar hastalıkların birlikte bulunması nedeniyle dikkat çekicidir. Bu olgu nötrofilik dermatozların ortak patogenetik mekanizmalarına dikkat çekmekte ve eşlik eden otoimmün/otoinflamatuvar hastalıkların araştırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nötrofilik dermatoz, Pyoderma gangrenozum, Romatoid nötrofilik dermatit

Yayın No: P-121
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Total Deri Elektron Işınlama ve Gemsitabin Kombinasyonuna ile İyi Yanıt Alınan Tedaviye Dirençli Vezikülobüllöz Mikozis Fungoides Olgusu

Hatice Erdi Şanlı[1], Handan Merve Erol Mart[1], Baran Özden[1], Aylin Heper[2], Tuğfan Köktürk[2], Bengü Nisa Akay[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Mikozis fungoides (MF), en sık görülen kutanöz T hücreli lenfoma olup klasik formu yama, plak ve tümör evreleriyle karakterizedir. MF'in folikülotropik, poikilodermik, hiperpigmente, hipopigmente ve vezikülobüllöz MF gibi çeşitli klinikopatolojik varyantları tanımlanmıştır. Bül oluşumu MF'te nadir görülmekle birlikte, mevcut olduğunda genellikle agresif klinik seyir ve kötü prognoz ile ilişkilendirilmektedir(1). Literatürde elliden az vezikülobüllöz MF vakası yayınlanmıştır(2). Bu formun yeterince tanınmaması, lezyonların diğer büllöz dermatozlarla karıştırılmasına ve tanı, tedavide gecikmelere yol açabilmektedir.

Olgu: Seksen üç yaşındaki kadın hasta, yaklaşık iki yıldır sol ayak dorsumundan başlayarak dize doğru yayılan, kaşıntı ve yanma hissinin eşlik ettiği sulantılı lezyonlar nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede, sol ayak tabanı ve alt ekstremitede Nikolsky bulgusu negatif olan vezikülobüllöz lezyonlar ve erode alanlar görüldü (Figür 1a-b-c). Hasta, başvurusundan önce birçok topikal steroid, antibiyotik ve antifungal içeren kremler kullanmış ancak fayda görmemişti. Benzer lezyonların sağ ayakta da çıkması üzerine allerjik kontakt dermatit, büllöz pemfigoid, vezikülobüllöz MF, nekrolitik migratuar eritem ve kutanöz larva migrans ön tanıları ile çoklu biyopsiler alındı. Standart seri ile yapılan yama testi ve KOH ile dermatofit bakısı negatifti. Histopatolojik incelemede epidermotropizm, subepidermal/intraepidermal ayrılma ile karakterli atipik T lenfosit infiltrasyonu gözlendi. Dermiste lenfositlerin yer yer damar duvarlarını infiltre ettiği görüldü. İmmünhistokimyasal incelemede atipik T lenfositlerin CD3 ve CD4 pozitif, CD7 ve CD8 negatif olduğu saptandı. CD30 infiltratın %30-35'inde pozitifken, Ki67 indeksi %25'ti. Moleküler analizde klonal TCR beta ve gamma gen düzenlenmesi mevcuttu. Direkt immünfloresan mikroskopide immünglobulin birikimi saptanmadı. Bu verilerle patoloji sonucu, sol alt bacaktan alınan biyopsi için plak dönem büllöz MF ve sağ ayak tabanından alınan biyopsi için erken tümöral dönem MF olarak raporlandı (Figür 2). Evreleme amacıyla yapılan periferik yaymada Sezary hücresi görülmedi, flow sitometride kan tutulumu saptanmadı. Yüzeyel USG'de sol inguinal bölgede reaktif lenf nodları mevcuttu. PET-BT'de aynı alanda fokal patolojik aktivite birikimi (SUVmax: 4.2) görülmesi üzerine eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Patolojisi dermatopatik lenf nodu (Dutch:Grade 1 TNM: N1B klon pozitif) olarak sonuçlandı. Hastaya lokal banyo PUVA ve beksaroten jel tedavisi başlandı. İki ay sonraki kontrolde sol alt ekstremitede yeni büller çıkması üzerine brentuksimab vedotin (BV) tedavisine geçildi. Dokuz kür BV sonrası belirgin klinik yanıt alınamadı (Figür 1d-e-f). Sonrasında hastaya total deri elektron ışınlama tedavisi (TSEBT) ve gemsitabin başlandı. Üç seans TSEBT ile beraber üç

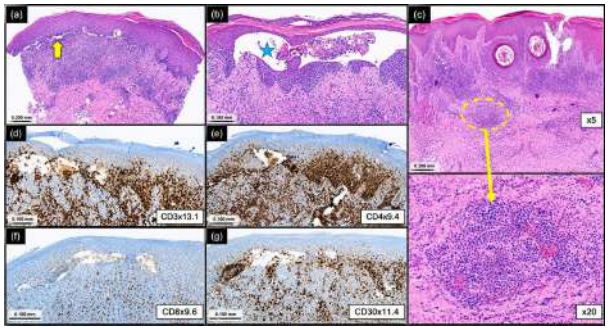
seans lokalize radyoterapi ve dokuz kür gemsitabin sonrasında lezyonlarda belirgin düzelme saptandı (Figür 1g-h-ı).

Figür 1



Sol ayak tabanı ve alt ekstremitede vezikülobüllöz lezyonlar ve erode alanlar (a-b-c) 9 kür Brentuksimab Vedotin sonrasındaki klinik yanıt (d-e-f) 3 seans TSEBT+9 kür Gemsitabin sonrasındaki klinik yanıt (g-h-ı)

Figür 2



Epidermiste akantoz, hafif hiperkeratoz, geniş bir alanda subepidermal ayrılma (Sarı ok); yüzeyel dermisi bant şeklinde dolduran orta şiddette lenfosit infiltrasyonu (a) Bazı alanlarda düzensiz intraepidermal vezikül oluşumu (Mavi Yıldız) (b) Anjiotropizm gösteren atipik T lenfositler (c) İntraepidermal ve dermal atipik T hücreler CD3+,CD4+, CD8+, CD30+ (%30) (d-e-f-g)

Sonuç: MF'de vezikülobüllöz lezyonlar klasik MF lezyonları olan yama ya da plaklar üzerinde gelişebileceği gibi doğrudan da ortaya çıkabilir. Tanı; vezikülobüllöz lezyonların varlığı, tipik MF bulguları, karakteristik histopatolojik özellikler ve otoimmün büllöz hastalıkların dışlanması için negatif direkt immünfloresan bulgularıyla konulmaktadır.Bül oluşumunun patogenezinde Pautrier mikroabselerinin birleşmesi ya da neoplastik T lenfositlerin, keratinositler ile bazal membran arasındaki kohezyonu bozması gibi mekanizmalar sorumlu tutulmaktadır(3). Tedavi yaklaşımı, diğer MF varyantları ile benzer olmakla birlikte, vezikülobüllöz formun prognozu genellikle kötüdür. Literatürde bildirilen olguların yaklaşık yarısında, bül gelişimini takiben bir yıl içinde mortalite izlenmiştir. Ayrıca, bu olgudaki gibi anjiotropizm varlığı hızlı progresyon, kötü prognozla ilişkilendirildiğinden tedavide sistemik ajanlar ön planda düşünülmelidir(4). Tedaviye dirençli MF lezyonlarında TSEBT'i takiben gemsitabin kullanımına ilişkin literatür

oldukça kısıtlı olup, bu kombinasyonun etkili bir kurtarma tedavi seçeneği olabileceği düşünülmektedir(5)

Anahtar Kelimeler: Total deri elektron ışınlama, Gemsitabin, Büllöz Mikozis Fungoides

Yayın No: P-122
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Seropozitif Romatoid Artrit Hastasında Schuster Belirtisi İle Seyreden Diskoid Lupus Eritematozus: Nadir Bir Overlap Olgusu

MUSTAFA HASDEMIR[1], FATMA NUR KUTLU[1], ÖMER KUTLU[1], ATİYE AKBAYRAK[1], ELİF AKÇAY[1]

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Giriş ve Amaç: Giriş:Romatoid artrit (ra), sinoviyal eklemleri hedef alan kronik, sistemik ve erozif bir otoimmün hastalıktır [1]. Diskoid lupus eritematozus (dle) ise lupus spektrumunun sistemik tutulumun nadir görüldüğü, skar bırakan kronik kutanöz formudur [2]. Klinik pratikte bu iki otoimmün hastalığın birlikteliği nadir olup ortak immünolojik mekanizmaları düşündürmektedir [1,2].Dle'de kronik inflamasyona bağlı olarak epidermal atrofi, telenjiektazi ve retiküler pigmentasyonun birlikte izlendiği poikilodermik görünüm gelişebilir.Bu morfolojik prezantasyon literatürde schuster belirtisi olarak tanımlanmıştır. [3].Özellikle saçlı deri tutulumu bulunan hastalarda erken tanı kalıcı skatrisyel alopesinin önlenmesi açısından önemlidir.Trikoskopide perifoliküler skuam, perifoliküler eritem, foliküler keratotik tıkaçlar ve kırmızı noktalar (red dots) aktif hastalığı destekleyen noninvaziv bulgulardır [4].Bu olguda, seropozitif romatoid artrit tanılı bir hastada gelişen, histopatolojik olarak doğrulanmış skatrisyel diskoid lupus eritematozusun klinik, trikoskopik ve histopatolojik özellikleri sunularak bu nadir otoimmün overlap tablosuna dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

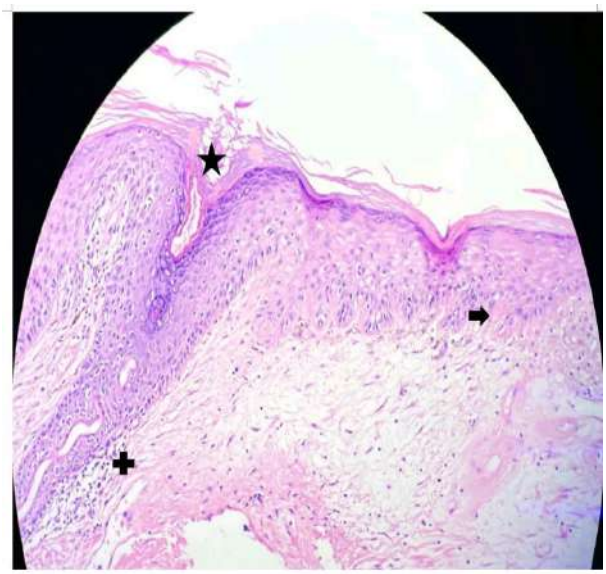
Yöntem: Olgu sunumu:Otuz yedi yaşında kadın hasta, simetrik poliartralji ve uzamış sabah tutukluğu yakınmaları nedeniyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan laboratuvar değerlendirmesinde anti-siklik sitrülinlenmiş peptit (anti-ccp) düzeyi yüksek pozitif, romatoid faktör (rf) pozitif ve antinükleer antikor (ana) negatif olarak saptandı. Klinik ve serolojik bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya seropozitif romatoid artrit tanısı konuldu ve metotreksat ile sülfasalazin tedavisi başlandı.Hasta saçlı deride alopesi ile yüz ve kulakta kutanöz lezyonlar nedeniyle dermatoloji kliniğine yönlendirildi. Lezyonlarının yaklaşık altı yıldır mevcut olduğu öğrenildi.Dermatolojik muayenede vertekste skatrisyel alopesi, yüzde eritemli skuamlı plaklar ve kulak konkasında schuster belirtisi ile uyumlu atrofi, telenjiektazi ve retiküler pigmentasyon izlendi.Trikoskopide perifoliküler skuam, perifoliküler eritem, foliküler keratotik tıkaçlar, kırmızı noktalar (red dots) ve kırmızı globüller saptandı. saçlı deriden alınan punch biyopsisi hiperkeratoz, follikül ağzında keratin tıkaçlar epidermiste yer yer atrofik görünüm, fokal alanlarda lenfosit ekzositozu, bazal tabakada yer yer belirginleşen kalınlaşma, pigment inkontinansı, perivasküler ve periadneksiyel lenfositlerden oluşan inflamasyon ayrıca yüzeyel dermişte bazı damar duvarlarında fibrin birikimi izlenerek DLE ile uyumlu bulundu. Romatoloji tarafından başlanan metotreksat ve sülfasalazin tedavisine dermatoloji kliniğimizce hidroksiklorokin eklendi. Ayrıca topikal takrolimus, topikal kortikosteroid ve skatrisyel alanlara intralezyonel kortikosteroid tedavisi planlandı

Bulgular ve Sonuç: Sonuç:Bu olgu, seropozitif ra hastalarında dirençli kutanöz lezyonlar varlığında sistemik lupus kriterleri bulunmasa dahi izole dle overlapinin akılda tutulması gerektiğini göstermektedir. Schuster belirtisi kronik kutanöz hasarı ve uzun süreli inflamasyonu yansıtan nadir bir morfolojik bulgudur [5].Saçlı deri dle'sinde trikoskopide görülen foliküler keratotik tıkaçlar ve kırmızı noktalar erken tanı ve takip açısından değerli noninvaziv bulgulardır [6].Hidroksiklorokin kutanöz lupusta birinci basamak sistemik tedaviler arasında yer almakta olup romatoid artritte de hastalık modifiye edici ajanlardan biridir [7,8]. Bu nedenle multidisipliner yaklaşım ve erken dermatolojik değerlendirme fonksiyonel ve estetik prognoz açısından önem taşımaktadır.

SCHUSTER BELİRTİSİ



PATOLOJİ



Bazal membranda kalınlaşma(ok),folliküler tıkaç(yıldız) ve perifolliküler hafif inflamasyon(artı) izlenmektedir

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Diskoid lupus eritematozus, Schuster belirtisi

Yayın No: P-123
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Kısa Bağırsak Sendromlu Hastada Kazanılmış Akrodermatitis Enteropatika: Bir Olgu Sunumu

Şevval Bozgeyik[1], Melis Gönülal[1], Melis Gönülal[2], Yaşar Yılmaz[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Akrodermatitis enteropatika, çinko mineralinin bağırsakta emilim bozukluğuyla giden, genetik veya kazanılmış olarak görülebilen nadir bir hastalıktır. Hastalığın klasik triadı akral ve perioral bölgede yoğunlaşan deri lezyonları, diffüz alopesi ve sulu-kansız diyaredir. Kazanılmış formu dışarıdan azalmış çinko alımına (alkolizm, anoreksiya nervosa gibi) veya kronik diyare, Crohn hastalığı, çölyak hastalığı veya kısa bağırsak sendromu gibi hastalıklara sekonder gelişmektedir. Total parenteral nutrisyona bağlı olgular da görülmektedir. Kuru, skuamlı, keskin sınırlı, eritemli ve eroziv lezyonlar akral ve perioral bölgede çinko eksikliğine bağlı görülen klasik lezyonlardır. Skalpte yaygın alopesi ve kuru, kırılgan saçlar görülebilir. Tırnaklarda paronişi ve transvers sırt oluşumu gözlenebilir.

Yöntem: Olgumuz 19 yaşında kadın hasta hastanemiz organ nakli kliniği tarafından tarafımıza perioral ve saçlı deride görülen krutlu, eritemli ve keskin sınırlı lezyonlar ve diffüz alopesi nedeniyle danışıldı. 10 yıl önce mezenter iskemi geçirmesi nedeniyle ince bağırsak rezeksiyonu operasyonu sonucu kısa bağırsak sendromlu olan hastanın fizik muayenesinde perioral bölgede keilit, saçlı deride eritemli zeminde krutlu eroziv keskin sınırlı lezyonlar ile diffüz alopesi görüldü. Total parenteral nutrisyon ile beslenen hastada klinik bulgular çinko eksikliğine sekonder düşünüldü. Hastadan plazma çinko düzeyi istendi. Plazma çinko seviyesi düşük gelen hastaya intrevenöz çinko replasmanı önerildi. Replasman sonrası hastanın deri bulgularında belirgin iyileşme gözlemlendi.

Bulgular ve Sonuç: Çinko, deri dahil olmak üzere tüm vücutta metabolik reaksiyonlarda katalist olmak ve gen ekspresyonu gibi önemli fizyolojik roller oynamaktadır. Deride keratinosit proliferasyonu ve diferansiyasyonunda önemli rol oynamaktadır. Konjenital veya kazanılmış çinko eksikliği akrodermatitis enteropatikanın tipik semptomlarına yol açmaktadır. Klinisyenler, çinko gibi mineral ve vitamin eksikliklerinin alopesi ve akral-perioral bölgede yoğunlaşmış deri lezyonları gibi bulgulara neden olabileceğini akılda tutmalıdırlar. Günümüzde nadir görülen bu vakaların nedeninin çinko eksikliği de olabileceğini akılda tutmak amacıyla olgumuzu literatüre kazandırmayı uygun bulduk.

Perioral bölgede keilit, saçlı deride eritemli zeminde krutlu eroziv keskin sınırlı lezyonlar ile diffüz alopesi.



Perioral bölgede keilit, saçlı deride eritemli zeminde krutlu eroziv keskin sınırlı lezyonlar ile diffüz alopesi.



Anahtar Kelimeler: Kazanılmış Akrodermatitis Enteropatika, Çinko Eksikliği

Yayın No: P-124
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Yeni Tanı HIV Hastasında Orbital Apeks Sendromu,Posterior Sklerit ve VZV Ensefaliti ile Seyreden Herpes Zoster Oftalmicus Olgusu

Mustafa Türkmen[1], Ceyda Vatansever Öztürk[1], Ezgi Aktaş[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi,Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi,Deri ve Zührevi AD

Giriş ve Amaç: Herpes zoster oftalmikus (HZO), latent Varisella zoster virüsünün (VZV) trigeminal sinirin oftalmik dalında reaktivasyonu sonucu gelişen, dermatolojik bulguların yanında nörolojik ve oftalmolojik komplikasyonlara yol açabilen önemli bir klinik tablodur. Hücresel immünitenin baskılandığı bireylerde daha erken yaşta ortaya çıkabilir, daha yaygın inflamasyonla seyredebilir ve antiviral tedaviye dirençli seyredebilir. Postherpetik nevralji en sık komplikasyon olsa da keratit, üveit, sklerit, sekonder glokom, optik nöropati, kraniyal sinir paralizileri, orbital apeks sendromu ve VZV ensefaliti de görülebilir. Bununla birlikte HZO olgularının büyük çoğunluğu standart doz asiklovir tedavisi ile kontrol altına alınmaktadır. Bu olgu sunumunda, HZO ile başvuran ve izlem sırasında yeni HIV enfeksiyonu tanısı alan bir hastada gelişen ağır oküler, orbital ve nörolojik komplikasyon birlikteliğinin sunulması amaçlandı.

Olgu: Bilinen ek hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olmayan 49 yaşında kadın hasta, altı gündür devam eden sol göz çevresi ve alın bölgesinde ağrı, kızarıklık ve su toplayan lezyonlar nedeniyle acil servise başvurdu. Dermatolojik muayenede sol periorbital bölge, üst göz kapağı, burun dorsumunun sol yarısı, alın, temporal ve preauriküler alan ile saçlı deriye uzanan V1 dermatomuna uyan bölgede eritemli-ödemli zemin üzerinde viyolase, masere krutlar ve sarı-kahverengi akıntının eşlik ettiği plak lezyonlar izlendi. HZO ön tanısıyla intravenöz asiklovir (750 mg 3x1), topikal fusidik asit (3x1) ve sekonder bakteriyel enfeksiyon riski nedeniyle intravenöz piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. Hastanın şiddetli klinik seyri nedeniyle araştırılan olası immünsupresyon açısından yapılan tetkiklerde HIV pozitifliği saptandı.Hasta olası oküler ve nörolojik komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntülemesinde HSV/VZV ensefaliti ile uyumlu bulgular izlendi. Şiddetli göz ağrısı nedeniyle yapılan değerlendirmede tutulum olan gözde akut glokom atağı saptandı; mannitol infüzyonu, oral asetazolamid ve topikal antiglokomatöz tedavileri başlandı, lateral kantotomi uygulandı. Antiretroviral tedavi olarak biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid kombinasyonu başlandı. Enfeksiyon hastalıkları tarafından yapılan lomber ponksiyon ile beyin omurilik sıvısında PCR ile VZV pozitifliği saptanarak VZV ensefaliti tanısı doğrulandı.İzlem sırasında ikinci kez akut glokom atağı gelişti. Oküler ultrasonografide posterior sklerit ve vitreus dejenerasyonu saptanması üzerine sistemik ve topikal kortikosteroid tedavileri uygulandı. Asiklovire yanıtsız klinik seyir nedeniyle gansiklovir tedavisi başlandı. Ancak sol gözde iris atrofisi, total sineşi, lens üzerinde iris deşarjı, optik disk solukluğu ve persistan ön segment inflamasyonu gelişti. Bu bulgular orbital apeks sendromu açısından şüpheli olarak

değerlendirildi. Manyetik rezonans venografide serebral venöz sinüs trombozu saptanmadı. Antiviral direnç olasılığı nedeniyle iki kür foskarnet, pulse metilprednizolon ve kademeli azaltılan oral prednizolon tedavileri verildi. Postherpetik nevralji gelişmesi nedeniyle gabapentin başlandı. Son dermatolojik değerlendirmede aktif vezikül izlenmezken; V1 dermatomunda eritemli skar alanları, madarozis mevcuttu. Hastanın oftalmolojik, nörolojik ve enfeksiyon hastalıkları takipleri devam etmektedir.

Sonuç: HZO çoğu olguda standart antiviral tedavi ile kontrol altına alınabilen bir enfeksiyon olmakla birlikte, immünsüpresif hastalarda yaşamı ve görmeyi tehdit eden komplikasyonlarla seyredebilir. Bu olgu, yeni tanı HIV enfeksiyonu zemininde BOS PCR ile doğrulanmış VZV ensefaliti, posterior sklerit, tekrarlayan glokom atakları ve orbital apeks sendromu şüphesinin eşlik ettiği nadir ve ağır bir klinik spektrumu ortaya koymaktadır. Özellikle genç yaşta, ağır seyirli veya tedaviye beklenenden yetersiz yanıt veren HZO olgularında altta yatan immün yetmezliklerin araştırılması ve dermatoloji, göz hastalıkları ile enfeksiyon hastalıklarının yakın iş birliği içinde hareket etmesi kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: herpes zoster oftalmikus, orbital apeks sendromu, foskarnet

Yayın No: P-125
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Omfalolitin Alışılmadık Klinik Sunumu: Umbilikustan Protrüde Olan Kıllar

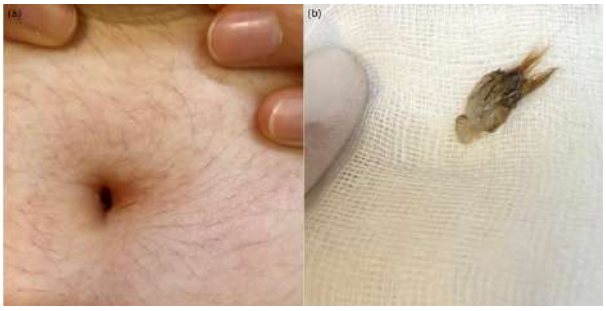
Oğulay Eren[1], Mehmet Ali Duman[1], Vefa Aslı Turgut Erdemir[1], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, İstanbul
Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Omfalolit veya omfalokeratolit, umbilikal reseste keratinize hücreler ve sebumun zaman içerisinde birikerek sıkışması sonucu oluşan, nadir görülen benign bir umbilikal konkresyondur. Çoğunlukla yıllarca asemptomatik kalmakta ve tesadüfen saptanan koyu renkli, sert bir umbilikal kitle şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte tekrarlayan travma ile irritasyon, erozyon, kanama ve piyojenik granülom gelişimine; sekonder enfeksiyon ise selülit ve apse oluşumuna yol açabilmektedir. Umbilikal apsenin rüptürüne bağlı peritonit gelişen nadir olgular da bildirilmiştir. Bu bildiride, umbilikustan dışarı uzanan kıllar yakınmasıyla başvuran, kişisel hijyeni normal genç bir kadın hastada saptanan omfalolitin alışılmadık klinik sunumunun vurgulanması amaçlandı.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında kadın hasta, uzun süredir umbilikustan dışarı doğru uzanan kıllar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta, altta yatan bir patoloji olabileceği endişesiyle kılları daha önce çekmediğini belirtti. Dermatolojik muayenede umbilikal açıklıktan protrüde olan kıl demetleri ve umbilikus derininde koyu renkli, kompakt materyal izlendi. İnce uçlu pensetle kıllara uygulanan nazik traksiyon sırasında başlangıçta kıl demetlerinin bir bölümü çıkarıldı. Traksiyona devam edildiğinde kıllarla bütünlük gösteren, kahverengi, sert ve keratinöz bir konkresyon tek parça halinde uzaklaştırıldı. Klinik görünüm ve çıkarılan materyalin makroskopik özellikleri doğrultusunda omfalolit tanısı konuldu. Hastanın kişisel ve umbilikal hijyen alışkanlıklarının normal olduğu öğrenildi. Lezyonun tamamen uzaklaştırılmasıyla tanı ve tedavi eş zamanlı olarak sağlandı ve hastaya düzenli umbilikal temizlik konusunda önerilerde bulunuldu.

Şekil 1.



(a) Umbilikal açıklıktan protrüde olan kılların klinik görünümü. (b) İnce uçlu pensetle uygulanan nazik traksiyon sonrasında tek parça halinde çıkarılan, kıl ve keratinöz materyal içeren omfalolitin makroskopik görünümü.

Sonuç: Omfalolit oluşumunda derin veya dar umbilikus, ileri yaş, obezite ve yetersiz hijyen kolaylaştırıcı faktörler olarak bildirilmektedir. Bununla birlikte olgumuz, genç ve hijyen alışkanlıkları normal bireylerde de omfalolit gelişebileceğini göstermektedir. Omfalolitlerin yapısında lamine keratin, sebase materyal ve terminal kıllar bulunabilmesine karşın, hastanın umbilikal kitle, ağrı veya akıntı yerine umbilikustan protrüde kıllar yakınmasıyla başvurması dikkat çekicidir. Tanı çoğunlukla dikkatli klinik muayene ve lezyonun pensetle nazikçe çıkarılmasıyla konulabilmektedir. Ayırıcı tanıda umbilikal endometriozis, yabancı cisim, kolesteatom, dermatofibrom, keloid, malign melanom ve Sister Mary Joseph nodülü yer almaktadır. Benign bir durum olmasına karşın tanının gecikmesi irritasyon, kanama, piyojenik granülom, selülit, apse ve nadiren peritonit gibi komplikasyonlarla sonuçlanabilir. Bu nedenle umbilikustan protrüde kıllarla başvuran hastalarda omfalolit ayırıcı tanıda akılda tutulmalı; erken tanının gereksiz görüntüleme ve invaziv girişimleri önleyebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: omfalolit, omfalokeratolit, umbilikus

Yayın No: P-126
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Kenya Seyahati Sonrası Eritemli Kaşıntılı Serpijinöz Plak: Bir İmporte Kutanöz Larva Migrans Olgusu

İpek Su Yücesoy Turunç[1], Burçe Can Kuru[1], Ayça Aydın[2]

[1]Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kutanöz larva migrans (KLM) özellikle Güney Amerika, Afrika, Karayipler, Güneydoğu Asya gibi tropikal ve subtropikal coğrafyalarda yaygın olarak görülen paraziter bir enfeksiyondur. KLM özellikle kedi ve köpek kaynaklı kancalı kurt larvaları ile kirlenmiş topraklarla sık temas eden insanlarda görülen ve larvanın perkütan yolla deriden bulaşması sonucu deride serpinjinöz eritematöz erüpsiyonlarla karakterize bir hastalıktır. Birçok farklı larva türü KLM'ye neden olsa da, en yaygın faktörler Ancylostoma braziliense ve Ancylostoma caninumdur. Lezyonlar genellikle toprakla temas eden alt ekstremitelerde yerleşmektedir. Larva haftalar ya da aylar boyunca epidermiste kalarak tüneller oluşturabilmekte ve sekonder bakteriyel enfeksiyonlar ile komplike olabilmektedir.Hastalık çoğu zaman epidermiste sınırlı kalsa da nadiren parazitik enfeksiyona yanıt olarak gelişen periferik eozinofili ve akciğerde eozinofilik infiltrasyonla karakterize Löeffler sendromuna veya intestinal tutulum ile eozonofilik enterite sebep olabilmektedir. Bu olgu, ülkemizde nadir görülen, seyahat olanaklarının ve sıklığının artmasından dolayı görülebilecek seyahat ilişkili tropikal hastalıklara dikkat çekmek ve olası lokal veya sistemik komplikasyonları önleyebilmek amacıyla sunulmaktadır.

Olgu: 29 yaş kadın hasta, 3 hafta önce başlayan sol ayak parmakları üzerinde ve ayak tabanına kızarıklık ve kaşıntı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol ayak 1. parmak dorsum proksimalinde eritemli papül, 2 ve 3. parmak dorsumunda proksimale doğru uzanan eritemli üzeri krutlu lineer arkuat plak ve plantar yüzde deskuamasyon, yer yer üzerinde hemorajik kurut bulunan serpijinöz plak ve eritemli zeminde vezikülobüllöz plak mevcuttu(Figür 1). Ayrıca şiddetli kaşıntı ve üzerine basmakla ağrı tarifliyordu. Hasta, lezyonun kızarıklık ve kaşıntı ile başladığını ifade etmekteydi. 1 ay öncesinde Kenya'ya seyahat ve kumsalda çıplak ayakla yürüme öyküsü mevcuttu. Öksürük ve başka sistemik bulgu yoktu. Kan tetkiklerinde eozonofili yoktu ve diğer laboratuvar parametreleri normaldi. Akciğer grafisinde patolojik bulgu yoktu. Bu klinik bulgular ve anamnez eşliğinde kutanöz larva migrans düşünüldü. Hastaya albendazol 400 mg/gün 6 gün boyunca verildi. Topikal metronidazol 4x1 ve sekonder bakteriyel enfeksiyonları önlemek amacıyla topikal fusidik asit 2x1, şiddetli kaşıntıyı rahatlatmak amacıyla bilastin tablet 1x1 verildi. Tedavisinin 3. gününde ayak dorsumundaki eritemli plakta remisyon, plantar yüzde eritemli vezikülobüllöz plak ve serpiginöz plakta deskuamasyon ile gerileme görüldü. Kaşıntı şiddetinde gerileme mevcuttu. Tedavisinin 6. gününde lezyonlarda deskuamasyon ile remisyon görüldü. Kaşıntı tamamen gerilemişti.

Görsel 1



Hastanın başvurusu sırasında plantar bölgedeki eritemli, kaşıntılı, serpijinöz plak.

Görsel 2



Tedavi sonrası plantar bölgedeki serpijinöz plak.

Sonuç: Kutanöz larva migrans, tropik veya subtropik ülkelerde plaj bölgelerinde en sık görülen seyahatle ilişkili deri hastalıklarından biridir. Seyahat sıklığının dünya genelinde artmasından dolayı hastalık başka ülkelerde de görülmeye başlamıştır. Ülkemızde sunulan yerli ve importe kutanöz larva migrans olguları az sayıda da olsa bulunmaktadır ve bizim olgumuz sunulan 6. importe olgu sunumudur. Hastalık genellikle epidermiste sınırlı kalmaktadır ve tedavisinde ivermektin 1 x 200 mg/kg tek doz veya 400 mg/gün albendazol üç gün süreyle önerilmektedir.Hastalık tedavisiz kaldığında komplikasyonlar gelişebilir ve progresif seyir görülebilir. Tanı konulan olguların bildirilmesi, ülkemizdeki KLM yaygınlığının saptanıp gerekli tedbirlerin alınabilmesi ve hastalığın tanınıp tedavi edilerek komplikasyon riskinin azaltılması amacıyla bu olgu sunulmaya değer görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kutanöz Larva Migrans, Paraziter Enfeksiyon, Albendazol

Yayın No: P-127
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Dissemine Yüzeyel Aktinik Porokeratoz Zemininde Gelişen İn Situ Skuamöz Hücreli Karsinom: Nadir bir Olgu

ADİL ÖZCANLI[1], ASUDE KARA POLAT[1], NESİMİ BÜYÜKBABANİ[2], ALİHAN BAYLAN[1], BİLLUR SEZGİN KIZILOK[3], SİBEL ALPER[4]

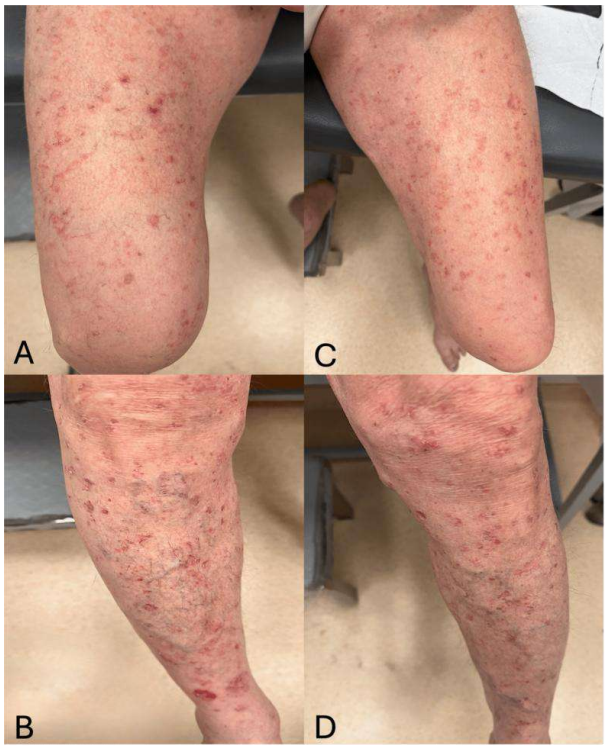
[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Koç Üniversitesi Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[4]VKV İstanbul Amerikan Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Porokeratoz, mevalonat yolağı genlerindeki kalıtsal veya somatik patojenik variyantlarla ilişkilendirilen, anormal keratinosit klonlarının proliferasyonu ile seyreden ve histopatolojik olarak kornoid lamella ile karakterize heterojen bir keratinizasyon bozukluğudur (1, 2). En sık klinik varyantı olan dissemine süperfisiyel aktinik porokeratoz (DSAP), çoğunlukla kronik olarak güneşe maruz kalan ekstremitelerde yerleşir. Genellikle benign seyretmekle birlikte porokeratoz, skuamöz hücreli karsinom (SCC) başta olmak üzere kütanöz maligniteler açısından artmış risk ile ilişkilendirilmiş, SCC ve Bowen hastalığı (in situ SCC) gelişimi bildirilmiştir (1, 3). Bu olguda, DSAP ile aynı lokalizasyonda in situ SCC saptanan bir olgunun, olası ortak karsinojenik zemin ve malignite izlemi açısından tartışılması amaçlanmaktadır.

Olgu: Yetmiş yedi yaşında erkek hasta, her iki bacağında 4-5 yıldır mevcut olan ve son bir ayda belirginleşen hafif kaşıntılı kızarıklıklar şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenede her iki uyluk ve bacakta yaygın, eritemli, basmakla solan, yer yer ödemli, 1-2 mm çaplı papüller izlendi (Şekil 1A-D). Papüler lezyonların dermoskopik incelemesinde purpurik alanlar ve telenjiyektatik damarlar ile bazı lezyonlarda hemorajik krutlar saptandı. Ayrıca sağ pretibiyal bölgede 2-3 yıldır iyileşmeyen yaklaşık 2 cm çapında erode bir lezyon mevcuttu. Lezyonun dermoskopisinde eritemli zeminde glomerüler damarlar izlendi. Sağ uyluk anteriyorundaki bir papülden ve sağ pretibiyal erode lezyondan tanısal amaçlı punch biyopsiler alındı. Histopatolojik incelemede sağ pretibiyal bölge lateralindeki lezyonda keratinositlerin bazılarında Bowenoid sitolojik özellikler gözlenen in situ SCC ile papiller dermiste neovaskülarizasyon ve inflamatuvar infiltrasyon saptandı (Şekil 2A). Sağ uyluk anteriyorundan alınan biyopside ise keratin tabasında hafif kalınlaşma ve kompaktlaşma, iki odakta kornoid lamella düşündüren parakeratoz, epidermal atrofi, bazal tabakada belirsizleşme, papiller dermiste ektatik küçük damarlar ve seyrek perivasküler lenfositler izlendi. Klinikopatolojik korelasyonla DSAP tanısı konuldu (Şekil 2B). İn situ SCC'nin total eksizyonu amacıyla hasta Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümünde değerlendirildi. Cerrahinin planlanması amacıyla sağ pretibiyal bölgeden daha önce biyopsi yapılan alandan farklı, mediyaldeki bir lezyondan ve sol pretibiyal bölgedeki benzer bir lezyondan yapılan biyopsilerde foliküllerle ilişkili tipik porokeratoz bulguları saptandı, ancak neoplastik transformasyon görülmedi (Şekil 2C). Böylece ve eksizyon sağ pretibiyal lateraldeki

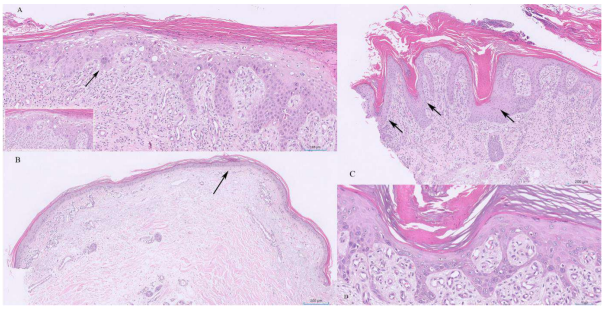
ilk biyopsi alanı ile sınırlı tutuldu. Bunda porokeratoz için tipik bulguların yanı sıra, daha önce yapılan punch biyopsi alanı çevresinde ve aynı lezyona ait başka örneklerde rezidüel in situ SCC bulguları gözlendi (Şekil 2D). Cerrahi sınırlar tümör yönünden negatifti. Hastaya fotoproteksiyon, porokeratoz için oral asitretin ve düzenli dermatolojik izlem planlandı.

Dissemine süperfisyel aktinik porokeratozun klinik görünümü



(A) Sağ uylukta çok sayıda, milimetrik, eritemli papüler lezyon. (B) Sağ bacakta eritemli, yer yer purpurik ve hemorajik krutlu papüller. (C) Sol uylukta benzer morfolojide yaygın eritemli papüller. (D) Sol bacakta eritemli-purpurik papüler lezyonların yaygın dağılımı.

Porokeratoz ve İn situ SCC lezyonlarının histopatolojik incelenmesi



(A) Sağ pretibiyal bölge lateralinden alınan biyopside bazı alanlarda belirgin keratinosit atipisi ile karakterize in-situ SCC alanı. Küçük resimde bu alanın daha büyük büyütme ile görünümü.

(B) Sağ uyluk anteriyorundan alınan biyopside saptanan ve temel lezyonun porokeratoz olduğunu düşündüren iki kornoid lamella odağından biri. (C) Sağ pretibiyal bölge mediyalindeki lezyon alanından yapılan biyopside foliküler ve ekrin ostiyumlarla ilişkili olarak gözlenen multipl kornoid lamellalar ve yüzeyel dermisteki değişiklikler DSAP tanısının kesinleşmesini sağladı. (D) A karesinde gösterilen biyopsi ile tanı konulan in-situ SCC lezyonunun total eksizyonunda, eski biyopsi alanı çevresinde rezidüel in-situ SCC ile uyumlu değişiklikler ve porokeratoz zeminini doğrulayan bir kornoid lamella.

Sonuç: Porokeratozun klonal keratinosit proliferasyonu ile seyretmesi, DSAP'ın kronik aktinik hasarla ilişkili dağılım paterni ve SCC gelişiminde ultraviyole radyasyonun bilinen karsinojenik etkisi birlikte değerlendirildiğinde, olgumuzda saptanan in situ SCC'nin porokeratoz zemininde gelişimi ortak bir aktinik karsinojenik sürece işaret etmektedir. Olgumuzda eksizyonda in situ SCC'ye eşlik eden kornoid lamellerin gösterilmesi, tümörün DSAP zemininde geliştiğini kanıtlamaktadır. Olgu, porokeratozun neoplastik potansiyel taşıyan klonal bir keratinizasyon bozukluğu olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Porokeratoz lezyonlarında gelişen büyüme veya belirgin morfolojik değişiklik, krutlanma, ülserasyon gibi bulgular malign dönüşüm açısından uyarıcı olmalı ve histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: porokeratoz, skuamöz hücreli karsinom, Bowen hastalığı

Yayın No: P-128
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Spontan Regresyon Gösteren Merkel Hücreli Karsinom: Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu

Beril Akçagül[1], Mehtap Toprak[2], Ece Uğurer[1], Burçe Can Kuru[1]

[1]Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı
[2]Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Giriş:Merkel hücreli karsinom (MHK), epidermisin bazal tabakasında bulunan nöroendokrin özellikteki Merkel hücrelerinden köken alan nadir ancak oldukça agresif seyirli bir kutanöz malignitedir. İnsidansı yaklaşık 100.000 kişide 0,7 olup mortalite oranı %40'a kadar ulaşabilmektedir. Erkeklerde daha sık görülmekte olup en sık baş-boyun bölgesinde ortaya çıkmaktadır. Klinik olarak genellikle hızlı büyüyen, eritemli, morumsu veya deri renginde kubbe şeklinde nodül olarak izlenir. Merkel hücreli karsinomlar lenfatik sistem aracılığıyla yayılım gösterir ve primer tümör çevresinde çok sayıda metastatik odak gelişebilmektedir. Yüksek lokal nüks ve metastaz potansiyeline sahip bu agresif tümörde spontan regresyon oldukça nadir görülen bir durumdur ve bugüne kadar literatürde yalnızca sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir.Amaç:Merkel hücreli karsinomda nadir görülen spontan regresyon olgusunu sunmak, biyopsi sonrası gelişen regresyonun olası immünolojik mekanizmalarına dikkat çekmek ve yaptığımız literatür taramasında daha önce bildirilmemiş olan inguinal yerleşimli spontan regrese MHK olgusunu literatür eşliğinde tartışmak amaçlanmıştır.

Olgu: Olgu:Seksen yedi yaşında erkek hasta, sağ inguinal bölgede iki haftadır mevcut olan ve hızla büyüme gösteren ele gelen kitle nedeniyle başvurdu (Şekil 1A). Özgeçmişinde tip 2 diabetes mellitus, katarakt ve interstisyel akciğer hastalığı mevcuttu. Dermatolojik muayenede sağ inguinal bölgede 3×3 cm boyutlarında, yüzeyi parlak ve eritemli, santralinde ülserasyon bulunan nodül izlendi. Nodül yer yer livedi ve hemorajik alanlar içermekteydi. Klinik olarak kutanöz metastaz, keratoakantom ve skuamöz hücreli karsinom ön tanıları düşünülerek lezyondan 4 mm punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede dermisi infiltre eden, solid büyüme paterni gösteren, hiperkromatik nükleuslu ve dar sitoplazmalı küçük yuvarlak mavi hücrelerden oluşan malign neoplazi saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede kromogranin A ve sinaptofizin pozitifliği tümörün nöroendokrin diferansiyasyonunu destekledi. CK20 pozitifliği ile TTF-1 negatifliği metastatik küçük hücreli akciğer karsinomu olasılığını, SOX10 negatifliği melanositik neoplazmları, CD20 ve CD3 negatifliği ise lenfoid maligniteleri dışlayarak MHK tanısını destekledi. Hasta çiftçilikle uğraşmakta olup biyopsi sonrasında ikamet ettiği yere döndü. Hasta ve yakınları ile yapılan görüşmede, biyopsiden yaklaşık iki hafta sonra lezyonun belirgin şekilde gerilediği ve şikayetlerinin tamamen kaybolduğu, bu nedenle dermatoloji kontrolüne gitmediği öğrenildi. Hastanın son durumu spontan regresyon lehine değerlendirildi (Şekil 1B).

Şekil 1A



Şekil 1B



Sonuç: Sonuç: Merkel hücreli karsinom, yüksek metastaz potansiyeli ve mortalite oranları nedeniyle en agresif kutanözmalignitelerden biridir. Buna rağmen nadiren spontan regresyon gösterebilmesi, agresif klinik seyri göz önünealındığında dikkat çekicidir. Literatürde bildirilen yaklaşık elli adet spontan regresyon vakasının büyük bölümünde biyopsi öyküsünün bulunması, biyopsi ile tetiklenen immün yanıtın regresyonda rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Patrick Hallaert ve arkadaşlarının 2025 yılında yayımladığı çalışmada, tümör ve regrese alanlardan alınan biyopsilerin karşılaştırılması sonucunda, CD8+ sitotoksik T lenfosit aracılı adaptif immün yanıtın spontan tümör regresyonunda rol oynayabileceği ve bu yanıtın immün kontrol noktası inhibitörleri ile ilişkili antitümör mekanizmalara benzerlik gösterdiği bildirilmiştir. Olgumuzda da biyopsiden kısa süre sonra lezyonun belirgin şekilde gerilemesi bu görüşü desteklemektedir. Yaptığımız literatür taramasında inguinal yerleşimli spontan regrese MHK olgusuna rastlanmamış olup, ayrıca ulaşabildiğimiz literatürde Türkiye'den bildirilmiş spontan regrese MHK olgu sunumu da saptanmamıştır. Bu nedenle olgumuzun, bu nadir klinik tablonun daha iyi tanımlanmasına ve mevcut literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Merkel Hücreli Karsinom, Spontan Regresyon, İnguinal Bölge

Yayın No: P-129
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Klinik Ve Dermoskopik Bulgularıyla Bazal Hhücreli Karsinomu Taklit Eden Bir Noduler Hidroadenom Olgusu

Mevlüt Ateş[1]

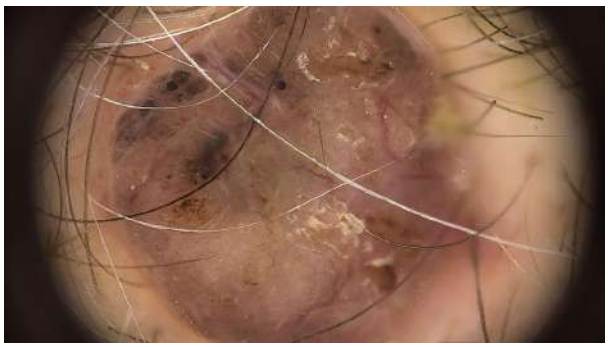
[1]Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Nodüler hidroadenom, ter bezlerinden köken alan nadir görülen benign kutanöz adneksiyal tümörlerden biridir. Klinik ve dermoskopik özelliklerinin değişken olması nedeniyle bazal hücreli karsinom, melanom ve diğer deri eki tümörleri ile karışabilmektedir. Özellikle dermoskopide arborizan damarlar ve mavi-gri yapılar göstermesi tanısal güçlük oluşturabilir. Bu vakada, klinik ve dermoskopik olarak bazal hücreli karsinomu düşündüren ancak histopatolojik inceleme sonucunda nodüler hidroadenom tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

makrokosopi



dermoskopi



Olgu: Kırk üç yaşında, bilinen sistemik hastalığı bulunmayan kadın hasta, yaklaşık bir yıldır alın sol üst bölgede bulunan ve zaman içerisinde giderek büyüyen ağrısız nodüler lezyon nedeniyle

polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede sol frontal bölgede yerleşimli, yaklaşık 0,5 cm çapında, düzgün sınırlı, kubbe şeklinde kırmızı bir nodüler lezyon saptandı. Dermoskopik incelemede arborizan damarlar, mavi-gri ovoid globüller, beyaz parlak alanlar ve yüzeysel skuamlar saptandı. Klinik ve dermoskopik bulgular doğrultusunda ön planda bazal hücreli karsinom düşünüldü. Eksizyonel biyopsi sonrası yapılan histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme sonucunda nodüler hidroadenom tanısı konuldu.

Sonuç: Nodüler hidroadenom, klinik ve dermoskopik olarak bazal hücreli karsinomu taklit edebilen nadir bir adneksiyal tümördür. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Özellikle bazal hücreli karsinom düşünülen yüz yerleşimli nodüler lezyonların ayırıcı tanısında nodüler hidroadenom akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nodüler hidroadenom, bazal hücreli karsinom, adneksiyal tümör

Yayın No: P-130
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Tedaviye Dirençli Folikülosentrik Tinea Versicolor Olgusu

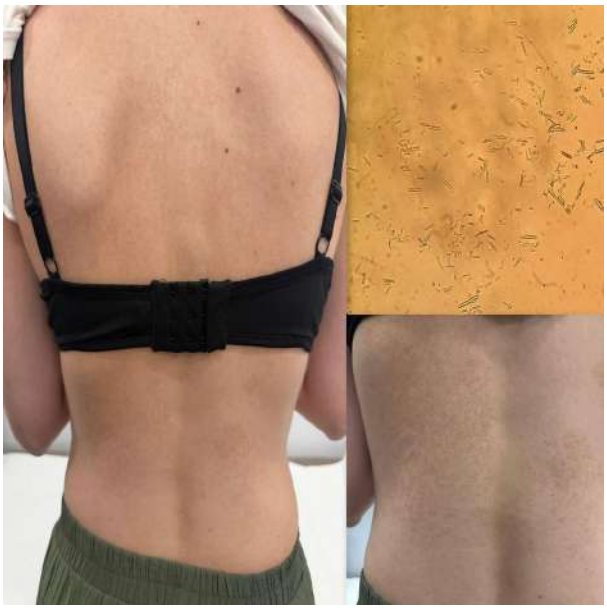
Zeynep Solak[1], Kadir Kaya[1]

[1]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Tinea versicolor, Malassezia türlerinin aşırı çoğalmasına bağlı gelişen, sık görülen yüzeyel bir fungal enfeksiyondur. En sık gövde ve proksimal ekstremitelerde yerleşir; hipopigmente, hiperpigmente veya eritemli, ince skuamlı makül ve plaklarla karakterizedir. Tanı çoğunlukla klinik olarak konulmakta, gerekli durumlarda KOH preparatında Malassezia'ya özgü hif ve sporların gösterilmesiyle doğrulanmaktadır.Nadir görülen folikülosentrik tinea versicolor varyantında lezyonlar belirgin olarak kıl folikülleri etrafında yoğunlaşır ve perifoliküler hipo- veya hiperpigmente maküller ön plandadır. Bu görünüm progresif maküler hipomelanozis, pityrosporum folliküliti ve diğer foliküler dermatozlarla karışabilmektedir. Özellikle foliküler yerleşim, sebumdan zengin mikroçevre ve kronik seyir, topikal ve sistemik antifungal tedavilere direnç gelişiminde rol oynayabilir. Salisilik asit, keratolitik etkisiyle stratum corneum ve foliküler infundibulumda biriken keratini uzaklaştırarak Malassezia için uygun ortamı ortadan kaldırır. Bu olguda, klasik antifungal tedavilere yanıt vermeyen folikülosentrik tinea versicolor olgusunda salisilik asit tedavisinin etkinliğinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Yirmi sekiz yaşında kadın hasta, sırtta yaygın lekelenme ve belirgin kaşıntı şikâyeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Dermatolojik muayenede sırt bölgesinde yoğunlaşan, yer yer birleşme eğilimi gösteren, kıl folikülleri etrafında belirginleşen hiperpigmente maküler lezyonlar izlendi. Lezyonların bir kısmına ince skuam eşlik etmekteydi ve dağılım paterni foliküler merkezlenme ile uyumluydu (Resim 1).Klinik görünüm folikülosentrik tinea versicolor lehine değerlendirildi.Tanıyı desteklemek amacıyla yapılan nativ direkt mikroskobik incelemede Malassezia türleri ile uyumlu hif ve spor yapıları saptandı (Resim 1).Hastanın öyküsünde daha önce farklı merkezlerde topikal ve sistemik antifungal tedaviler kullandığı, ancak lezyonlarda belirgin gerileme sağlanamadığı öğrenildi. Tedaviye direnç öyküsü ve mevcut klinik bulgular doğrultusunda keratolitik ve foliküler penetrasyonu yüksek bir yaklaşım tercih edilerek alkollü salisilik asit tedavisi başlandı.

Resim 1



Sırt bölgesinde yaygın dağılım gösteren,yer yer birleşme eğilimi gösteren foliküler merkezlenmesi belirgin maküler lezyonlar izlenmektedir.Klinik görünüm tinea versicolor ile uyumludur. Lezyondan alınan örneğin nativ incelemesinde hif ve spor yapıları birlikte izlenmiş olup, Malassezia türleri ile uyumlu görünüm saptanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Tedavi sonrası yapılan kontrolde sırt bölgesindeki lezyonların belirgin ölçüde gerilediği, perifoliküler görünümün azaldığı ve hastanın kaşıntı şikâyetinde anlamlı düzelme olduğu gözlendi (Resim 2). Elde edilen bulgular, antifungal tedavilere dirençli folikülosentrik tinea versicolor olgularında salisilik asit içeren keratolitik yaklaşımların etkili olabileceğini desteklemektedir.Foliküler yerleşim, Malassezia türlerinin sebase ve keratinize yapılara daha derin tutunmasına olanak sağlayarak antifungal ajanların etkinliğini sınırlayabilmektedir. Bu olguda da çoklu antifungal tedavilere rağmen klinik iyileşme sağlanamaması bu görüşü desteklemektedir. Salisilik asit tedavisi sonrasında gözlenen düzelme; stratum corneum ve foliküler infundibulumda biriken keratinin uzaklaştırılması, Malassezia için uygun mikroçevrenin ortadan kaldırılması ve farklı bir etki mekanizması sunması ile açıklanabilir.Sonuç olarak, klasik antifungal tedavilere yanıt vermeyen foliküler yerleşimli tinea versicolor olgularında salisilik asit içeren topikal yaklaşımlar etkili ve güvenilir bir alternatif olabilir. Bu olgu, folikülosentrik tinea versicolorun tanınmasının ve uygun tedavi stratejisinin belirlenmesinin önemini vurgulamakta, salisilik asidin bu nadir varyantta potansiyel bir tedavi seçeneği olabileceğine dikkat çekmektedir.

Resim 2



Tedavi sonrası lezyonların belirgin ölçüde gerilediği ve perifoliküler görünümün azaldığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Folikülosentrik Versicolor, Tedaviye Direnç, Salisilik Asit

Yayın No: P-131
Bildiri Grubu: Genel / Bağ doku hastalıkları

Büllöz Görünümlü Pilomatrikoma: Bir Olgu Sunumu

Ömer Aydin[1], Fatma Aslı Hapa[1], Fatma Elif Yıldırım[1]

[1]Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Pilomatrikoma, kıl matriks hücrelerine farklılaşma gösteren ve yavaş büyüyen dermal bir kitle olarak ortaya çıkan benign bir tümördür. Büllöz, anetodermik, perfore ve dev pilomatrikoma dahil olmak üzere çeşitli klinik varyantları tanımlanmıştır . Bu yazıda, sağ üst kolda büllöz bir lezyon ile başvuran ve histopatolojik incelemede büllöz pilomatrikoma özellikleri saptanan 47 yaşındaki kadın olguyu sunuyoruz.

Yöntem: Kliniğimizde scalp psoriasisi nedeniyle 9 aydır iksekizumab tedavisi alan 47 yaşındaki kadın hasta, sağ üst kolda gelişen büllöz lezyon nedeniyle değerlendirildi. Lezyonun yaklaşık 6 ay önce morluk benzeri görünümle başlayıp zamanla nodül haline geldiği, son bir ay içerisinde ise büllöz görünüm kazandığı öğrenildi. Travma, enjeksiyon, böcek ısırığı veya lokal irritasyon öyküsü bulunmuyordu. Dermatolojik muayenede sağ üst kolda 35 × 30 mm boyutlarında, altında sert nodül palpe edilen, iyi sınırlı, yarı saydam, kalın duvarlı pembe renkli büllöz lezyon saptandı. Dermoskopik incelemede eritemli zeminde santral parlak beyazımsı-sarı yapı, çevresinde iyi sınırlı bül ve yer yer beyaz çizgiler izlendi. Eksizyonel biyopsi sonrası yapılan histopatolojik değerlendirmede gölge (shadow) hücreleri, bazofilik hücreler, geçiş hücreleri, keratin fragmanları ve yabancı cisim dev hücre reaksiyonu görülmesi üzerine olgu büllöz pilomatrikoma olarak tanı aldı.

şekil 1a



Sağ üst kolun ekstansör yüzünde, yaklaşık 3 cm boyutunda, kalın duvarlı, gergin bir bül ve altında sert bir nodül izlenmektedir.

şekil 2a



Ortada parlak beyazımsı-sarı kitle benzeri yapı, onu çevreleyen iyi sınırlı mavimsi-gri alanlar ve yer yer izlenen beyaz çizgiler

Bulgular ve Sonuç: Büllöz pilomatrikoma, pilomatrikomanın oldukça nadir görülen klinik bir varyantıdır ve en sık omuz ile üst ekstremite yerleşimi gösterir. Etiyopatogenezinde tümöre bağlı lenfatik drenaj bozukluğu sonucu gelişen lenfatik dilatasyon ve sıvı ekstravazasyonunun rol oynadığı düşünülmektedir. Klinik görünümü nedeniyle lenfanjiyom, büllöz morfea, anetoderma ve bazı malign lezyonlarla karışabilmektedir. Sunulan olguda klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulgular tanıyı desteklemiş, cerrahi eksizyon sonrası komplikasyon veya nüks izlenmemiştir. Bu olgu, özellikle translusent veya büllöz nodüllerin ayırıcı tanısında büllöz pilomatrikomanın akılda tutulması gerektiğini ve dermoskopik değerlendirme ile histopatolojik doğrulamanın doğru tanı ve uygun tedavi açısından önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Büllöz pilomatrikoma, pilomatrikoma

Yayın No: P-132
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Merkel Hücreli Karsinom: Olgu Sunumu

Seda Oruç Aydın[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Rize

Giriş ve Amaç: Merkel hücreli karsinom (MHK) çoğunlukla yüz, saçlı deri, boyun ve ekstremitelerde yerleşen nadir görülen ancak agresif seyirli bir deri kanseridir. Genellikle yaşlı bireylerde görülür ve etiyolojide ultraviyole maruziyeti ve immünsupresyon en önemli risk faktörleridir. Tipik lezyon hızlı büyüyen, asemptomatik, kırmızı-morumsu renkli soliter nodüldür. Burada karakteristik klinik özellikleri ve histopatolojik bulguları ile MHK tanısı konulan hasta, hastalığın nadir görülmesi nedeniyle sunulmaktadır.

Olgu: Yetmiş yaşında erkek hasta burun üzerinde son 3 ayda hızla büyüyen ağrısız kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde burun sol kanadında yaklaşık 2.5 cm çaplı, düzgün sınırlı, pembe-kırmızı renkli, sert ve lobüle nodüler lezyon görüldü (Resim 1). Özgeçmişinde hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek hastalığı, rektum kanseri nedenli operasyon, kemoterapi ve radyoterapi öyküsü mevcuttu. Hastadan kutanöz lenfoma, deri metastazı, amelanotik melanom ve MHK ön tanılarıyla alınan deri punch biyopsisinin histopatolojik ve immünohistokimyasal incelenmesi MHK ile uyumlu olarak sonuçlandı. Hasta lezyonun total eksizyonu amacıyla Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi bölümüne, tümör evrelemesi ve tedavi planı için ise Tıbbi Onkoloji bölümüne yönlendirildi. Takiplerinde çekilen pelvis tomografisinde presakral alanda 7 x 2 cm boyutlu kitle lezyonu izlendi ancak hasta ileus ve genel durum bozukluğu nedeniyle yatırıldığı erişkin yoğun bakım ünitesindeki tedavisi sırasında kardiyak arrest sonucu vefat etti.

Sonuç: MHK tanısı, lezyonların spesifik olmayan klinik görünümü ve histopatoloji gerekliliği nedeniyle sıklıkla gecikmektedir. Burada nadir görülen bu hastalığın hızlı büyüyen baş-boyun lezyonlarının ayırıcı tanısında akılda tutulması gerektiği vurgulanmaktadır.

Resim 1



Burun sol kanadında yaklaşık 2,5 cm çaplı, düzgün sınırlı, pembe-kırmızı renkli, sert ve lobüle nodüler lezyon

Anahtar Kelimeler: merkel hücreli karsinom, dermatoonkoloji

Yayın No: P-133
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Dermatolojik Bulgularla Tanıya Giden Yol: Genetik Olarak Doğrulanmış Kardiyo-Fasyo-Kutanöz Sendromu Olgusu

Doğukan Kasırga[1], Emre Ersun[1], İlkay Can[1], Arzu Kılıç[1], Pelin Hızlı[1], Hilmi Bolat[2], Zeynep Esener[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Kardiyo-Fasyo-Kutanöz sendromu; BRAF, MAP2K1 (MEK1), MAP2K2 (MEK2) ve KRAS genlerindeki RAS/Mitojenle Aktifleşen Protein Kinaz (MAPK) sinyal yolağı mutasyonlarına bağlı, sporadik, otozomal dominant bir RASopatidir. BRAF varyantları olguların yaklaşık %75-78'inde saptanır. Sendrom; karakteristik kraniyofasiyal görünüm, konjenital kalp defektleri ve ektodermal (cilt-saç-tırnak) bulgularıyla seyreder; ayrıca değişen derecede nörogelişimsel gecikme ve epilepsi eşlik edebilir. Fenotipik olarak Noonan ve Costello sendromları ile örtüşür; ayırıcı tanıda genetik doğrulama esastır. Bu çalışmada, perinatal dönemden adolesan döneme uzanan multisistemik bulguları olan ve genetik olarak doğrulanmış bir Kardiyo-Fasyo-Kutanöz sendromu olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: On yedi yaşında kadın hasta, saçlı deri ve alında akıntılı, su toplayan lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Sendromik dış görünüşü nedeniyle genetik incelemeye yönlendirilen hastada yeni nesil dizileme paneli ile BRAF geninde olası patojenik heterozigot c.1513C > T (p.Leu505Phe) varyantı saptandı. Bu varyant Kardiyo-Fasyo-Kutanöz, LEOPARD ve Noonan sendromu fenotipleri ile ilişkilidir. Annede yapılan doğrulama çalışmasında aynı varyantın saptanmaması, varyantın de novo olarak ortaya çıktığını ve tanıyı desteklediğini göstermiştir. İleri tetkik amacıyla servisimize yatırılan hastanın öyküsünde, 7. gebelik haftasında ultrasonografide artmış ense kalınlığı saptandığı ve Down sendromu riski nedeniyle gebeliğin sonlandırılmasının önerildiği, ancak ailenin bunu kabul etmediği; gebelik boyunca polihidramniyoz olduğu öğrenildi. Otuz dokuzuncu haftada sezaryen ile doğan hastanın 2 aylıkken saçlı derisinde büyüyen bir lezyon nedeniyle hemanjiom tanısı aldığı, beş yaşında spontan regrese olduğu belirlendi. Yedi yaşında absans nöbeti tanısı konan ve karbamazepin ile tedavi edilen hastanın epilepsisi uzun süreli ilaçsız izlemde remisyonda saptandı. Ayrıca strabismus nedeniyle opere olduğu, hafif mental retardasyonu bulunduğu ve ailede benzer şikayeti olan başka bir bireyin olmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede saçlı deride yünsü, kırılgan saç yapısı (Şekil 2.); abdominal bölgede café au lait lekesi, pigmente nevüs odakları ve keratozis pilaris benzeri foliküler papüller dikkat çekiciydi (Şekil 1.). Kardiyolojik değerlendirmede ise herhangi bir kardiyak bulgu saptanmadı.

Şekil 1.



Abdominal bölgede café au lait lekeleri, pigmente nevüs odakları ve keratozis pilaris benzeri foliküler papüller.

Bulgular ve Sonuç: Sendromik dış görünüm, karakteristik ektodermal bulgular (yünsü-kırılgan saç, café au lait lekeleri, keratozis pilaris benzeri papüller) ve multisistemik tutulumu (kardiyak, nörolojik, oftalmolojik) olan hastalarda Kardiyo-Fasyo-Kutanöz sendromu ayırıcı tanıda düşünülmeli; Noonan ve Costello sendromlarından ayrımı genetik doğrulama ile yapılmalıdır. Perinatal dönemde artmış ense kalınlığı ve polihidramniyoz gibi bulgular tek başına Down sendromunu düşündürse de, postnatal dönemde ortaya çıkan ektodermal ve nörogelişimsel bulguların bir araya gelmesi RASopati ailesini ayırıcı tanıya dahil etmeyi gerektirir. Bu olgu, tanı sürecinin multidisipliner bir yaklaşımla (dermatoloji, nöroloji, kardiyoloji, klinik genetik) yürütülmesinin önemini ve Kardiyo-Fasyo-Kutanöz sendromunun fenotipik spektrumunun genişliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Şekil 2.



Saçlı deride yünsü, kırılgan (frajil) saç yapısı.

Anahtar Kelimeler: BRAF, RASopati, Kardiyo-fasyo-kutanöz sendrom

Yayın No: P-134
Bildiri Grubu: Genel / Bağ doku hastalıkları

Mid-Dermal Elastolizde Üç Klinik Tipin Birlikteliğini Gösteren Nadir Bir Olgu: Diyet Tetikleyici Mi?

İrem Özcan[1], Asude Kara Polat[1], Esra Özdemir[1], Sümeyye Kabadayı[1], Savaş Yaylı[1], Nesimi Büyükbabani[2]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Koç Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Mid-dermal elastoliz (MDE), orta dermiste selektif elastik lif kaybı ile karakterize, nadir görülen edinsel bir elastik doku hastalığıdır. Genellikle genç ve orta yaşlı kadınlarda görülür. Gövde ve proksimal ekstremiteler en sık tutulan alanlardır. Klinik olarak deri çizgilerine paralel ince kırışıklıklarla seyreden Tip I, perifoliküler papüler protrüzyonlarla karakterize Tip II ve persistan retiküler eritemle seyreden Tip III olmak üzere üç morfolojik tip tanımlanmıştır. Histopatolojik tanı, özel elastik doku boyalarıyla orta dermiste elastik lif kaybının gösterilmesine dayanır. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte, elastaz aktivitesinde artış ve matriks metalloproteinaz–doku inhibitörü (MMP–TIMP) dengesizliği başlıca sorumlu mekanizma olarak öne sürülmektedir. Ultraviyole (UV) maruziyeti, gebelik, oral kontraseptif kullanımı, sigara ve altta yatan inflamatuar dermatozlar olası tetikleyiciler arasında sayılmaktadır. Günümüzde MDE için etkinliği kanıtlanmış bir tedavi bulunmamaktadır. Güneşten korunma, kolşisin, klorokin, vitamin E ve topikal ajanlar (retinoik asit ve kortikosteroidler) denenmiş, ancak sonuç alınamamıştır. Topikal soya ekstresi, eikosapentaenoik asit ve oral mikofenolat mofetil ise gelecek vadeden seçenekler arasında yer almaktadır. Bu bildiride, üç klinik tipe ait bulguların bir arada gözlendiği, semptomların başlangıcıyla eş zamanlı belirgin işlenmiş gıda ağırlıklı düzensiz bir beslenmeye geçiş öyküsü bulunan bir olgunun sunulması ve bu ilişkinin olası patojenik bir tetikleyici olarak tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz sekiz yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır gövde ön yüz ve sırtta kızarıklık, ele gelen kabarıklıklar, deri yüzeyinde kırışıklık görünümü şikayetiyle başvurdu. Lezyonlara zaman zaman hafif kaşıntı eşlik etmekteydi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Sigara, alkol ve düzenli ilaç kullanımı yoktu. Dermatolojik muayenede torakal ve lomber bölgede deri çizgilerine paralel yerleşimli, deri renginden hafifçe daha koyu kahverengimsi-eritemli milimetrik papüller ve ince kırışıklık görünümü izlendi (Figür 1 A ve B). Boyun laterallerinde perifoliküler papüller(Figür 1 C ve D), gövde ön yüzde ise ince kırışıklık alanları, perifoliküler papüller ve retiküler eritemin birlikteliği saptandı (Figür 1 E). Bu bulgular MDE'nin tip I, II, III morfolojik paternlerinin aynı hastada eşzamanlı bulunduğunu düşündürdü. Lomber bölgeden alınan punch biyopsinin incelemesinde, biyopsi genişliğinin yaklaşık yarısını kaplayan orta dermal alanda elastik liflerin tamamen kaybolduğu, komşu bölgede ise histiyositik-lenfositik inflamatuar infiltrasyon zeminde histiyosit sitoplazmasında elastofaji bulunduğu saptandı (Figür 2). Bulgular MDE ile uyumlu bulundu. Olası tetikleyiciler sorgulandığında, hastanın yaklaşık 20 yıl önce iki kez solaryuma girme öyküsü dışında kronik UV maruziyeti, sigara, öncül dermatoz

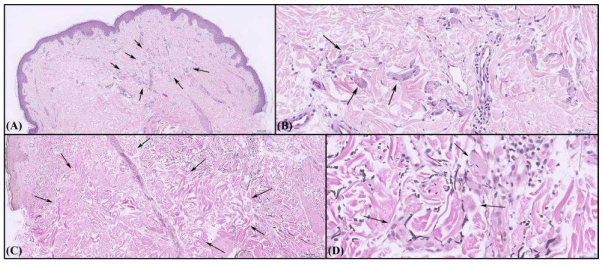
ya da otoimmünite açısından anlamlı bir risk faktörü saptanmadı. Ancak şikayetlerin başlangıcıyla eş zamanlı sağlıklı beslenme alışkanlığından hazır ve işlenmiş gıdaların ağırlıkta olduğu düzensiz bir beslenmeye geçtiği öğrenildi. Hastaya topikal %0,05 tretinoin, sistemik omega-3 yağ asidi ve antioksidan içeren multivitamin desteği başlandı. Tedavi yanıtının izleyen kontrollerde klinik olarak değerlendirilmesi planlandı.

Figür 1



Figür 1. Mid-dermal elastolizin farklı klinik morfolojik tiplerine ait bulguların birlikteliği. (A, B) Torakal ve lomber bölgede deri çizgilerine paralel yerleşimli, ince kırışıklıklar ve milimetrik kahverengimsi-eritemli papüller (Tip I). (C, D) Boyun lateralinde perifoliküler papüller (Tip II). (E) Gövde ön yüzde ince kırışıklık alanları, perifoliküler papüller ve retiküler eritemin birlikte görünümü (Tip I, II ve III).

Figür 2



A. Biyopside küçük büyütme ile değişikliklerin fark edilmesi oldukça zor. Oklarla (→) işaretli bölgeye büyük büyütmede bakıldığında (B), elastofaji yapan histiyositik hücreler görülmekte (→). Elastik lif kaybının daha objektif olarak gösterilebilmesi amacıyla uygulanan elastika-von Gieson boyasında (C) oklarla (→) çevrelenmiş olan orta dermiş bölgesinde normal olarak siyah boyanan elastik liflerin bulunmadığı görülmekte. Çevrede ise elastik liflerin görülebildiği normal bölge izlenmekte. D. Daha büyük büyütmede sınır bölgesinde inflamatuar infiltrasyon ve histiyosit sitoplazmasında elastik lif (→).

Sonuç: MDE, klinik polimorfizmi nedeniyle tanısı güç olabilen ve histopatolojik doğrulama gerektiren nadir bir elastik doku hastalığıdır. Bu olguda literatürden farklı olarak tip I, II ve III

MDE morfolojilerine ait klinik bulgular aynı hastada birlikte görülmektedir. Bu durum farklı klinik paternlerin aynı hastalık spektrumunda değişik evreleri yansıtabileceği görüşünü desteklemektedir. Klasik olası tetikleyicilerin belirgin olmaması ve semptom başlangıcıyla örtüşen inflamatuar yükü artırıcı diyet değişikliğin bulunması dikkat çekicidir. Bu gözlem, diyetin MDE patogenezinde olası rolünün gösterilebilmesi amacıyla daha geniş hasta serilerinde araştırma yapılmasını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: mid-dermal elastoliz, diyetsel tetikleyici, elastofaji

Yayın No: P-135
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

İmatinib Tedavisi Altında Gelişen "Mavi Damak": Nadir Bir Oral Pigmentasyon Olgusu

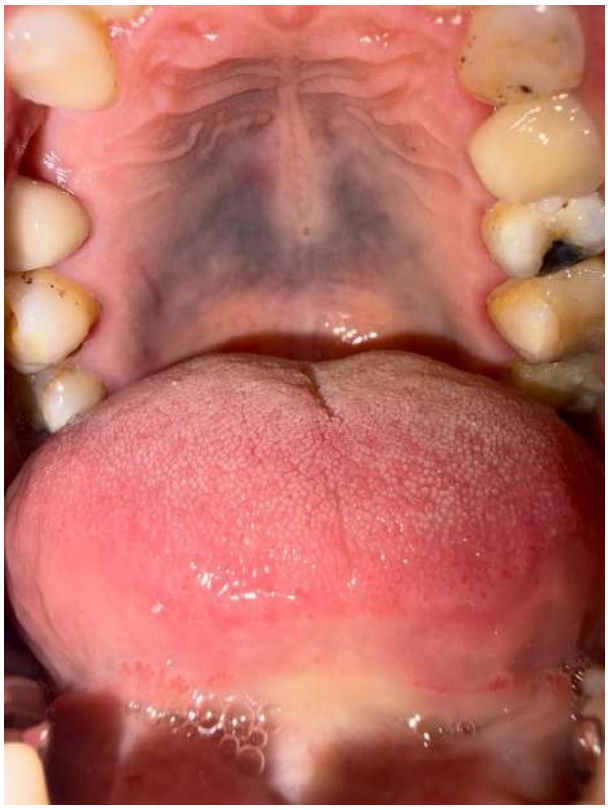
Jiyanda Tay[1], Berkay Doğan[1], Soner Uzun[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Oral mukozal pigmentasyonlar fizyolojik, çevresel/ekzojen ve patolojik nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Fizyolojik nedenlere etnik pigmentasyon, labial melanotik makül ve oral melanositik nevüs; çevresel/ekzojen nedenlere sigara ilişkili melanozis, dental amalgam tatuajı ve ilaç ilişkili pigmentasyon; patolojik nedenlere ise Peutz–Jeghers sendromu, Addison hastalığı, hemokromatozis, Laugier–Hunziker hastalığı, hipertiroidi ve oral malign melanom örnek verilebilir.[1] İlaç ilişkili oral mukozal pigmentasyon en sık antimalaryaller, özellikle minosiklin olmak üzere antibiyotikler ve antineoplastik/kemoterapötik ajanlarla ilişkilendirilmiştir. Bunun yanı sıra amiodaron, klofazimin, zidovudin, fenotiyazinler ve oral kontraseptifler gibi birçok ilaç oral pigmentasyona neden olabilmektedir. Kemoterapötik ajanların lokal ve sistemik toksisitelerine ek olarak mukokutanöz pigmentasyonlara neden olabildiği, bu değişikliklerin bazı olgularda izole oral mukozayı da etkileyebildiği bildirilmiştir. İmatinib mesilat, kronik miyeloid lösemi (KML) ve gastrointestinal stromal tümörlerin tedavisinde kullanılan bir tirozin kinaz inhibitörü olup başta BCR-ABL olmak üzere c-KIT ve PDGFR gibi tirozin kinazları inhibe ederek etki gösterir.[2] İmatinib tedavisi sırasında kutanöz yan etkiler görece sık görülürken, oral mukozaya ait advers etkiler daha seyrek bildirilmektedir. Literatürde oral hiperpigmentasyon ve likenoid reaksiyonlar, imatinib ile ilişkili nadir mukozal advers etkiler arasında tanımlanmıştır. [3] Bu olgunun amacı imatinib tedavisi ile ilişkili nadir görülen oral mukozal pigmentasyonu tanımlamak ve özellikle malign melanom başta olmak üzere oral pigmente lezyonların ayırıcı tanısında ilaç öyküsünün önemine dikkat çekmektir.

Olgu: Elli üç yaşında kadın hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, tiroidektomi ve 2007 yılında sağ ayak beşinci parmak medialinden malign melanom nedeniyle operasyon öyküsü bulunmaktaydı. Hasta 2006 yılında KML tanısı almış ve imatinib mesilat günlük 400 mg oral olacak şekilde tedavisi başlanmıştı. Düzenli kullandığı diğer ilaçlar arasında levotiroksin, furosemid ve sertralin vardı. Hasta melanom öyküsü nedeniyle tarafımıza rutin kontrol amacıyla başvurdu, takiplerinde nüks veya metastaz saptanmamış ve hastalığı remisyonda seyretmekteydi. Kontrol sırasında hastanın daha önce fark etmediği, asemptomatik olan, sert damakta bilateral yerleşim gösteren, homojen mavi-gri tonlarında pigmentasyon alanları saptandı. (Şekil 1.) Hasta biyopsi istemediğini belirtti. Klinik görünüm ve lokalizasyon, literatürde tanımlanan imatinib ilişkili oral mukozal pigmentasyon ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Şekil 1.



İmatinib tedavisi altında gelişen sert damakta mavi-gri pigmentasyon.

Sonuç: İmatinib ilişkili oral mukozal hiperpigmentasyon nadir görülen ve muhtemelen olduğundan az bildirilen bir advers etkidir. Literatürde bildirilen olgularda karakteristik olarak sert damak belirgin bir tutulum eğilimi göstermekte; pigmentasyon sıklıkla mavi, gri, kahverengi tonlarda maküler izlenmektedir.[1] Pigmentasyon, genellikle uzun süreli ilaç maruziyeti sonrasında ortaya çıkmakta olup literatürde bildirilen olgularda, 3 ay ile 13 yıl arasında değişen sürelerde imatinib kullanımını takiben geliştiği ve ortalama 5–6 yıllık tedavi süresinin öne çıktığı görülmektedir.[4] Bildirilmiş imatinib ilişkili oral pigmentasyon olguları genel olarak benign seyirli olmakla birlikte, oral pigmente lezyonların değerlendirilmesinde malign melanom başta olmak üzere diğer etiyolojiler göz önünde bulundurulmalı ve ayrıntılı ilaç öyküsü alınmalıdır. Klinik olarak kesin ayrım yapılamayan olgularda histopatolojik değerlendirme önem taşımaktadır. Bu olgu, imatinib ilişkili oral pigmentasyona yönelik klinik farkındalığın artırılması ve oral pigmente lezyonların ayırıcı tanısında ilaç öyküsünün öneminin vurgulanması açısından dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: imatinib, oral mukozal pigmentasyon

Yayın No: P-136
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Spitz Nevus: Adolesan Dönemde Vasküler Görünümlü Bir Spitz Nevus Olgusu

Esra Harktı[1], Hülya Albayrak[1]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Spitz nevüs, ilk kez Sophie Spitz tarafından tanımlanmış, çoğunlukla çocukluk ve adölesan dönemde görülen, ancak erişkin yaş grubunda da ortaya çıkabilen, tüm melanositik proliferasyonların %1'inden daha azını oluşturan benign bir melanositik tümördür. Klinik görünümü oldukça değişken olup pigmente, hipopigmente veya amelanotik formlarda izlenebilir. Klinik ve dermoskopik değerlendirme tanıya önemli katkı sağlasa da kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Bu olguda, yanakta yerleşen ve klinik olarak vasküler bir lezyonu düşündüren Spitz nevüs olgusunun sunulması ve ayırıcı tanıda Spitz nevüsün öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanın klinik bulguları, histopatolojik inceleme sonuçları ve uygulanan tedavi süreci sunuldu.

Bulgular ve Sonuç: 13 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 aydır sağ yanakta bulunan ve son aylarda hafif büyüme gösterdiğini ifade ettiği pembe renkli lezyon nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hasta lezyon bölgesinde travma öyküsü tariflemedi. Dermatolojik muayenede yanakta yaklaşık 3x3 mm boyutlarında, kubbe şeklinde, düzgün sınırlı, pembe-kırmızı renkte, yüzeyi hafif lobüle görünümlü, sert kıvamlı nodüler lezyon izlendi. Lezyonda ülserasyon, hemoraji veya krut saptanmadı. Dermoskopik incelemede pembe zemin üzerinde yer yer septasyonlarla lobüler yapı, düzensiz nokta ve lineer damarlanmalar görüldü.(Görsel1) Klinik ve dermoskopik bulgular doğrultusunda ön planda piyojenik granülom ve diğer benign vasküler proliferasyonlar düşünüldü. Atipik vasküler görünümü nedeniyle tanısal eksizyon planlandı. Lezyon total eksizyon ile çıkarıldı. Histopatolojide büyük iğsi melanositlerden oluşan düzenli yuvalar ve yüzeyel yerleşimli düşük mitotik aktivite mevcut olup, derin veya atipik mitoz görülmedi. Cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı. Histokimyasal olarak P-63:Negatif S-100:Pozitif Melan A:Negatif Ki-67 %5 in altı olarak raporlandı. Bulgular Spitz nevüs ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın takiplerinde yara iyileşmesinin sorunsuz olduğu, nüks veya yeni lezyon gelişimi gözlenmediği saptandı.Spitz nevüs, özellikle amelanotik formunda belirgin vasküler görünümü nedeniyle klinik ve dermoskopik olarak vasküler tümörleri taklit edebilen benign bir melanositik neoplazmdır. Özellikle amelanotik spitz nevüsler pembe-kırmızı renkte olmaları ve belirgin vasküler yapılar içermeleri nedeniyle piyojenik granülom, hemanjiyom, juvenil ksantogranülom, bazal hücreli karsinom ve diğer benign veya malign vasküler deri tümörleri ile karışabilmektedir. Yüz bölgesi yerleşimli lezyonlarda kozmetik kaygılar ve geniş ayırıcı tanı nedeniyle tanısal süreç daha da güçleşmektedir. Yüz bölgesindeki pembe nodüler lezyonlarda ayırıcı tanıda spitz nevüs mutlaka akılda tutulmalıdır. Dermoskopi tanısal yaklaşımda önemli bilgiler sağlamakla birlikte, atipik veya tanısal açıdan şüpheli olgularda eksizyonel biyopsi ve

histopatolojik değerlendirme tanının doğrulanmasında altın standarttır. Erken ve doğru tanı gereksiz tedavilerin önlenmesini sağlarken uygun hasta takibine de olanak tanımaktadır.

Görsel1



Anahtar Kelimeler: Spitz nevus, Ayırıcı tanı, Vasküler lezyonlar

Yayın No: P-138
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Pediatrik Kutanöz Langerhans Hücreli Histiositoz: Beş Yıllık Klinik Seyir ve Tedavi Deneyimi

Peyruze Gül Daye Yılmaz[1], Ozan Erdem[1], Şeyma Özkanlı[2], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Patoloji Bölümü

Giriş ve Amaç: Langerhans hücreli histiositoz (LHH), Langerhans hücresi fenotipi gösteren miyeloid kökenli hücrelerin klonal proliferasyonu ile karakterize nadir bir inflamatuvar neoplazidir. Klinik spektrumu, yalnızca deriyle sınırlı olgulardan yaşamı tehdit edebilen çoklu sistem tutulumuna kadar uzanır. Çocukluk çağındaki kutanöz lezyonlar; seboreik dermatit, egzamatöz dermatozlar, mastositoz ve non-Langerhans hücreli histiositozlarla karışabilir. Bu bildiride, başlangıçta benign sefalik histiositoz ve jeneralize erüptif histiositom ön tanılarıyla değerlendirilen, histopatolojik ve immünohistokimyasal incelemeler sonucunda kutanöz LHH tanısı konulan ve beş yılı aşan izleminde farklı tedavi basamakları uygulanan pediatrik bir olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu: Yedi yaşındaki erkek hasta, yaklaşık bir yıldır devam eden, yüzde malar bölgede belirgin, gövde ve üst ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde daha seyrek yerleşimli asemptomatik eritemli papüller nedeniyle değerlendirildi. Klinik olarak benign sefalik histiositoz ve jeneralize erüptif histiositom ön tanıları düşünüldü. Deri biyopsisinde dermiste geniş eozinofilik sitoplazmalı, oval ve yer yer reniform nükleuslu histiositik hücrelerden oluşan infiltrasyon ile eozinofiller ve az sayıda nötrofil izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede CD1a, S100, fascin ve langerin pozitifliği, CD68 ile zayıf pozitiflik saptandı. Elektron mikroskobik incelemede sitoplazmasında Birbeck granülleri bulunan çok sayıda Langerhans hücresi gösterilmesi üzerine bulgular Langerhans hücreli histiositoz ile uyumlu değerlendirildi.Hasta sistemik tutulum açısından çocuk hematoloji-onkoloji tarafından değerlendirildi. Fizik muayenede hepatosplenomegali saptanmadı, tüm vücut grafisi normaldi. Servikal ve inguinal lenfadenopatiler reaktif olarak değerlendirildi. Hastalık progresyonu sırasında yapılan pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi incelemesinde timusta artmış tutulum izlenmekle birlikte, multidisipliner konseyde bu bulgu sistemik LHH tutulumu olarak kabul edilmedi.Tedavide başlangıçta dar bant ultraviyole B, topikal kortikosteroidler ve asitretin uygulandı. Kutanöz lezyonların devam etmesi ve artış göstermesi üzerine çocuk hematoloji-onkoloji değerlendirmesi sonrası metotreksat başlandı. Persistan ve progresif kutanöz hastalık nedeniyle multidisipliner konsey kararıyla iki ay vinblastin uygulandı; ardından metotreksat ve 6-merkaptopürin tedavilerine devam edildi. Sistemik tedaviyle gövde lezyonları belirgin olarak gerilerken yüzde sikatrisyel alanlar kaldı. İzlemde tedavi kesintileri sırasında yeni papüler lezyonlar gelişti. Tekrarlayan transaminaz

yüksekliği nedeniyle tedaviye aralıklı olarak ara verildi ve doz düzenlemeleri yapıldı. Hasta günümüzde 12 yaşında olup dermatoloji ve çocuk hematoloji-onkoloji tarafından izlenmektedir.

Kutanöz Langerhans hücreli histiositozun klinik görünümleri. (A-B) Malar bölgede ve yanakta dağınık yerleşimli eritemli papüller. (C-D) Üst ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde yerleşen benzer papüler lezyonlar.



Sonuç: Çocuklarda persistan veya progresif papüler döküntülerde Langerhans hücreli histiositoz ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tanıda klinik bulguların histopatolojik, immünohistokimyasal ve gerektiğinde ultrastrüktürel incelemelerle birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Deriyle sınırlı olgularda dahi hastalık uzun süreli ve tedaviye dirençli seyredebilir. Bu nedenle sistemik tutulumun dışlanması, tedavi yanıtının izlenmesi ve tedaviye bağlı toksisitelerin düzenli olarak değerlendirilmesi gereklidir. Sunulan olgu, pediatrik kutanöz Langerhans hücreli histiositozda multidisipliner yaklaşımın ve uzun dönem takibin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Langerhans hücreli histiositoz, pediatrik dermatoloji, kutanöz histiositoz

Yayın No: P-139
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Şiddetli Kronik Plak Tip Psöriazisi ile Maskelenen Erişkin Başlangıçlı Juvenil Ksantogranülom

Merve Altuntop[1], Nilay Bakoğlu Malinowski[2], Filiz Topaloğlu Demir[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Juvenil ksantogranülom (JKG), non-Langerhans hücreli histiositozlar grubunda yer alan benign histiositik bir proliferasyondur. Olguların yaklaşık %90'ı yaşamın ilk yılında ortaya çıkar ve en sık bebeklik ile erken çocukluk döneminde görülür. Klinik olarak sarı-kahverengi veya eritemli papül ve nodüllerle karakterizedir ve en sık baş-boyun ile üst gövdede yerleşim gösterir. Erişkin başlangıçlı JKG oldukça nadir olup, lezyonlar genellikle soliterdir ve çocukluk çağındaki olguların aksine spontan regresyon eğilimleri daha düşüktür. Psöriazis gibi yaygın deri tutulumu ile seyreden inflamatuvar dermatozlar, eşlik eden farklı deri lezyonlarının klinik olarak gözden kaçmasına neden olabilmektedir. Bu olguda, şiddetli kronik plak tip psöriazisi nedeniyle uzun süre maskelenen, psöriazis lezyonlarının metotreksat tedavisi ile gerilemesinin ardından fark edilen ve alt ekstremitede yerleşim gösteren erişkin başlangıçlı juvenil ksantogranülom olgusu; nadir görülmesi, atipik lokalizasyonu ve yaygın inflamatuvar dermatozların eşlik eden deri lezyonlarını maskeleyebileceğine dikkat çekmek amacıyla sunulmaktadır.

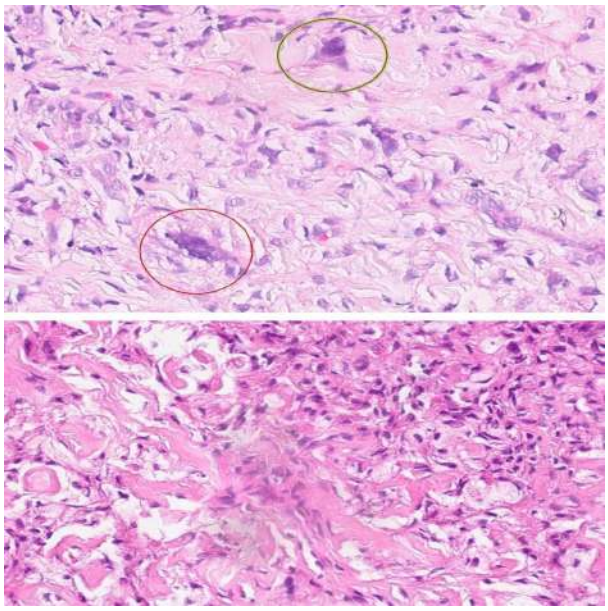
Olgu: Kırk beş yaşında erkek hasta, yaklaşık 25 yıldır mevcut olan şiddetli kronik plak tip psöriazis nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastaya metotreksat tedavisi başlandı. Tedavi sonrası psöriyatik plaklarda tama yakın gerileme izlenirken yapılan kontrol dermatolojik muayenesinde, daha önce yaygın psöriazis lezyonları nedeniyle fark edilmeyen, sağ pretibial bölgede yaklaşık 10×15mm boyutlarında, iyi sınırlı, kubbe şeklinde, eritemli-sarımsı renkli, sert kıvamlı soliter nodül saptandı (Resim 1). Hasta, lezyonun yaklaşık 5 yıldır mevcut olduğunu, yavaş büyüdüğünü ve herhangi bir yakınmaya neden olmadığı için daha önce hekime göstermediğini ifade etti. Lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermis altında yer yer derin dermiste köpüksü sitoplazmalı histiyositik hücrelerden oluşan çok çekirdekli Touton tipi dev hücreler (Resim 2a) ve kronik inflamatuvar hücrelerin eşlik ettiği fibrohistiyositik proliferasyon (Resim 2b) izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede prolifere hücreler CD68 ve Faktör XIIIa pozitif, CD1a, Langerin ve S100 negatif saptandı. Histopatolojik ve immünhistokimyasal bulgular doğrultusunda erişkin başlangıçlı juvenil ksantogranülom tanısı konuldu. Hastada sistemik tutulum düşündüren klinik veya laboratuvar bulgusu saptanmadı. Total cerrahi eksizyon ve takip planlandı.

Resim 1



Sol pretibial bölgede 10x15 mm boyutlarında eritemli sarımsı renkli soliter nodüler lezyon

Resim 2



Resim 2a: Hematoksilen-Eozin (H&E) ile boyama x40 büyütme. Dermiste histiyositler arasında daire içerisinde gösterilen Touton tipi dev hücreler Resim 2b: Hematoksilen-Eozin (H&E) ile boyama x40 büyütme. Dermiste fibrohistiyositik proliferasyon

Sonuç: Erişkin başlangıçlı juvenil ksantogranülom, nadir görülmesi, atipik lokalizasyonlarda ortaya çıkabilmesi ve diğer kutanöz lezyonları taklit edebilmesi nedeniyle tanısal güçlük oluşturabilir. Psoriasis gibi yaygın deri tutulumu ile seyreden inflamatuvar dermatozlarda yalnızca primer hastalığın değerlendirilmesine odaklanılmamalı; tedavi öncesi ve tedavi sürecinde tüm vücut dermatolojik muayene ile eşlik eden deri lezyonları da dikkatle değerlendirilmelidir. Sunulan olguda juvenil ksantogranülomun şiddetli kronik plak tip psoriasis nedeniyle uzun süre maskelenmiş olması, bu yaklaşımın erken tanı ve tanısal gecikmenin önlenmesi açısından önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: juvenil ksantogranulom, non-langerhans hücreli histiositoz, deri tümörü

Yayın No: P-141
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Ataksi Telanjiektazi Sendromunun Kutanöz Manifestasyonları: Vaka Sunumu

Merve Güneş[1], Ayser Duyan[1], Arzu Kılıç[1], İlkay Can[1], Pelin Hızlı[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Ataksi telenjiektazi (AT), okülokutanöz telenjiektazi, serebellar ataksi, radyosensitivite ve immün yetmezlikle karakterize hem sistemik hem kutanöz bulguların olduğu nadir bir genodermatozdur. Okülokutanöz telenjiektaziler, "café au lait" makülleri, pigmentasyon anormallikleri, kutanöz granülomlar, poikiloderma ve seboreik dermatit gibi tipik ve atipik kutanöz semptomların erken tanınması, tedaviye zamanında başlanması ve prognozun iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Burada, 8 yaşında bir pediatrik olguda saptanan okülokutanöz telenjiektaziler, konjenital nevüs, "café au lait" makülleri ve verruka vulgaris saptanan 8 yaşındaki bir AT olgusu sunularak, daha az bilinen kutanöz bulgularına dikkat çekilmesi ve farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Yürüme bozukluğu ve skleral telenjiektazileri bulunan sekiz yaşındaki olgunun AT tanısı, yapılan ileri tetkikler ve genetik analiz ile kesinleştirilmiş olup eşlik eden kutanöz bulgu ve patolojilerin değerlendirilmesi amacıyla hastanemiz Çocuk Nöroloji kliniği tarafından kliniğimize yönlendirildi. Dermatolojik muayenede bulber konjuktivalarda ve konka aurikulariste belirgin telanjiektaziler (Resim 1 a,b), sol el birinci parmak dorsal yüzde birkaç adet verrüköz papül (Resim 1c), sağ bacak dorsumunda üzerinde terminal kılları olan 4x2 cm boyutlarında hiperpigmente plak ve üzerinde kahverenkli 8 mm'lik papül (Resim 1d), T12 torakal vertebra hizasında 1x2 cm çapında hiperpigmente yama (Resim 1e) izlendi. Diğer klinik bulgularında dizarti, nistagmus, ataksi ve pes planus gibi belirtiler gözlenmiştir. Ayrıca kan alfa-fetoprotein miktarında yükseklik, immunglobulin düzeylerinde düşüklük saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda hasta; çocuk nöroloji, immünoloji, hematoloji, onkoloji, ortopedi, göz hastalıkları ve dermatoloji kliniklerinde belirli aralıklarla multidisipliner bir yaklaşım çerçevesinde takip edilmektedir.

Resim 1



(a, b) Bulbar konjuktivada ve aurikula telanjiektaziler, (c) sol el 1. parmak dorsalinde verrüköz papüller, (d) sağ bacak dorsumunda konjenital nevüs, (e) T12 torakal vertebra hizasında "café au lait " makülü

Bulgular ve Sonuç: Ataksi-telenjiektazi, çocukluk döneminde başlayan progresif nörolojik bozukluklar, telenjiektaziler, immün yetmezlik, kansere yatkınlık ve radyosensitivite ile karakterize otozomal resesif bir sendromdur. AT'nin nörolojik, hematolojik, onkolojik, immünolojik, ortopedik ve dermatolojik bulguları göz önüne alındığında, bu hastalığın yönetiminde multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi hayati önem taşımaktadır. Dermatolojik bulgu olarak en sık okulokutanöz telenjiektaziler görülür ve bu lezyonlar genellikle güneş gören bölgelerde yerleşir.Telenjiektazinin patogenezinde, ATM gen mutasyonuna bağlı olarak artan vasküler endotelyal büyüme faktörü düzeylerinin endotel hücreleri ve perisitlerde anormal anjiyojenik yanıtları uyararak hastalığın gelişimine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. AT sendromunun diğer dermatolojik bulguları arasında; yüzde papüloskuamöz lezyonlar, melanositik nevüsler, hipertrikoz, verruka vulgaris, albinizm,hipopigmente maküller, "café au lait" makülleri, kutanöz granülomlar, liken simpleks kronikus, akantozis nigrikans, poikiloderma,seboreik dermatit, saçlarda progeria benzeri değişiklikler, melanom ve nonmelanom deri maligniteleri yer almaktadır. Deri bulgularının erken dönemde tanınması, multidisipliner bakımın etkin biçimde koordine edilmesini de sağlar. Deri kanseri taramalarının düzenli yapılması, inflamatuar ve enfeksiyöz lezyonların uygun şekilde tedavi edilmesi ve gereksiz radyasyon maruziyetinden kaçınılması gibi proaktif dermatolojik yaklaşımlar, komplikasyon riskini azaltarak uzun vadede hasta yaşam kalitesini iyileştirir. Sonuç olarak, dermatoloji bu süreçte temel bir rol üstlenmekte, erken tanıyla birlikte genetik danışmanlık ve aile planlaması gibi önemli yönlendirmeler sunarak hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde iyileştirebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ataksi-telenjiektazi, Verruka vulgaris, Café au lait makülleri

Yayın No: P-142
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Konjenital Kalp Cerrahisi Sırasında Timektomi Uygulanan Bir Çocukta Erken Başlangıçlı Şiddetli Atopik Dermatit: Dupilumab ile Hastalık Kontrolü

Maide Memişoğlu[1], Gülşen Akoğlu[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Giriş ve Amaç: Atopik dermatit (AD), deri bariyeri bozukluğu ve IL-4/IL-13 eksenli tip 2 inflamasyonun rol oynadığı kronik, kaşıntılı inflamatuar bir dermatozdur. Konjenital kalp cerrahisi sırasında cerrahi erişimi kolaylaştırmak amacıyla parsiyel veya total timektomi uygulanabilmektedir. Erken timektominin naïve T hücre havuzunda azalma, T hücre reseptör çeşitliliğinde daralma ve immün yaşlanma bulgularıyla ilişkili olduğu bildirilmiş olmakla birlikte, atopik hastalıklarla ilişkisi kesin değildir. Bu olguda, timektomi öyküsüne eşlik eden naïve T hücre düşüklüğü ve sık enfeksiyon öyküsü bulunan bir çocukta gelişen şiddetli AD'nin dupilumab ile kontrolü sunulmaktadır.

Yöntem: Olgu: Altı yaşında kız hasta, dört aylıktan itibaren süren, topikal tedavilere dirençli ekzematöz lezyonlar nedeniyle kliniğimize refere edildi. İnfant dönemde büyük arter transpozisyonu nedeniyle açık kalp cerrahisi geçirdiği ve operasyon sırasında timektomi uygulandığı öğrenildi. İzleminde CD4+CD45RA+ naïve T hücre düşüklüğü saptanması üzerine trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi başlanmıştı. Hastanın tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları ve pnömoni nedeniyle hastane yatışı öyküsü mevcuttu. Ayrıca çoklu besin alerjileri izlenmiş, susam alımı sonrası anjiyoödem/anafilaksi ile uyumlu reaksiyon tariflenmişti. Hastanın dermatolojik muayenesinde baş-boyun bölgesi ile üst ve alt ekstremitelerin fleksör ve ekstansör yüzlerinde yaygın ekzematöz plaklar izlendi. Egzama Alan ve Şiddet İndeksi (EASI) 25, kaşıntı sayısal derecelendirme skoru (NRS) 8, Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (CDLQI) 21 ve total IgE düzeyi 248 IU/mL idi. Sistemik tedavi gereksinimi olan şiddetli AD olarak değerlendirilen hastada, enfeksiyon öyküsü ve immünolojik bulgular nedeniyle geniş etkili immünsüpresif tedaviler yerine dupilumab 300 mg/4 hafta başlandı. Tedavinin ilk iki haftasında kaşıntıda belirgin azalma ve uyku kalitesinde düzelme gözlendi. Üçüncü ayda EASI 0,5'e, CDLQI 5'e ve total IgE 60,4 IU/mL'ye geriledi. Altıncı ayda EASI ve kaşıntı NRS değerleri 0 olarak değerlendirildi. İzlemde ciddi advers olay, ciddi enfeksiyon veya tedavi kesilmesini gerektiren yan etki gözlenmedi.

Tedavi öncesi



Tedavinin 3.ayı



Bulgular ve Sonuç: Sonuç: Timektomi öyküsüne eşlik eden naïve T hücre düşüklüğü ve enfeksiyon yatkınlığı bulunan bu hastada dupilumab hızlı ve belirgin klinik yanıt sağlamıştır. Erken timektomi ile AD gelişimi arasında neden-sonuç ilişkisi kurulamamakla beraber AD'nin başlangıç zamanı pediatrik AD'nin tipik başlangıç aralığı ile örtüşmektedir. Ancak izlemde saptanan naïve T hücre düşüklüğü, erken timektomi sonrası bildirilen T hücre homeostaz değişiklikleriyle uyumludur ve bu hastalarda atopik hastalık seyri, enfeksiyon sıklığı ve biyolojik tedavi güvenliliğinin birlikte izlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Atopik Dermatit, Timektomi, Dupilumab

Yayın No: P-143
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Vulvar Paget Hastalığı Olgusu

Hacer Keleş[1]

[1]Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Samsun
[2]Samsun Şehir Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, Samsun

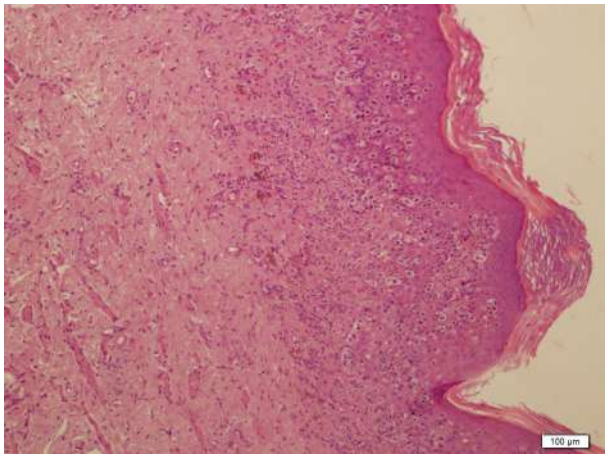
Giriş ve Amaç: Meme Paget hastalığını, ilk olarak James Paget 1874 yılında tanımlamıştır, 15 yıl sonrasında da Crocker meme dışı Paget hastalığını bildirmiştir. Meme dışı Paget hastalığı, memenin Paget hastalığıyla klinik ve patolojik özellikleri açısından benzerlik göstermesine rağmen yerleşim yeri, patogenezi ve altta yatan başka bir maligniteye eşlik edebilmesi nedeniyle farklı bir antite olarak kabul edilmektedir. Vulva başta olmak üzere anogenital bölgede ve daha seyrek olarak, başta aksilla olmak üzere apokrin bölgelerde daha sık görülür. Meme dışı paget hastalığı, vulvar malignitelerin %1-2'sini oluşturan nadir bir hastalıktır. Klinik olarak deride iyi sınırlı, ekzematize veya erode plak şeklinde gözlenir. Lezyonun üzerinde krutlanma, eksudasyon veya ülserasyon olabilir. Vulvar Paget hastalığı, meme ucunun derisini etkileyen bir adenokarsinom olan, meme bezindeki Paget hastalığı ile histolojik olarak yakından ilişkilidir. Meme Paget hastalığında, altta yatan glandüler doku hemen hemen tüm vakalarda kötü diferansiye intraduktal veya invaziv meme karsinomuna neden olur. Buna karşılık, vulvar Paget hastalığı vakalarının sadece %4'ü bir vulvar adenokarsinom ile ilişkilidir. En sık postmenopozal dönemde, ortalama 7. dekatta görülür. Cerrahi rezeksiyon, bu hasta grubunda tedavinin temelini oluşturur. Ancak farklı büyüme paterni nedeniyle tümörün tam eksizyonu zordur. Vulvar Paget tanısı almış hastaların en yaygın klinik bulgu ve şikayetleri arasında vulvar kaşıntı, ağrı ve ekzamatöz cilt lezyonu bulunur. Bu belirtiler kontakt dermatit, kandidiyazis, tinea cruris, psöriazis, liken simpleks ve seboreik dermatit gibi benign hastalıklarda da yaygındır. Bu yüzden hastalara tanı konulması gecikebilmektedir.

Olgu: 93 yaşında kadın hasta kadın doğum hastalıkları tarafından takip edilmekte iken tarafımıza konsülte edilmişti. Hastanın alınan anamnezinde vulvada birkaç yıl önce çıkan yaranın son zamanlarda hızla genişlediği öğrenildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde sağ tarafta daha fazla olmak üzere labia majörlerde eritemli zeminde ülsere lezyonlar saptandı. Kadın doğum tarafından lezyonun eksizyonu sonrasında yapılan immünhistokimyasal çalışmada CK7, CAM5.2, GCDFP15 ve AR pozitif boyanmış olup p63, S100 ve CK20 negatif olarak saptandı ve histopatolojik inceleme sonucunda lezyon Paget hastalığı ile uyumlu bulundu.

Resim 1: Labia majörlerde eritemli zeminde ülsere lezyonlar



Resim 2: Geniş soluk sitoplazmalı, iri nükleuslu, poligonal epitelyal hücreler (x100, H&E)



Sonuç: Vulvar Paget hastalığı egzema gibi benign hastalıklarla karışabileceği için tanı gecikebilmektedir. Bu sebeple vulvar Paget hastalığına erken ve doğru tanı koyabilmek prognoz açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: cerrahi rezeksiyon, postmenopozal, vulvar adenokarsinom

Yayın No: P-144
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Vulvar Lenfanjiyoma Sirkumskriptum: Nadir Bir Olgu

Ecem Etli Yıldız[1], Ayşe Akman[1]

[1]Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Giriş: Lenfanjiyoma sirkumskriptum (LS), güncel terminolojiyle mikrokistik lenfatik malformasyon, dermis ve subkutan dokudaki dilate lenfatik kanalların yüzeyel veziküler yapılarla ilişkili olduğu benign bir lenfatik malformasyondur. Klinik olarak kümelenmiş, ince duvarlı, berrak veya zaman zaman hemorajik içerikli veziküller ile karakterizedir. Lezyonlardan tekrarlayan berrak sıvı sızıntısı görülebilmesi tipik özelliklerinden biridir (1). Vulvar tutulum nadir olmakla birlikte, özellikle kondiloma aküminata gibi verrüköz genital lezyonlarla klinik olarak karışabilmektedir (2). Bu nedenle dirençli veya atipik genital lezyonlarda histopatolojik inceleme tanı açısından önem taşımaktadır.Amaç: Genital bölgede kondiloma aküminatayı taklit eden nadir bir lenfanjiyoma sirkumskriptum olgusunu sunmak.

Yöntem: Yöntem: 70 yaşındaki kadın hastanın retrospektif olarak klinik ve histopatolojik bulguları değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Olgu:Yetmiş yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır genital bölgede mevcut olan, sivilce benzeri lezyonlardan ve zaman zaman lezyonlardan berrak, su benzeri sıvı gelmesi şikayeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünden, lezyonların daha önce dış merkezde siğil olarak değerlendirildiği ve çeşitli tedaviler uygulandığı ancak tedavilere rağmen klinik düzelme sağlanamadığı öğrenildi.Dermatolojik muayenede, sol labium majus üzerinde daha belirgin olmak üzere bilateral labium majusta kümelenme eğilimi gösteren, berrak içerikli veziküller ve yer yer deri renginde verrüköz papüller izlendi (Şekil 1). Lezyonların morfolojisi, kümelenmiş berrak veziküllerin varlığı ve öyküde tariflenen tekrarlayan berrak sıvı sızıntısı nedeniyle lenfatik malformasyon ön planda değerlendirildi. Klinik olarak kondiloma aküminata başta olmak üzere genital verrüköz lezyonlar ayırıcı tanıda düşünüldü.Lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde, dermis içerisinde dilate lenfatik kanallarla uyumlu bulgular saptanarak lenfanjiyoma sirkumskriptum tanısı doğrulandı.Hastaya topikal sirolimus tedavisi planlandı. Tedaviye yanıt hastanın takip vizitlerinde değerlendirilecektir. Sonuç: Genital bölgede tedaviye dirençli, kümelenme eğilimi gösteren berrak veziküller ve özellikle tekrarlayan berrak sıvı sızıntısı varlığında lenfanjiyoma sirkumskriptum ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Hastalarda lezyonların kondiloma aküminata karıştırılabileceği akılda tutulmalıdır. Doğru tanının konulmasında histopatolojik inceleme kritik öneme sahiptir. Topikal sirolimus ise yüzeyel lenfatik malformasyonlarda umut vadeden bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Olgumuzun tedavi yanıtının izlenmesi, genital LS'de topikal sirolimus kullanımına ilişkin klinik deneyime katkı sağlayacaktır.

Şekil 1.



Hastanın vulvar bölgedeki kümelenmiş vezikül ve vejetatif papüler lezyonları

Anahtar Kelimeler: Lenfanjiyoma sirkumskriptum;lenfatik malformasyon; topikal sirolimus

Yayın No: P-145
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Bimekizumab'a bağlı gelişen paradoksal palmoplantar püstüler psöriasis

Ali İmran Özatak[1], İrem Ertekin[1], Ramazan Aksoy[1], Kübra Şimşek[2], Cumhur İbrahim Başsorgun[2], Erkan Alpsoy[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Antalya

Giriş ve Amaç: Psoriazis vulgaris, popülasyonun %2 ila %3'ünü etkileyen kronik, immün aracılı inflamatuar bir deri hastalığıdır. Orta ve şiddetli vakalarda biyolojik tedaviler günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu tedavilerin klinik pratiğe girmesiyle birlikte, hedeflenen biyolojik ilaçlar kullanımı sırasında normal şartlarda o ilaca yanıt vermesi beklenen immün aracılı hastalıkların ortaya çıkması olarak tanımlanan "paradoksal reaksiyonlar" (PR) görülmeye başlanmıştır. Biyolojik tedavi ilişkili palmoplantar püstüler psoriazis (PPP) geçmişte ağırlıklı olarak tümör nekroz faktörü (TNF)-alfa inhibitörleri ile ilişkilendirilmiş olsa da, interlökin-17A (IL-17A) inhibitörleri ile nadiren rapor edilmiştir. Bimekizumab, hem IL-17A hem de IL-17F yolağını yüksek afiniteyle hedef alan yeni nesil bir monoklonal antikordur. Günümüze dek, bimekizumab kullanımıyla ilişkili paradoksal psoriazis vakaları son derece az bildirilmiştir. Bu sunumun amacı; uzun süreli plak psoriazis tanısıyla bimekizumab başlanan ve tedavi sürecinde paradoksal PPP gelişen nadir bir olguyu klinik ve histopatolojik bulgularıyla literatüre sunmak ve ilacın immünopatogenez üzerindeki etkilerine dikkat çekmektir.

Olgu: Kol ve bacakların ekstansör yüzeylerinde, sırtta ve dış kulak yolunda lezyonları bulunan, 30 yıllık plak psoriazis öyküsüne sahip 62 yaşında bir erkek hasta kliniğimizde değerlendirildi. Hastanın Psoriazis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) skoru 18 olup; önceki metotreksat, asitretin ve dar bant ultraviyole B (UVB) tedavilerine klinik yanıt alınamadığı öğrenildi. Bu dirençli tablo nedeniyle hastaya IL-17 A/F antagonisti bimekizumab tedavisi başlandı. Tedavi süresince başlangıç plak psoriazis lezyonlarında belirgin düzelme izlendi. Ancak standart doz şemasına uygun olarak uygulanan 8.haftadaki üçüncü bimekizumab dozunun hemen ardından, hastanın avuç içi ve ayak tabanlarında eritem, deskuamasyon, erozyonlar ve yaygın püstüler lezyonlar gelişti. Hastanın biyolojik tedavisi aynı gün sonlandırıldı. Tanıyı kesinleştirmek için avuç içindeki püstüllerden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde; hiperparakeratoz, spongioz, nötrofillerle dolu subkorneal püstül oluşumu ve papiller dermisteki dilate kapiller damarlar çevresinde nötrofil de içeren perivasküler lenfositik infiltrasyon saptandı. Geçmişte püstüler psoriazis öyküsü olmayan hastada, lezyonların ilacın kesilmesiyle hızla gerilemesi ve başka bir tetikleyicinin bulunmaması nedeniyle tablo ilaca bağlandı. Hastaya 25 mg/gün asitretin ve topikal betametazon valerat/fusidik asit tedavisi başlandı. 14 gün içerisinde yeni püstül sayısında, eritem ve deskuamasyonda azalma sağlandı ve hastanın kliniği belirgin bir şekilde iyileşti.

Öncesi



Plak psöriazis nedeniyle uygulanan bimekizumab tedavisi sonrasında hastanın avuç içlerinde erozyon, deskuamasyon ve püstüllerle prezente olan palmoplantar püstülozis

SONRASI



Bimekizumabın kesilmesi ve 14 günlük asitretin ile topikal betametazon valerat/fusidik asit tedavisinin ardından, hastanın avuç içlerinde eritem, deskuamasyon ve püstüllerde azalma ile birlikte izlenen düzelme.

Sonuç: Biyolojik ajanların neden olduğu paradoksal reaksiyonların immünopatogenezi hakkında en yaygın kabul gören açıklama "sitokin kayması(cytokine shift)" hipotezidir.. Hedeflenen yolağın etkili bir şekilde baskılanması, alternatif sitokin ağlarının aktive olmasına neden olmaktadır. Bimekizumabın hem IL-17A hem de IL-17F'yi hedef alan ikili blokajı, sadece IL-17A'yı inhibe eden ajanlara kıyasla daha derin bir IL-17 süpresyonu oluşturabilir. Bu derin süpresyonun, IL-17'nin negatif kontrolü altındaki tip I interferon (özellikle interferon-alfa)

yanıtında belirgin bir "rebound" aktivasyon yarattığı ve bunun keratinosit aktivasyonu, nötrofil kemotaksisi ve püstül oluşumu döngüsünü tetiklediği düşünülmektedir. IL-17 kaynaklı paradoksal psoriazis lezyonları, TNF-alfa inhibitörlerinin aksine genellikle guttat yerine püstüler formda olma eğilimindedir ve 1 yıl yerine tedavinin ilk 6 ayı içerisinde ortaya çıkmaktadır. Vakamızda klinik tablonun üçüncü dozdan hemen sonra başlaması ve hastanın lezyonları bu verilerle uyumludur. Bimekizumab gibi yeni ajanların potansiyel etkileri ve uzun dönem güvenlik profilleri henüz tam aydınlatılamamıştır. Olası istenmeyen reaksiyonların tespiti için bu tür klinik tecrübelerin paylaşılması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: paradoksal psoriasis, palmoplantar püstüler psoriasis, IL-17 inhibitörleri

Yayın No: P-146
Bildiri Grubu: Genel / Dermatopatoloji

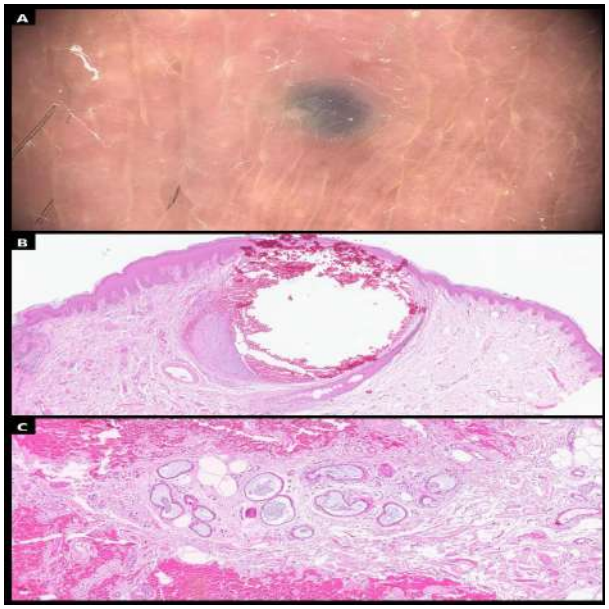
Benign vulvar adneksiyal tümörlerde pigmentasyonun farklı mekanizmaları olarak melanositik kolonizasyon ve vasküler ektazi: melanomu taklit eden iki olgu

Cevahir Şen[1], Gonca Saraç[1], Cuyan Demirkesen[2], Sedef Şahin[1]

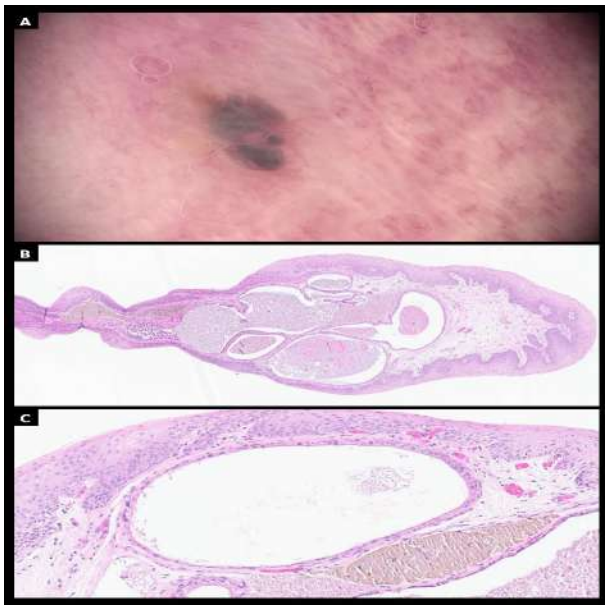
[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Vulvar bölgenin pigmente lezyonları klinik ve dermoskopik olarak melanomu taklit edebilir; bu durum tanısal belirsizliğe ve biyopsi için düşük bir eşiğe yol açabilir. Bu çalışmada, pigmentasyonun farklı histopatolojik mekanizmaları nedeniyle melanoma benzer lezyonlar olarak ortaya çıkan vulvanın iki benign adneksiyal tümörü (ekrin siringom ve pigmente apokrin hamartom) sunulmuştur.

Figür 1



Figür 2



Yöntem: İki vulvar pigmente lezyon klinik, dermoskopik ve histopatolojik özellikleri açısından değerlendirildi. Histopatolojik incelemeler pigmentasyon mekanizmalarını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirildi.

Bulgular ve Sonuç: İlk olguda, soliter bir vulvar siringom, üzerini örten dilate vasküler bir yapıdan kaynaklanan mavi-gri bir görünüm sergileyerek venöz gölcük benzeri bir görüntü oluşturmuş ve melanositik bir lezyonu taklit etmiştir. İkinci olguda, pigmente bir apokrin hamartom dermoskopide gri-siyah psödopod benzeri uzantılar göstermiştir. Histopatolojik incelemede melanositler ve melanin yüklü makrofajlar içeren tübülosistik yapılar saptanmış olup, bunlar pigmente görünümü açıklamaktadır.Bu olgular, vulvar lezyonlardaki pigmentasyonun melanomla ilişkili olmayan vasküler veya melanositik mekanizmalardan kaynaklanabileceğini ve mukozal bölgelerde dermoskopik izlenimlerin yanıltıcı olabileceğini göstermektedir. Melanomu taklit eden benign oluşumlarda aşırı tanıyı ve gereksiz agresif tedaviyi önlemek için klinikopatolojik korelasyon ve histopatolojik doğrulama esastır.

Anahtar Kelimeler: Vulva, Melanom, Adneksiyal tümör

Yayın No: P-147
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Bleomisine Bağlı Dirençli Flajellat Dermatit Tedavisinde Q-Switch Nd:YAG Lazer Kullanımı

Rana Güngör Yıldırım[1], Aybüke Sözen[1], Semih Tatlıcan[1], Mehmet Gökçü[2]

[1]İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Flajellat dermatit, onkoloji pratiğinde skuamöz hücreli karsinom, lenfoma ve germ hücreli tümörlerin tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir glikopeptit sitotoksik ajan olan bleomisinin nadir ve karakteristik bir kutanöz yan etkisidir. Klinik olarak kamçı benzeri, lineer ve şiddetli kaşıntılı hiperpigmente çizgilerle kendini gösterir. Bleomisin hidrolaz enziminin deri ve akciğer dokularında bulunmaması, ilacın bu bölgelerde birikmesine yol açar. Bleomisin epidermal hücre yenilenmesini azaltarak melanosit-keratinosit temasını uzatmakta, melanogenezi ve pigment inkontinansını artırmaktadır. Kaşıntıya bağlı oluşan küçük lokal travmaların da kan akımını artırarak ilaç birikimini tetiklediği düşünülmektedir. Bu reaksiyon genellikle doz bağımlı kabul edilse de düşük dozlarda da tetiklenebilmektedir. Lezyonların tedavisinde öncelikle ilacın kesilmesi, topikal steroidler ve antipruritikler tercih edilir; ancak bazı olgularda postinflamatuar hiperpigmentasyon (PİH) kalıcı ve standart tedavilere dirençli olabilir.

Yöntem: Bu olgu sunumunda, immatür teratom tanısıyla bleomisin kullanan ve tedavi sürecinde dirençli flajellat dermatit gelişen 32 yaşında bir kadın hastanın klinik takibi ve uyguladığımız yenilikçi tedavi yöntemi anlatılmıştır. İlk iki kür kemoterapi sonunda toplam 180 mg bleomisin dozu alan hastanın fizik muayenesinde abdomen, lomber bölge, ekstremiteler ve cerrahi skar periferinde kamçı benzeri hiperpigmente şeritler saptanmış; saç, tırnak ve mukoza tutulumu izlenmemiştir. Onkolojik tedavisi sonlandırılan, belirli bir zaman geçmesine (3 ay) rağmen lezyonlarda spontan bir gerileme olmayan ve topikal medikal tedavilere (hidrokinon, metilprednizolon aseponat, azelaik asit) yanıt vermeyen hastaya Q-Switched Nd:YAG lazer tedavisi planlanmıştır. Lazer uygulaması; 1064 nm dalga boyunda, 4-6 mm spot genişliğinde, 2-2.5 J/cm² enerji yoğunluğunda ve 10 Hz frekansta, seans başına 1-2 geçiş şeklinde uygulanmıştır. Tedavi, 4-5 hafta aralıklarla toplam 5 seans olarak yürütülmüş; süreç boyunca hasta düzenli olarak güneş kremi kullanmıştır.

Lazer İşlemi Öncesi



Lazer uygulanmadan önce ameliyat skarı periferi

Bulgular ve Sonuç: Dirençli kutanöz lezyonlara yönelik uygulanan 5 seanslık Q-Switched Nd:YAG (1064 nm) lazer tedavisi neticesinde, hiperpigmente lineer çizgilerde belirgin klinik düzelme ve renk açılması elde edilmiştir. Tedavi post-lazer döneminde herhangi bir kalıcı eritem, skar veya tedaviye bağlı yeni bir postinflamatuar hiperpigmentasyon komplikasyonu gelişmeksizin başarıyla tamamlanmıştır. Bu vaka, bleomisine bağlı gelişen flajellat dermatitin geleneksel topikal tedavilere ve ilacın kesilmesine rağmen kalıcı ve dirençli bir postinflamatuar hiperpigmentasyon tablosuna dönüşebileceğini göstermektedir. Q-Switched Nd:YAG lazer (1064 nm), melanositleri ve pigment yüklü hücreleri hedef alan fotomekanik ve akustik dalgalar oluşturarak çevre dokuya minimal termal hasar verme avantajına sahiptir. Epidermal pigmentler için 532 nm dalga boyu daha duyarlı olsa da, tedavi sonrası sekonder postinflammatuar hiperpigmentasyon riskini en aza indirmek adına 1064 nm derin penetrasyonu ve güvenli profiliyle tercih edilmiştir. Sonuç olarak, medikal tedaviye dirençli flajellat dermatit olgularında Q-Switched Nd:YAG lazer, güvenilir ve oldukça efektif bir terapötik seçenek olarak ön plana çıkmaktadır.

4. Seans Lazer İşlemi Sonrası



4. Seans lazer işlemi sonrasında ameliyat skarı periferi

Anahtar Kelimeler: Bleomisin, Flajellat Dermatit, Q-Switch Nd:YAG Lazer

Yayın No: P-148
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Tedaviye Dirençli Hailey-Hailey Hastalığında Apremilast Tedavisinin Etkinliği: Bir Olgu Sunumu

Tuğba Atcı[1], Elif Yüksel Güllü[1], Ceren Avcı[1], Algün Polat Ekinci[1]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Hailey-Hailey hastalığı (benign ailesel pemfigus), otozomal dominant, kronik ve tekrarlayıcı seyirli nadir bir akantolitik dermatozdur. Hastalığın etyopatogenezinde, ATP2C1 genindeki patojenik varyantların Golgi aygıtında yer alan sekretuar yolak Ca^{2+}/Mn^{2+}-ATPaz 1 (SPCA1) pompasında fonksiyonel yetersizliğe neden olması rol oynar. Bunu takiben hücre içi kalsiyum homeostazı bozulur, desmozomal adezyon zayıflar ve keratinositler arasındaki adezyon kaybı sonucunda suprabazal akantoliz gelişir. Genellikle adölesan dönemde başlayan hastalık, kadınlarda ve erkeklerde eşit oranda görülür. Şiddeti, hastalar arasında önemli farklılık gösterse de, lezyonlar çoğu hastada koltuk altı, kasık, meme altı, boyun yan yüzleri, popliteal ve antekubital fossalar gibi kıvrım bölgelerine sınırlı kalma eğilimindedir. Bu bölgelerde tekrarlayan erozyon, fissür ve masere plaklar ile seyretmekle birlikte, özellikle yaz aylarında terleme ve sürtünme ile sekonder bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar da eklenebilmektedir. Hailey-Hailey hastalığında, direkt immünfloresan incelemenin (DIF) negatif olması, pemfigus başta olmak üzere diğer otoimmün büllü hastalıklardan ayrımında önemlidir. Tedavisinde çeşitli topikal ve sistemik (kortikosteroid, antibiyotik, retinoid ve immünsüpresif) ajanlar kullanılsa da, hastalarda kalıcı remisyon sağlamak zordur. Fosfodiesteraz-4 inhibitörü olan apremilast, hücre içi cAMP seviyesini artırarak TNF-α, IL-12/23 ve IL-17 üretimini azaltırken IL-10'u artırır; bu sayede inflamasyonu azaltıcı etki gösterir. Hailey-Hailey hastalığında apremilast ile başarılı tedavi edilen sınırlı sayıda olgu bildirisi bulunmaktadır.Bu posterde, tedaviye dirençli, ileri yaşta ve çoklu komorbiditeleri bulunan bir Hailey-Hailey hastasında apremilast tedavisiyle elde edilen belirgin klinik iyileşmenin sunulması ve dirençli olgularda apremilastın alternatif bir tedavi seçeneği olabileceğinin vurgulanması amaçlandı.

Olgu: Bilinen hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus ve benign prostat hiperplazisi tanılı 80 yaşında erkek hasta 2019 yılında yaklaşık 20 yaşlarında başlayan ve yıllar içinde şiddetlenen sulantılı deri lezyonları ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde bilateral aksillada, gövdede, gluteal ve inguinal bölgede yer yer erode ve kurutlu, bazıları anüler, yer yer masere eritemli plaklar mevcuttu. Hastanın babasında ve kızında da benzer deri lezyonlarının bulunduğu öğrenildi. Hastanın deri lezyonlarının histopatolojik incelemesinde suprabazal akantoliz izlenirken, DİF incelemesinde immün birikim saptanmadı. Mevcut klinik, histopatolojik ve immünfloresan bulgulara dayanarak Hailey-Hailey hastalığı tanısı konuldu. Deri lezyonları için farklı dönemlerde çeşitli topikal tedavilere ek olarak sistemik olarak asitretin, kortikosteroid ve doksisiklin tedavileri uygulandı. Uygulanan tedavilerle yeterli klinik yanıt elde edilemeyen hastaya apremilast tedavisi başlandı. Tedavinin birinci ayında mevcut lezyonlarda gerileme ve yeni lezyon çıkışında belirgin azalma izlendi. Tedavinin yedinci ayında yeni lezyon çıkışının

tama yakın durduğu ve mevcut lezyonların postinflamatuvar hiperpigmentasyon bırakarak iyileştiği gözlendi. Tedavi sürecinde apremilast ile ilişkili yan etki izlenmeyen hastanın tedavisine devam edilmesi planlandı.

Sonuç: Tedaviye dirençli Hailey-Hailey hastalığı bulunan, ileri yaşta ve çoklu komorbiditelere sahip olgumuzda asitretin, sistemik kortikosteroid ve uzun süreli doksisiklin tedavileri ile yeterli yanıt alınamazken, apremilast ile 1 ay gibi kısa bir sürede klinik yanıt elde edilmiş ve tedavinin 7. ayında da bu yanıt korunmuştur. Olgumuz, apremilastın konvansiyonel tedavilere dirençli Hailey-Hailey hastalarında etkili ve iyi tolere edilebilen bir tedavi seçeneği olabileceğini desteklemekle birlikte, etkinliğinin ve uzun dönem sonuçlarının ortaya konulabilmesi için daha geniş hasta serilerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hailey-Hailey hastalığı, Benign ailesel pemfigus, Apremilast

Yayın No: P-149
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

İxekizumab Tedavisi Altında Gelişen Aktif Tüberküloz Vakaları

Bengüsu Tanrıverdi Kıymık[1], Fatma Aslı Hapa[1]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Psoriasis tedavisinde kullanılan biyolojik ajanlar, özellikle interlökin-17 inhibitörleri, son yıllarda yüksek etkinlik ve güvenlik profilleri nedeniyle yaygın olarak tercih edilmektedir. Ixekizumab, IL-17A'yı hedefleyen monoklonal bir antikor olup orta-şiddetli plak psoriasis tedavisinde etkili bir seçenektir.Tümör nekroz faktör-α inhibitörlerinin aksine, IL-17 inhibitörlerinin tüberküloz reaktivasyonu açısından düşük risk taşıdığına dair güçlü veriler bulunmaktadır. Bununla birlikte, TB'nin endemik olduğu bölgelerde latent enfeksiyon varlığı ve çevresel maruziyet nedeniyle nadir de olsa aktif TB gelişimi bildirilmektedir.Bu yazıda, ixekizumab tedavisi sırasında aktif tüberküloz gelişen iki olgu sunularak, bu nadir durumun klinik özellikleri ve literatür ışığında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Olgu 1Yirmi altı yaşında kadın hasta, dört yıldır psoriasis tanısı ile izlenmekteydi. Saçlı deride psöriatik plakları bulunan hastada komorbid hastalık öyküsü yoktu, ancak aile öyküsü pozitifti. Metotreksat tedavisine rağmen yeterli yanıt alınamaması üzerine biyolojik tedavi planlandı.Tedavi öncesi yapılan değerlendirmede QuantiFERON-TB testi pozitif saptanması üzerine rifampisin ile profilaksi başlandı ve ardından ixekizumab tedavisine geçildi. Tedavi sürecinde hastada PASI100 yanıtı elde edildi.İzlemin 22. ayında, hastanın semptomu olmamasına rağmen toraks görüntülemesinde sağ üst lobda nodüler lezyon saptandı. İlk değerlendirmede lezyon benign (hamartom?) olarak yorumlandı Ancak ayırıcı tanı amacıyla yapılan rezeksiyonun histopatolojik incelemesinde geniş nekroz alanları içeren, lenfohistiositik infiltrasyon ve Langhans tipi dev hücreler ile karakterize nekrotizan granülomatöz inflamasyon saptandı ve bulgular tüberküloz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bunun üzerine ixekizumab tedavisi kesilerek hastaya standart dörtlü anti-tüberküloz tedavi başlandı. Psoriasis takibi topikal tedavi ile sürdürüldü.Olgu 2Kırk dokuz yaşında kadın hasta, altı yıldır psoriasis tanısıyla izlenmekteydi. Hastada hipertansiyon, diabetes mellitus, astım ve geçirilmiş cerrahi gibi çoklu komorbiditeler mevcuttu. Metotreksat tedavisine kısmi yanıt alınması üzerine biyolojik tedavi planlandı.Tedavi öncesi yapılan incelemede QuantiFERON-TB testi pozitif saptandı ve rifampisin profilaksisi uygulandıktan sonra ixekizumab tedavisine başlandı.Tedavinin ikinci yılında hastada öksürük ve wheezing şikayetleri gelişti. Yapılan görüntülemelerinde sol akciğer üst lobda kitlesel lezyon ve bilateral nodüler infiltrasyonlar saptandı. PET-BT incelemesinde lezyonda artmış metabolik aktivite izlenmesi üzerine malignite ön tanısı ile ileri inceleme planlandı.Endobronşiyal girişimler tanı koydurucu olmadı. Hastaya uygulanan cerrahi rezeksiyon sonrası histopatolojik incelemede nekrotizan granülomatöz inflamasyon saptandı ve tüberküloz tanısı kondu. Bunun üzerine ixekizumab tedavisi kesildi ve hastaya standart anti-tüberküloz tedavi başlandı.

Olgu 1 Kontrastlı Toraks BT



Kontrastlı torak BT'de sğ üst lobda 2.6x2.5cm boyutlarında karakteristik popcorn tipi kalsifikasyonlar içeren ve hafif periferik kontrastlanma gösteren nodül görülmektedir.

Olgu 2 Posteroanterior Akciğer Grafisi



Posteroanterior akciğer grafiğinde sol apikal bölgede izlenen şüpheli opasite

Sonuç: TartışmaIL-17 inhibitörlerinin TB reaktivasyonu açısından güvenli olduğu, geniş klinik çalışmalar ve gerçek yaşam verileri ile desteklenmektedir. Sunulan iki olgu bazı önemli klinik noktalara dikkat çekmektedir. Öncelikle, her iki hastada da latent TB enfeksiyonu varlığı nedeniyle uygun kemoprofilaksi uygulanmış olmasına rağmen aktif tüberküloz gelişmiştir. Bu durum, kemoprofilaksinin koruyuculuğunun mutlak olmadığını ve özellikle endemik bölgelerde yeniden enfeksiyon veya reaktivasyon riskinin devam edebileceğini düşündürmektedir.Türkiye gibi tüberkülozun orta düzeyde endemik olduğu ülkelerde, biyolojik tedavi alan hastaların daha dikkatli ve uzun süreli izlenmesi gerektiği açıktır. Literatürde ixekizumab ile ilişkili aktif TB gelişimi oldukça nadir bildirilmiş olup, bu olgular gerçek yaşam verileri açısından önem

taşımaktadır.SonuçIxekizumab tedavisi genel olarak tüberküloz açısından güvenli kabul edilmekle birlikte, nadir de olsa aktif tüberküloz gelişimi mümkündür.Bu nedenle:•Tedavi öncesi latent TB taraması dikkatle yapılmalı,•Uygun kemoprofilaksi uygulanmalı,•Hastalar uzun dönem klinik ve radyolojik olarak izlenmeli,•Şüpheli pulmoner lezyonlarda tüberküloz ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmelidir.Sunulan bu iki olgu, IL-17 inhibitörü tedavisi sırasında tüberküloz açısından klinik farkındalığın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: ixekizumab, tüberküloz, reaktivasyon

Yayın No: P-150
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Pterjiyum ve Trakionişi ile Seyreden Nadir Bir Çocukluk Çağı Tırnak Liken Planusu Olgusunda Topikal Tazaroten ve Klobetazol Propiyonat Tedavisine Başarılı Klinik Yanıt

Kübra KARAKİRAZ[1], Fatma Nur KUTLU[1], Atiye AKBAYRAK[1], Akgül ARICI[2], Ömer KUTLU[1]

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat
[2]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Tokat

Giriş ve Amaç: Liken planus deri, mukozalar, saç ve tırnakları etkileyebilen kronik inflamatuar bir hastalıktır (1). Çocukluk çağında nadir görülmekte olup tırnak tutulumu pediatrik olgularda daha da seyrek bildirilmektedir (2). Tırnak liken planusu longitudinal oluklanma, fissürleşme, trakionişi ve dorsal pterjiyum gibi seyredebilir. Özellikle dorsal pterjiyum gelişimi geri dönüşümsüz tırnak distrofisi ve anonişi ile sonuçlanabileceğinden erken tanı ve tedavi kritik önem taşımaktadır (3).Bu olguda, pterjiyum ve trakionişi ile seyreden çocukluk çağı tırnak liken planusunda topikal tazaroten ve klobetazol propiyonat tedavisine alınan başarılı klinik yanıtın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yedi yaşında kız hasta, yaklaşık bir yıldır el ve ayak tırnaklarında şekil bozukluğu yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde ek hastalık veya düzenli ilaç kullanımı bulunmuyordu. Dermatolojik muayenede el ve ayak tırnaklarında bilateral longitudinal oluklanma, tırnak plağında fissürleşme ve dorsal pterjiyum ile uyumlu distrofik değişiklikler izlendi(Şekil 1). Ayrıca her iki dizin ekstansör yüzünde milimetrik papüler düz yüzeyli lezyonlar ile oral mukozada retiküler beyaz ağ benzeri yapılar izlendi (Şekil 1). Hastanın laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, sedimantasyon, CRP, sifiliz ve hepatit serolojileri normaldi. Diz bölgesindeki papüler lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesi liken planus destekleyen interface dermatit ve bant tarzında lenfositik infiltrasyon ile uyumlu olarak raporlandı(Şekil 3). Kutanöz ve oral lezyonlarda topikal kortikosteroid tedavisi ile gerileme izlendi(Şekil 2). Tırnak tutulumu için %0,1 topikal tazaroten ile klobetazol propiyonat oklüzyon tedavisi başlandı. Altı aylık takip sonunda yeni pterjiyum gelişimi gözlenmedi ve mevcut distrofik değişikliklerde belirgin gerileme saptandı.

Sonuç: Çocukluk çağında tırnak liken planusu oldukça nadir görülmekte olup gerçek prevalansının, tanısal güçlükler ve tırnak biyopsisinin çocuklarda sınırlı uygulanması nedeniyle bildirilenin üzerinde olduğu düşünülmektedir (2).Pediatrik tırnak liken planusu;klasik tırnak liken planusu, trakionişi (yirmi tırnak distrofisi), idiyopatik tırnak atrofisi olmak üzere üç klinik formda tanımlanmaktadır (1,2).En sık görülen bulgular longitudinal oluklanma, fissürleşme, incelme ve trakionişi iken, dorsal pterjiyum, kalıcı tırnak matriksi destrüksiyonunu gösteren karakteristik bir bulgu olup geri dönüşümsüz tırnak distrofisi gelişme riskini yansıtır. (2,3).Yayınlanan pediatrik olgu serilerinde tırnak tutulumuna oral lezyonların nadiren, kutanöz

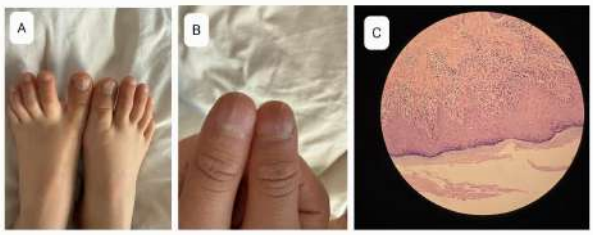
tutulumun ise daha da düşük sıklıkta eşlik ettiği bildirilmektedir (2,5). Olgumuzda oral ve kutanöz liken planusunun birlikte bulunması multisistem tutulum açısından dikkat çekicidir.Tırnak liken planusunda tedaviye ilişkin yüksek düzeyde kanıt sağlayan randomize çalışmalar bulunmamaktadır (4). Güncel öneriler matriks tutulumunun derecesine göre topikal güçlü kortikosteroidler, intralezyonel kortikosteroidler veya sistemik kortikosteroid kullanımını içermektedir (4,6). Retinoidlerin keratinizasyonu düzenleyici ve antiinflamatuar etkileri nedeniyle özellikle topikal kortikosteroidlerle kombine kullanımının yararlı olabileceği bildirilmektedir (4).Olgumuzda, yalnızca topikal tazaroten ve klobetazol propiyonatın oklüzyon altında uygulanmasıyla altı ay içerisinde belirgin klinik düzelme elde edilmesi; uygun seçilmiş pediatrik hastalarda invaziv tedavilere geçmeden önce bu kombinasyonun etkili ve güvenli bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir.Çocukluk çağında görülen tırnak liken planusunda dorsal pterjiyum gelişimi geri dönüşümsüz matriks hasarının göstergesi olup erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Bu olgu, oral ve kutanöz tutulumun eşlik ettiği nadir bir pediatrik tırnak liken planusu örneğini sunmakta; topikal tazaroten ve klobetazol propiyonatın oklüzyon altında uygulanmasının seçilmiş olgularda etkili ve iyi tolere edilen bir tedavi alternatifi olabileceğini göstermektedir.

Şekil 1: Tedavi öncesi klinik görünüm



Şekil 1: Tedavi öncesi klinik görünüm

Şekil 2:



Şekil 2.A-B: 6 ay boyunca topikal tazaroten ve klobetazol oklüzyon tedavisi sonrası Şekil 2.C : Kutanöz lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde bant tarzı lenfositik infiltrasyon ve interface dermatit ile uyumlu görünüm (H&E, x100)

Anahtar Kelimeler: tırnak liken planusu, pterjium, çocukluk çağı

Yayın No: P-151
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Dupilumab ile Başarıyla Tedavi Edilen Bir Egzematiform tip Grover Hastalığı Olgusu

Muhammet Ali Gözütok[1], Alihan Baylan[1], Nesimi Büyükbabani[2], Savaş Yaylı[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji Bölümü, İstanbul

Giriş ve Amaç: Grover hastalığı (geçici akantolitik dermatoz), gövde ve ekstremitelerde kaşıntılı papül ve papüloveziküllerle seyreden nadir bir dermatozdur.1 Histopatolojide akantolitik, veziküler, spongiyotik epidermal değişiklikler veya eozinofilden zengin inflamatuar infiltrasyon gibi farklılık gösteren bulgular görülebilir. Akantoliz fokal ve dönemsel olabildiğinden, tanı büyük ölçüde klinikopatolojik korelasyona dayanır.1 Grover hastalığında T-helper 2 aracılı immün aktivasyon gösterilmiş, IL-4/IL-13 yolağını hedefleyen dupilumab, dirençli olgularda etkili bulunmuştur.2,3 Bu yazıda, çoklu biyopsi ve çeşitli tedavilere rağmen erüpsiyon ve kaşıntısı süren, yeniden alınan biyopsilerin klinikopatolojik korelasyonuyla Grover hastalığı tanısı konan ve dupilumab ile kontrol altına alınan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Yetmiş iki yaşında erkek hasta, bir yıl önce başlayıp gövde ve ekstremitelerde yaygın, tekrarlayıcı seyreden kaşıntılı kabarıklıklar şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde Crohn hastalığı, kalıcı kalp pili ve iki koroner stent öyküsü ile çoklu ilaç kullanımı mevcuttu; son üç yılda yeni ilaç başlanmamıştı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde atopi (alerjik rinit, astım) öyküsü yoktu. Sistemik metilprednizolonla kısmi yanıt ve yineleme, asitretinle yetersiz kontrol, dapsonla kısmi yanıta karşın anemi nedeniyle sonlandırma öyküsü vardı.Muayenede üst ve alt ekstremiteler ile gluteal bölgede baskın, dağınık yerleşimli eritematöz, papüloveziküler, krutlu lezyonlar, yer yer köbnerize papüller izlendi. Sırt görece korunmuş, oral mukoza doğaldı (Resim 1).Önceki deri biyopsileri spongiyotik dermatitle uyumlu olabilecek şekilde raporlanmıştı. Pemfigoid grubu başta olmak üzere otoimmün büllöz hastalıkları ekarte etmek amacıyla yapılan direkt immünflöresan incelemede immün birikim saptanmayan hastada, ELISA ile anti-BP180, anti-BP230, anti-desmoglein 1 ve 3, anti-envoplakin ve anti-tip 7 kollajen otoantikorları negatif bulundu. Total IgE düzeyi normalin üst sınırındaydı.Kol ve uyluk derisinden alınan iki adet deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde benzer bulgular gözlendi. Yüzeyde serum göllenmeleri içeren parakeratoz odakları, epidermiste yine odaklar halinde akantoz ve spongiyoz, papiller dermiste örneklerin birinde daha çok sayıda eozinofil içeren perivasküler mononükleer inflamatuar infiltrasyon saptandı. “Egzematiform” bir histopatoloji olarak özetlenebilecek bu bulgular, klinikopatolojik korelasyon sonucu egzematiform tip Grover hastalığı ile uyumlu olarak değerlendirildi.Tedavi yanıtları ve komorbiditeler düşünülerek dupilumab planlandı. 600 mg yükleme, ardından iki haftada bir 300 mg subkutan uygulandı; ilk ay içinde kaşıntı ve lezyonlarda belirgin gerileme gözlendi. 6. hafta muayenesinde yeni lezyon gelişmediği, kaşıntının kontrol altına alındığı ve topikal tedaviye gerek kalmadığı görüldü (Resim 2).

Başvuru esnasındaki durum



1a 1b 1c

(1a) bacaklar arka, (1b) bacaklar ön, (1c) sırt

Dupilumab sonrası 6. hafta



2a 2b

2a arka, 2b ön

Sonuç: Grover hastalığı, akantolizin fokal ve dönemsel olması, histopatolojide dermatitler, ilaç erüpsiyonları veya immünobüllöz hastalıkları taklit eden non-spesifik değişikliklerin görülebilmesi nedeniyle tanısı güç bir dermatozdur. Bu nedenle tanıda klinikopatolojik korelasyon esastır.1,2 Olgumuzda görüldüğü gibi kronik kaşıntılı, papüler veya papüloveziküler erüpsiyonların ayırıcı tanısında Grover hastalığı akılda tutulmalı, tekrarlayan biyopsiler ve seroloji ile klasik bir egzema tablosu veya immünobüllöz hastalıklar dışlanmalıdır.1Grover hastalığında tip 2 immün aktivasyonun gösterilmiş olması, hem egzematöz/eozinofilik histolojiyi, hem de IL-4/IL-13 blokajına alınan yanıtı açıklayabilir.2 Tedavilere dirençli olgularda dupilumabın etkinliği olgu bildirimleri, retrospektif seriler ve derlemelerle desteklenmektedir.2,3 Özellikle çoklu komorbiditesi olan yaşlı hastalarda, sistemik kortikosteroidler, retinoid ve dapson gibi geleneksel seçeneklerin sınırlı ya da riskli olduğu durumlarda, olumlu güvenlik profili nedeniyle dupilumab umut verici bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır.3 1. Zhou MH, et al. Acantholytic disorders: Update on pathophysiology, diagnosis, and management. JAAD. 2026;95(1):138-147.2. Murphy MJ, et al. Grover disease shows type 2 immune activation and

improves with dupilumab. BJD. 2025;192(5):939-941.3. Butler DC, et al. Treatment of Grover disease with dupilumab. JAMA Dermatol. 2021;157(3):353-356.

Anahtar Kelimeler: Dupilumab, Grover hastalığı, Klinikopatolojik korelasyon

Yayın No: P-152
Bildiri Grubu: Genel / Dermatopatoloji

Dış Kulakta Spiradenom ve Bazal Hücreli Karsinomun Birlikteliği

Seda Civelek[1], Başak Saka[1], Yeşim Akpınar Kara[1], Sena Akbudak Işık[2], Fatma Altıntaş Güzel[2]

[1]SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
[2]SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Spiradenom, ekrin ya da apokrin diferansiyasyon gösterebilen nadir görülen benign adneksiyel deri tümörüdür. Bazal hücreli karsinom ise en sık görülen kutanöz malignitedir ve sıklıkla ultraviyole maruziyetin yoğun olduğu baş-boyun bölgelerinde görülür. Bu iki farklı antitenin aynı anatomik bölgede senkronize görülmesi literatürde nadir bildirilmektedir. Bu olguda, dış kulak konkasında eşzamanlı izlenen spiradenom ve bazal hücreli karsinom birlikteliğinin sunulması amaçlanmıştır.

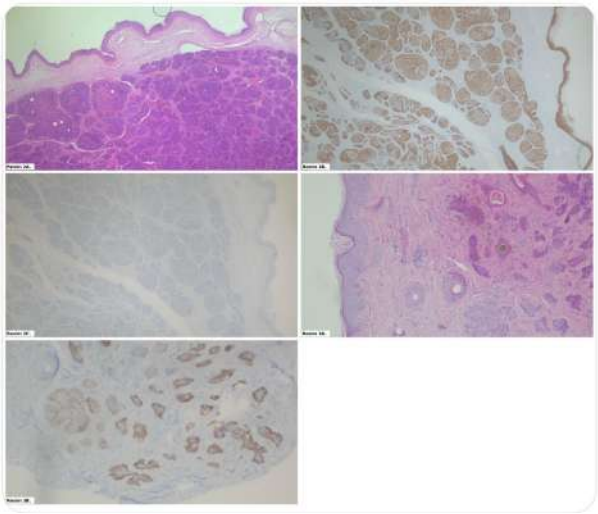
Olgu: Elli yedi yaşında kadın hasta, sol kulak konkasında yaklaşık 8 yıldır var olan, zamanla büyüme gösteren ağrısız, deri renginde nodüler lezyon ile başvurdu. Dermatolojik muayenede yaklaşık 1,5 cm boyutunda, yüzeyinde damarlanma izlenen nodül ve bu lezyonun yaklaşık 1 cm inferiorunda 0,5 cm boyutunda siyah-kahverengi papüler lezyon saptandı (Resim 1A,1B). Superior yerleşimli nodüler lezyon silindroma, fibroma, kimura ve bazal hücreli karsinom ön tanıları ile total eksize edildi. İnferior yerleşimli papüler lezyondan bazal hücreli karsinom ön tanısı ile insizyonel biyopsi alındı.Superior yerleşimli nodüler lezyonun histopatolojik incelemesinde; orta dermisten başlayarak dermisi dolduran, kalın eozinofilik bazal membran ile çevrili nodüler yapılar, periferde bazaloid hücreler ve santralde geniş eozinofilik sitoplazmalı hücreler izlendi. Nodüller içinde yer yer kistik ve tübüler yapılar mevcuttu. İmmünohistokimyasal incelemede tümör hücreleri CK5/6 ve p63 ile diffüz pozitif, EMA ve BerEP-4 ile negatif saptanarak spiradenom tanısı konuldu (Resim 2A,B,C). İnferior yerleşimli lezyonun histopatolojik incelemesinde; epidermiste akantoz ve ortokeratoz ile birlikte dermiste düzensiz adalar oluşturan bazaloid hücrelerden oluşan tümör izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede BerEP-4 pozitifliği saptanarak bazal hücreli karsinom tanısı konuldu (Resim 3A,B). Spiradenom genellikle soliter, yavaş büyüyen ve karakteristik olarak ağrılı nodüller şeklinde izlenen benign adneksiyel tümördür. Ancak olgumuzda lezyonun uzun süre asemptomatik seyretmesi, literatürde tanımlanan tipik klinik özelliklerden farklılık göstermekte olup ayırıcı tanıyı güçleştiren önemli bir bulgudur. Spiradenomun dış kulak konkasında yerleşimi nadir olup, bu lokalizasyonda sebase kist, keloid, kondrodermatit nodülaris helis ve bazal hücreli karsinom gibi daha sık görülen lezyonlarla klinik olarak karışabilmektedir. Özellikle aynı anatomik bölgede birden fazla lezyonun bulunması, klinik ve dermoskopik değerlendirmede tanısal belirsizliğe yol açabilmektedir. Literatürde senkron deri tümör birliktelikleri nadir olup, bu tür olgular klinik açıdan yanıltıcı olabilir. Bu nedenle özellikle baş-boyun bölgesinde yerleşen ve farklı morfolojik özellikler gösteren lezyonlarda, her bir lezyonun ayrı ayrı değerlendirilmesi ve kesin tanı için histopatolojik inceleme yapılması büyük önem taşımaktadır.

Klinik Görünüm



Resim 1A. Sol kulak konkasında spiradenom (siyah ok) ve bazal hücreli karsinomun (kırmızı ok) klinik görünümü, Resim 1B. Sol kulak konkasında spiradenomun dermoskopik görünümü

Histopatolojik Bulgular



Resim 2A. Spiradenomun histopatolojik görünümü; Dermiste çevre dokudan keskin sınırla ayrılmış, bazofil boyanan solid tümör lobülleri (H&E, x40), Resim 2B. CK5/6 ile izlenen sitoplazmik pozitiflik (CK5/6, x200), Resim 2C. BerEP-4 ile boyanma izlenmeyen tümör adaları (BerEP-4, x200), Resim 3A. Bazal hücreli karsinom histopatolojik görünümü (H&E, x40), Resim 3B. Bazaloid hücre adalarında izlenen membranöz BerEP-4 pozitifliği (BerEP-4, x200)

Sonuç: Benign ve malign tümörlerin aynı anatomik bölgede eşzamanlı bulunması klinik ve dermoskopik tanıyı güçleştirebilir. Spiradenomun asemptomatik seyri ve nadir lokalizasyonu tanıyı zorlaştırabilir. Bu nedenle baş-boyun bölgesindeki nodüler veya pigmente lezyonlarda geniş ayırıcı tanı düşünülmeli ve histopatolojik inceleme yapılmalıdır. Komşu lokalizasyondaki bu iki farklı tümörün ayırımında immünohistokimyasal inceleme önemli katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinom, Dış kulak, Spiradenom

Yayın No: P-153
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Elastosis Perforans Serpiginosa: Nadir Görülen Bir Olgu

Elifsu Karakuş[1], Melis Gönülal[1], Melis Gönülal[2], Mustafa Berk Büber[3], Halil Hakan Özgür[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Elastosis perforans serpiginosa, anüler ya da serpijinöz dizilim gösteren kaşıntılı hiperkeratotik papüllerle karakterize nadir bir dermatozdur. Lezyonlar merkezde küçülme eğilimindedir ve sıklıkla yakın çevrede tek başına uydu lezyonlar tespit edilir. Her lezyonun ortası göbeklidir ve buradan hasarlı elastik lifler içeren materyal transepidermal eliminasyon yoluyla deriden dışarı atılır. Perforan dermatozların bir türüdür. Perforan dermatozlar toplam 4 alt tipe ayrılır; reaktif perforan kollajenoz, perforan folikülit, Kyrle hastalığı ve elastosis perforans serpiginosa. Hastalık 4:1 oranında erkek hastalarda kadın hastalara göre daha sık bildirilmiştir. Tipik olarak 2. dekatta ortaya çıkar ve bildirilen vakaların çoğu 30 yaşın altındadır. Lezyonların görüldüğü en sık bölge boyun bölgesidir, bunun yanında sıklıkla yüz, kollar ve diğer kıvrım bölgelerinde de görülür. Hastalığın kesin patojenik süreci bilinmemekle birlikte literatürde Down sendromu, osteogenezis imperfekta, skleroderma, akrogeria, Ehlers-Danlos sendromu tip 4 (vasküler tip), Marfan sendromu, Rothmund-Thomson sendromu, cutis laxa, diabetes mellitus, perforan folikülit ve kronik böbrek yetmezliği gibi çeşitli altta yatan sistemik durumlar ve bağ dokusu bozukluklarıyla ilişkiler bildirilmiştir. Bununla birlikte, elastosis perforans serpiginosanın altta yatan herhangi bir hastalığı olmayan bireylerde de sıklıkla görülmesi nedeniyle bu durumlar ile elastosis perforans serpiginosa arasındaki ilişkinin nedensel mi yoksa tesadüfi mi olduğu belirsizliğini korumaktadır. Tanı histopatoloji ile doğrulanır. Yayınlanan makalelerde tedavi seçenekleri arasında kriyoterapi, topikal tretinoin, %0,1 tazaroten jel, oral izotretinoin, imiquimod, karbondioksit lazer ve pulsed dye lazeri yer almaktadır. Bu hastalık için şu anda yerleşik bir altın standart tedavi bulunmamaktadır ve klinik yönetim tamamen vaka raporlarına dayanmaktadır.

Yöntem: Olgumuz 55 yaşında kadın hasta, 5 ay önce sol ayak bileğinde başlayıp daha sonrasında eller, ense, meme altı, bel çevresine yayılan kaşıntılı papüler lezyonlarla bize başvurdu. Hastadan Kyrle hastalığı, perforan kollajenoz ve elastosis perforans serpiginosa ön tanılarıyla biyopsi alındı. Hastanın histopatolojik tanısı elastosis perforans serpiginosa olarak raporlandı. Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde hastaya elastosis perforans serpiginosa tanısı koyuldu. Hastaya Şubat 2026 tarihinde oral izotretinoin, topikal betametazon dipropiyonat ve topikal metilprednizolon aseponat tedavisi başlandı. Tedavisinin 5.ayında olan hastanın kaşıntısı tamamen geçti ve deri lezyonlarında belirgin düzelme gözlemlendi. Hastanın takibi kliniğimizde devam etmektedir.

Elastosis Perforans Serpiginosa: Nadir Görülen Bir Olgu



Elastosis Perforans Serpiginosa: Nadir Görülen Bir Olgu



Bulgular ve Sonuç: Klinik olarak serpijinöz ya da anüler dizilim gösteren lezyonlarda granüloma annulare, tinea corporis, annüler sarkoidoz, kutanöz kalsinoz ve Mibelli porokeratozu ön tanılarda düşünülebilir. Nadir görülen bir olgu da olsa elastosis perforans serpiginosa da ön tanılar arasında akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Elastosis Perforans Serpiginosa

Yayın No: P-154
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Yirmi Yıllık Kronik Seyirli Tüberöz ve Erüptif Ksantom: Ciddi Hiperkolesteroleminin Kutanöz Bir Belirtisi

Fatma Tarkan[1], Emre Ersun[1], İlkay Can[1], Arzu Kılıç[1], Pelin Hızlı[1], Arzu Yıldırım Özlük[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Ksantomlar, dermis ve subkutan dokuda lipid yüklü makrofajların birikimi sonucu gelişen, altta yatan lipid metabolizması bozukluklarının önemli kutanöz belirteçleridir. Klinik olarak erüptif, tüberöz, tüberoerüptif, tendinöz ve düz (plane) tiplerde sınıflandırılır. Klinik görünümü heterojen olgularda, farklı anatomik bölgelerden biyopsi alınması ve klinikopatolojik korelasyon doğru tanıya ulaşmada önem taşımaktadır. Bu olguda ciddi hiperkolesterolemi zemininde gelişen, yaklaşık yirmi yıllık klinik seyir gösteren ve klinikopatolojik değerlendirme sonucunda tüberöz ve erüptif ksantom özellikleri taşıyan bir olgu sunulmaktadır.

Yöntem: Otuz yedi yaşında kadın hasta, yaklaşık yirmi yıldır dirsek, diz, ayak bileği ve avuç içlerinde bulunan, son iki yılda sayısı ve boyutları belirgin artış gösteren sarı renkli deri lezyonları nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral dirsek ve dizlerin (Resim 1) ekstansör yüzlerinde kümelenme eğiliminde sarı-turuncu renkli papül ve nodüller, bilateral lateral malleol çevresinde sarı-turuncu renkli papül ve nodüller (Resim 2) ve bilateral palmar bölgede palmar kıvrımları belirgin olarak tutan çok sayıda sarı papül saptandı. Hastanın beden kitle indeksi 32,5 kg/m² olup özgeçmiş ve soygeçmişinde pankreatit veya koroner arter hastalığı öyküsü yoktu. Tıbbi kayıtlarında daha önce Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL kolesterol)düzeyinin 498 mg/dL olduğu ve lipid düşürücü tedavi başlandığı görüldü. Başvuru sırasındaki laboratuvar incelemelerinde total kolesterol 422 mg/dL, LDL kolesterol 298 mg/dL, Yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL kolesterol) 80 mg/dL ve trigliserid 220 mg/dL olarak saptandı. Glikozile hemoglobin (HbA1c) normaldi ve serum protein elektroforezinde monoklonal gammopati izlenmedi. Klinik heterojenite nedeniyle sağ dizdeki papülden bir adet ve sağ lateral malleoldeki nodülden bir adet deri punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermiste hiperkeratoz, akantoz ve hafif spongioz; dermiste kolesterol kleftleri, köpüksü histiyosit infiltrasyonu izlendi. Köpüksü histiyositlerde CD68 pozitifliği saptandı. Klinik görünüm, anatomik yerleşim, laboratuvar ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek diz lezyonları erüptif, lateral malleol lezyonları ise tüberöz ksantom olarak yorumlandı. Belirgin LDL kolesterol yüksekliği ve yaygın ksantomatöz tutulum nedeniyle genetik inceleme önerildi; ancak hasta kabul etmedi.

Resim 1



Bilateral dizlerde kümelenme gösteren sarı renkli papüller

Resim 2



Sağ lateral malleol komşuluğunda kümelenme gösteren sarı-turuncu papülonodüller

Bulgular ve Sonuç: Yaygın ksantomatöz lezyonlar, altta yatan lipid metabolizması bozukluklarının önemli kutanöz belirteçleridir. Klinik görünümün heterojen olabileceği olgularda palmar bölge tutulumu gibi ipuçlarının dikkate alınması, farklı anatomik bölgelerden biyopsi alınması ve klinikopatolojik korelasyonun sağlanması doğru tanıya ulaşmada önem taşımaktadır. Bu olgu, ksantomatöz lezyonlarla başvuran hastalarda altta yatan lipid

metabolizması bozukluklarının araştırılmasında dermatolojik değerlendirmenin kritik önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: hiperkolesterolemi, tüberöz ksantom, erüptif ksantom

Yayın No: P-155
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Dev Skalp Melanomu: Seboreik Dermatit Yanılgısının Ölümcül Sonucu

Yağız Üstündağ[1], Özlem Özbağçıvan[1], Yasemin Çakır[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Skalp yerleşimli melanomlar, tüm melanomların yalnızca yaklaşık %5'ini oluşturmasına rağmen melanom ilişkili ölümlerin %10'undan sorumludur. Bu orantısız mortalite; anatomik lokalizasyonun muayeneyi güçleştirmesi ve lezyonların sıklıkla benign dermatozlarla karıştırılmasına bağlı tanı gecikmesi ile birlikte, bölgenin zengin vaskülarizasyonu, tanı anındaki yüksek Breslow kalınlığı, nörotropizm ve yeterli cerrahi sınır sağlamadaki güçlük ile ilişkilidir. Bu nedenle skalp melanomları literatürde "görünmez katil" olarak tanımlanmaktadır. Bu yazıda, tanısı geciken dev bir saçlı deri melanomunun, kısa sürede hızlı klinik kötüleşme ile ölümle sonuçlanan nadir ve çarpıcı bir olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 82 yaşında kadın hasta, 1 haftadır devam eden yüzde kızarıklık, ateş ve baş ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede sol malar bölgede erizipel ile uyumlu eritem ve ödem izlendi. Ek olarak, frontopariyetotemporal bölgenin tamamını kaplayan, çevreye satellit yayılımlar gösteren, üzeri skuam ve krustlarla kaplı siyah-gri-mor renkli papül, nodül ve tümoral lezyonlar ile sol servikal bölgede lenfadenopati (LAP) saptandı (Resim-1). Anamnezde lezyonların yaklaşık 1 yıl önce saçlı deride kabuklanma şeklinde başladığı, 5 ay önce dış merkezde seboreik dermatit tanısı ile topikal kortikosteroid verildiği ancak yanıt alınamadığı ve lezyonların arttığı öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında özellik yoktu. Soygeçmişinde kız kardeşte akciğer, erkek kardeşte karaciğer kanseri öyküsü mevcuttu. Skalpteki lezyonların dermoskopik değerlendirmesinde siyah, gri, kahverengi yapısız alanlar üzerinde skuam ve krustalar, beyaz parlak çizgi ve yapılar, yer yer ülser alanları, lezyonun periferik alanlarında pembe-kırmızı, üzerinde beyaz parlak çizgiler izlenen yuvarlak-oval yapısız alanlar izlendi (Figür-1). Laboratuvar tetkiklerinde CRP 11.8 mg/L, ESR 8 mm/saat, LDH 1394 U/L, WBC 16.9×10^9/L ve nötrofil sayısı 13.8×10^9/L idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Erizipel için hastaya oral amoksisilin-klavulanik asit başlandı. Skalpten alınan üç adet insizyonel biyopsi "atipik melanositik proliferasyon" ile uyumlu olup ülserasyon, lenfovasküler invazyon ve perinöral invazyon saptanmadı. Mitotik indeks 10/mm² olarak değerlendirildi. Belirgin solar elastoz alanları izlenmesi üzerine, bulgular lentigo maligna tip melanom ile uyumlu olarak değerlendirildi. İmmünohistokimyasal incelemede S100, HMB45 ve Melan-A ile pozitif boyanma izlendi (Figür-1). Frontal bölgedeki satellit lezyondan yapılan eksizyonel biyopsi melanom ile uyumlu bulundu. PET-BT'de vertekste hipermetabolik nodüler lezyonlar, bilateral servikal lenf nodlarında tutulum, sağ hemitoraksta plevral sıvı, karaciğer ve dalakta metastatik odaklar ile periportal, paraaortik LAP'lar saptandı. İzleyen haftada hastada skleral ikter, sağ üst kadran ağrısı ve bulantı gelişti. Tetkiklerinde AST 154 U/L, ALT 202 U/L, GGT 522 U/L, total bilirubin 1.27 mg/dL, direkt bilirubin 0.41 mg/dL ve LDH 4605 U/L olarak saptandı. Klinik

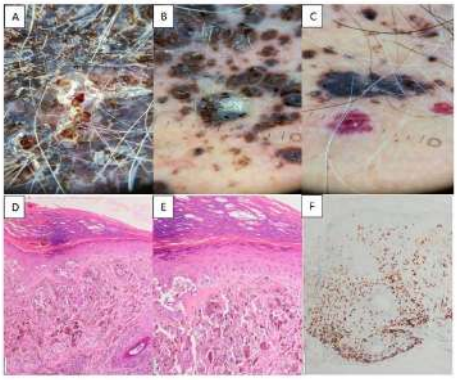
tablo, yaygın karaciğer metastazlarına bağlı visseral kriz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Yaygın metastatik hastalık ve hızlı progresyon paterni nedeniyle hastaya ipilimumab ve nivolumab tedavisi başlandı. Takipte karaciğer enzimlerinde progresyon, akut böbrek yetmezliği ve hiperpotasemi gelişen hastanın genel durumu hızla kötüleşti ve melanom tanısından sonraki 4. hafta içinde eksitus oldu.

Resim-1



Frontopariyetotemporal bölgenin tamamını kaplayan, çevreye satellit yayılımlar gösteren, üzeri skuam ve krustlarla kaplı siyah-gri-mor renkli papül, nodül ve tümoral lezyonlar

Figür-1



Lezyonun dermoskopik ve histopatolojik bulguları. (A–C) Dermoskopik incelemede; skuam ve krutlarla örtülü, yapısız siyah, gri ve kahverengi alanlar ile beyaz parlak çizgiler ve yapılar ile ülserasyon, lezyonun periferik bölgelerinde ise üzerinde beyaz parlak çizgilenmeler bulunan pembe-kırmızı, yuvarlak-oval yapısız alanlar (D, E) Histopatolojik incelemede, intraepidermal komponentin eşlik ettiği pleomorfik hücrelerden oluşan melanom H&E, ×200 ve ×400). (F) SOX10 immünohistokimyasal boyamada melanom hücrelerinde nükleer pozitiflik (×200).

Sonuç: Dev veya yaygın skalp melanomları son derece nadir olup literatürde sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir (Tablo-1). Bu olgularda sık görülen özelliklerden biri, lezyonların sıklıkla benign dermatozlar ile karıştırılması ve buna bağlı tanısal gecikmedir. Tanı gecikmesinin yanı sıra

agresif biyolojik davranışları nedeniyle hızlı progresyon ve ölümcül seyir görülebilmektedir. Bu nedenle özellikle tedaviye dirençli veya hızlı progresyon gösteren atipik saçlı deri lezyonlarında melanom mutlaka akılda tutulmalı ve gecikmeden histopatolojik değerlendirme yapılmalıdır. Erken tanı, mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir.

Tablo-1

Olgu	**Yaş/Cinsiyet**	**Metastatik hastalık**	**Tedavi**
Ching A ve ark., 2012	70/Erkek	Yok	Cerrahi eksizyon ve lenf nodu diseksiyonu
Panajotovic L ve ark., 2007	57/Erkek	Yok	Cerrahi eksizyon
González-González A ve ark., 2026	72/Erkek	Yok	BRAF/MEK inhibitörleri
Olgumuz, 2026	82/Kadın	Var	Ipilimumab ve nivolumab (1 siklus)-eksitus

Dev skalp melanomu olgu sunumları

Anahtar Kelimeler: melanom, skalp, tanısal gecikme

Yayın No: P-156
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Genital Eroziv Dermatiti Olan Kadın Hastada Ayırıcı Tanı: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Ali Yıldırım[1], Ümmügülsüm Taşdemir[1]

[1]Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Genital eroziv lezyonlar ; enfektif hastalıklar, inflamatuvar dermatozlar, otoimmün büllöz hastalıklar, ilaç reaksiyonları, premalign-malign lezyonlar ve travma gibi çok çeşitli etkenlerin etiyolojide rol alabilmesi nedeniyle detaylı ve sistematik bir yaklaşım gerektirir. Doğru ve etkin bir tedavi için tanıyı doğrulamak önemlidir. Bu vakada genital eroziv lezyonları olan bir hasta anlatılmıştır.

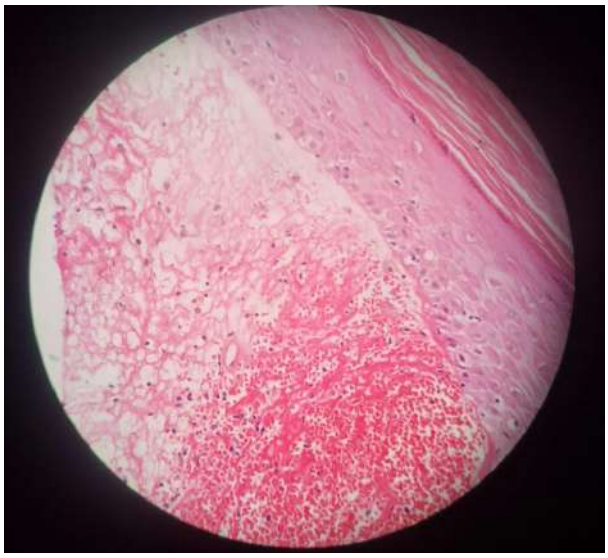
Olgu: 61 yaşında kadın hasta, 2-3 aydır olan genital ağrılı, kanamalı yara şikayetiyle kadın hastalıkları polikliniğinden refere edildi. Diyabet ve hipertansiyon öyküsü olan hastanın muayenesinde vulva ve vajende erozyon, kanama, kurutlanma, beyaz çizgilenme gibi bulgular görüldü(Fotoğraf-1a). Bacaklarında ve gövdesinde 3-4 ay önce başlayan kaşıntılı soluk-kahverengi papuller vardı(Fotoğraf-1b). Bu lezyonların başlangıçta çok kaşıntılı olduğunu, zamanla azaldığını, şimdi kaşınmadığını söyledi. Oral mukoza, dudak ve konjontivalarda anormal bulgu görülmedi. Genital akıntı, koku tariflemiyordu. Kolposkopik muayenede servikste lezyon görülmemiş olan hastanın; sfiliz, HSV-II, CMV serolojisi negatifti. Hastadan nativ inceleme ve bakteri kültürü için sürüntü alındı, mikroskopide fungal etken görülmedi. Kanamalı bir bölgeden eroziv liken planus, fiks ilaç erupsiyonu, pemfigus, Bowen Hastalığı, vulvar intraepitelyal neoplazi, vulvar karsinom, liken skleroatrofik ön tanılarıyla punch biyopsi ve direkt immun floresan(DİF) inceleme için doku örneği alındı. Hastaya sistemik antihistaminik, epitelizan ve topikal antibiyotik merhem reçetelenerek, sonucu ile kontrole gelmesi istendi. Kontrolünde hastada klinik iyileşme olmadığı görüldü. Bakteri kültüründe patojen mikroorganizma üremeyen hastanın biyopsi sonucunda ülserayon, epidermiste nekrotik keratinositler, subepidermal hemoraji, ödem, bazal keratinositlerde vakuolar dejenerasyon ve subepidermal lenfosit baskın inflamatuvar infiltrat izlendi(Fotoğraf-2a, b). Vücuttaki lezyonlarla birlikte düşünüldüğünde eroziv liken planus tanısı koyulan hastaya betametazon-valerat ve pimekrolimus içerikli topikal tedavi reçetelendi, kontrole gelmesi istendi. Kontrole gelmeyen hastanın durumu, aranarak soruldu. Hasta lezyonların tamamen geçtiğini belirtti, bir şikayeti olmadığını söyledi.

Fotoğraf-1



(a; vulvadaki eroziv, hemorajik lezyonlar b; bacakta solgun pigmente papüller)

Fotoğraf-2



Histolojik örnekte, hemoraji, keratinosit nekrozu, ödem, bazal tabakada hafif vakuolar değişiklikler izlenmekte.

Sonuç: Genitel eroziv lezyonların ayırıcı tanısında detaylı anamnez, kullanılan ilaçların sorgulanması, mukozalar dahil tüm cilt muayenesi önemlidir. Bu vakada viral enfeksiyonlar ve sifiliz serolojinin negatif olması, histopatolojide koilosit, plazma hücresi gibi bulguların olmaması ile dışlandı. Şankroid ve bakteriyel vulvovajinit klinik görünüm ve bakteri kültüründe üreme olmaması sebebiyle dışlandı. Fiks ilaç erupsiyonunda gözlenen bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, apoptotik, nekrotik keratinositler hasta örneğinde izlense de lezyonların kronik tabiatı ve kaybolmaması, lezyon öncesi kullanılan yeni, şüpheli ilaç öyküsü olmaması bu tanıdan uzaklaştırdı. Bowen Hastalığı, eritroplaki, vulvar kanser doku örneğinde sitolojik atipi olmamasıyla dışlandı. Behçet Hastalığındaki keskin sınırlı ülserler, rekurren aftöz stomatit öyküsü olmadığı için bu tanı da elendi. Otoimmun büllöz hastalıklarda görülen pozitif DİF bulguları hastada yoktu. Liken skleroatrofikte, bazal vakuoler dejenerasyon, likenoid lenfositik infiltrat gibi bulgular görülebilir ancak muayenede tipik parlak incelmiş yüzeyli lezyon yoktu ve yaygın kanama alanları vardı. Bu nedenlerle hastanın vucudundaki kaşıntılı papüller ile birlikte bütüncül değerlendirildiğinde eroziv liken planus(ELP) tanısı kondu. ELP daha çok kadınlarda ve post menepozal yaşta görülen, en çok oral mukoza olmak üzere sıklıkla birden fazla mukozal bölgenin etkilendiği, erozyonlarla karakterize mukozal formdur. Lezyonların kenarında beyaz

dantelimsi Wickham striaları görülebilir. Ağrı, yapışıklık ve skatris nedeni olabilmesi ve premalign kabul edilmesi ile klasik LP'dan ayrılır(1). Bu vaka; histopatolojik olarak eroziv liken planusun tüm bulgularını içermemesine ve başka mukozal bulgu olmaması rağmen, hastalık değil hasta olduğunu ve dermatolojik hasta muayenesinin ne kadar titizlik gerektirdiği, bazen tanıya ulaşmak için çok çeşitli modalite, laboratuvar ya da histolojik bulgunun birlikte değerlendirildiğini gösterdiğinden önemlidir.

Anahtar Kelimeler: liken planus, genital eroziv dermatit, vulvar kanama

Yayın No: P-157
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Kaştaki İz, Sistemik Tanı: Mikropigmentasyon Sonrası Tanı Alan Sistemik Sarkoidoz Olgusu

Ceren ÇETİN[1], Ayşegül YALÇINKAYA İYİDAL[1], Akın AKTAŞ[1], Esra UÇARYILMAZ ÖZHAMAM[2]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Kaş mikropigmentasyonu (microblading/kaş nakışı), özellikle kaşların belirginleştirilmesi amacıyla giderek yaygınlaşan uygulamalardır. Bu işlemlerde ekzojen pigmentler ince iğneler aracılığıyla yüzeyel ve orta dermise yerleştirilerek yarı kalıcı veya kalıcı kozmetik sonuçlar elde edilir. Genellikle iyi tolere edilen işlemler olmakla birlikte enfeksiyon, alerjik kontakt dermatit, likenoid ve granülomatöz inflamasyon gibi kutanöz yan etkiler bildirilmiştir. Mikropigmentasyon uygulamalarının artmasıyla, nadir ancak klinik açıdan önemli bu komplikasyonların tanınması önem kazanmıştır. Kozmetik dövme sonrası gelişen granülomatöz reaksiyonlar literatürde yabancı cisim tipi veya sarkoidoid tip granülomlar olarak tanımlanmıştır. Yabancı cisim tipi granülomlar, dermisteki ekzojen pigment partiküllerine karşı gelişen, multinükleer dev hücreler içeren reaktif inflamatuvar yanıt olarak görülürken, sarkoidoid granülomlar ise iyi sınırlı, lenfositten fakir "çıplak" epiteloid histiyosit agregatları ile karakterizedir. Bu çalışmada, kaş bölgesine uygulanan mikropigmentasyon işlemi sonrasında sistemik sarkoidoz tanısı konulan bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk dokuz yaşında kadın hasta, bilateral kaşlarında kızarıklık, kabarıklık ve yanma-batma şikâyetleriyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral kaşlarda keskin sınırlı, koyu kahverenkli homojen maküler pigmentasyonlar ve bu alanlar üzerinde kaş alt sınırını 2–3 mm geçen, düzensiz sınırlı kahverengi-violese renkte plaklar izlendi (Şekil 1A). Dermatoskopide belirgin sarımsı-turuncu homojen alanlar ve ince lineer damar yapıları izlendi (Şekil 1B). Özgeçmişinde 10 paket/yıl sigara mevcuttu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Anamnezinden bir yıl önce güzellik merkezinde kaşlarına tek seferlik kalıcı kaş mikropigmentasyon işlemi yaptırdığı öğrenildi. Bu işlemden 10 ay sonra lezyonların çıkmaya başladığı ve zamanla her iki kaş alanını tuttuğu öğrenildi. Lezyondan histopatolojik inceleme için punch biyopsi yapıldı ve inceleme sonucunda non-nekrotizan granülomatöz inflamasyon izlendi. (Şekil 2A-2B). Hastanın laboratuvar bulgularında serum ACE (angiotensin converting enzyme; anjiyotensin dönüştürücü enzim) düzeyi, idrar kalsiyum/kreatinin oranı yüksek ve 24 saatlik idrar kalsiyumu düşük saptandı. Göğüs hastalıkları değerlendirmesinde spirometride küçük hava yolları akımlarında azalma ile uyumlu hafif obstrüktif ventilasyon defekti izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografide mediastinal ve subkarinal lenfadenopatiler, üst loblarda belirgin milimetrik parankimal nodüller, plevral kalınlaşma ve düzensiz retikülasyonlar saptandı. Olgu, klinik, histopatolojik ve laboratuar bulgular birlikte değerlendirildiğinde kaş mikropigmentasyonu sonrası kutanöz sarkoidoz

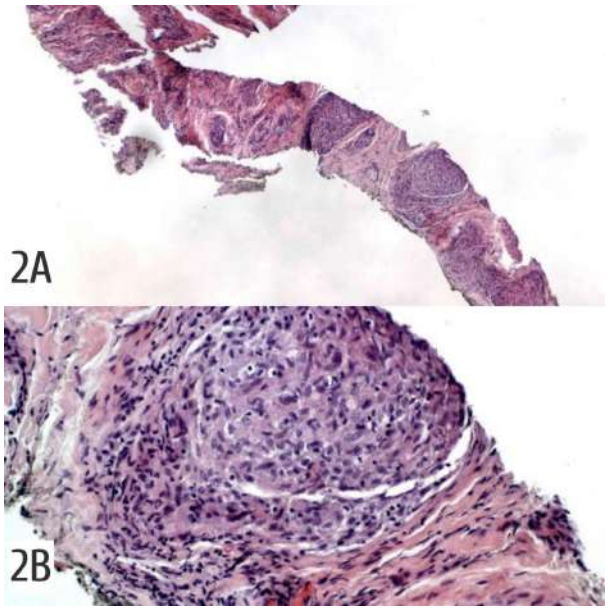
tutulumu da gösteren sistemik sarkoidoz olarak değerlendirildi. Hasta tanı sonrasında şehir değişikliği nedeniyle takipten çıktı.

Şekil 1



Şekil 1A. Bilateral kaş bölgesinde kaş mikropigmentasyonu, bu alanları ve özellikle alt sınırı birkaç mm geçen sınırları düzensiz kahverengi violese renkli plaklar Şekil 1B. Dermatoskopide belirgin sarımsı-turuncu yapısız alanlar izlenmektedir.

Şekil 2



Şekil 2A. Dermiste nonkazeifiye granülomlar (H&E ×40) Şekil 2B. Granülomların yakından görünümü (H&E ×200)

Sonuç: Kaş mikropigmentasyonu sonrasında gelişen granülomatöz reaksiyonlar nadir görülmekle birlikte klinik açıdan önem taşımaktadır. Kozmetik pigment uygulama alanlarında sarkoidoid granülomatöz inflamasyon saptandığında, sistemik sarkoidoz olasılığı mutlaka akılda tutulmalı; hastalar uygun şekilde sistemik olarak değerlendirilmeli ve uzun dönem izlem planlanmalıdır. Mikropigmentasyon uygulamalarının giderek yaygınlaşması, dermatologların bu olası ilişki konusunda farkındalığının artırılmasını gerekli kılmaktadır. Bu olgu, hem kozmetik pigmentasyon komplikasyonlarına dikkat çekmek, hem de izole bir deri bulgusunun sistemik sarkoidozun ilk klinik belirtisi olabileceğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, granülomatöz dermatit, mikropigmentasyon

Yayın No: P-158
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Akraba Evliliği Olan Bir Ailede DSC3 ve CLCN2 Mutasyonlarına Eşlik Eden Kompleks Dermatolojik, Nörolojik ve Kardiyak Fenotip: Olgu Sunumu

MERVE KÜÇÜKŞAHİN[1]

[1]Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Desmokollin-3 (DSC3), hücre-hücre yapışmasında ve epidermal bütünlüğün sağlanmasında önemli bir desmozomal proteindir (1) . Sitoplazma içi plak, plakofilinler, plakoglobin ve desmoplakin yardımıyla kadherinlerin ara filamentlerle bağlanmasını kolaylaştırır (2,3) . DSC3 genindeki patojenik zararlı mutasyonlar; literatürde son derece nadir görülen, atrişi/hipotrikoz, foliküler hiperkeratotik papüller ve tekrarlayan deri vezikülleri ile seyreden otozomal resesif bir genodermatoza yol açabilir (4,5,6). Diğer yandan klor kanalı proteini kodlayan CLCN2 gen mutasyonları ise nöronal eksitabilite bozuklukları, febril konvülsiyonlar, ataksi ve lökoensefalopati ile ilişkilendirilmektedir (7). Bu sunumda; akraba evliliği öyküsü bulunan bir ailede, DSC3 mutasyonuna bağlı atrişi ve foliküler papüller ile CLCN2 başta olmak üzere ek genetik varyantlara bağlı febril nöbet, ağır nörolojik sekel, kardiyak aritmiler (Wolf-Parkinson-White sendromu) ve pediatrik eksitus öyküsü içeren 9.5 yaşındaki bir kız olgunun ve ailesinin fenotipik-genotipik özelliklerinin literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: Aralarında akraba evliliği bulunan anne ve babanın 9.5 yaşındaki kız çocuğu, doğuştan cildindeki kıl yokluğu ve foliküler hiperkeratotik papüllerle başvurdu. Hasta 1 yaşında febril konvülsiyon geçirmiş valproik asit kullanmış ve nöbetleri altı yaşına kadar devam etmiş. Hastanın tekrarlayan vezikül öyküsü yokmuş ve terlemesi normaldi. Hastanın kız kardeşi (13 yaşında) bir buçuk yaşında geçirdiği jeneralize tonik-klonik nöbet sonrasında hemiplejik hale gelmiş; afazi ve atoni gelişmiştir. Bir buçuk yaşında çekilen EKG'sinde Wolf-Parkinson-White (WPW) sendromu tespit edilerek ablasyon uygulanmıştır. EEG'leri normal sınırlardadır. WES analizinde CLCN2 homozigot mutasyon saptanmıştır. Ailenin daha sonra doğan bir diğer çocuğu hipoplastik sol kalp sendromu ile doğmuş ve postnatolojik 14. günde eksitus olmuştur. Annenin kardeşlerinin çocuklarında da belirgin nöbet öyküleri mevcuttur. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde; ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde belirgin foliküler hiperkeratotik papüller ile vücutta jeneralize kıl yokluğu izlenmiştir. Hastanın saç ,kaş ,kirpik ve tırnak muayenesi normaldi ve dudakları ve vücudu kserotikti.Hastada yapılan Tüm Ekzom Dizileme (WES) analizi sonucunda: DSC3 Geni (NM_001941.5): Ekzon 9'da c.1225_1228del (p.Asp409Lysfs*11) Homozigot Class 1 (Patojenik) delesyon saptandı (Dermatolojik fenotip/atrişi ile uyumlu). CLCN2 Geni (NM_004366.6): Ekzon 12'de c.1234G > A (p.Val412Met) Heterozigot Class 3 varyant saptandı (Abladaki homozigot mutasyon ve ağır nörolojik sekel ile ilişkili). Ek Varyantlar: Kardiyak ve nörolojik fenotip çeşitliliğini açıklayabilecek PKP2 (Aritmojenik Sağ Ventrikül Displazisi ile ilişkili Class 3), BPTF, DOCK3 ve CYP1B1 (Homozigot Class 2) varyantları tespit edilmiştir.

DSG3 mutasyonuna bağlı cilt bulguları



Ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde kserotik zeminde foliküler papüller ve atrişi

Sonuç: Bu vaka, dünyada son derece nadir bildirilen DSC3 mutasyonlu genodermatoz tablosuna, ailevi CLCN2 kanalopatisi ve kardiyak aritmilerin (WPW) eşlik ettiği çift/çoklu genetik tanı açısından literatürdeki en kapsamlı ve özgün örneklerdir. Klasik DSC3 mutasyonlu olgularda tam alopesi veya tırnak trofik bozuklukları tanımlanabilirken (4,5,6) ailemizdeki her iki olguda da saç, kaş ve tırnakların korunmuş olması, DSC3 fenotipik spektrumunda daha hafif/parsiyel bir klinik ekspresyonun da bulunabileceğini göstermesi açısından literatüre özgün bir katkı sunmaktadır.Abladaki homozigot CLCN2 mutasyonunun yol açtığı ağır nörolojik yıkım (hemipleji, afazi) ve olgumuzdaki febril nöbet öyküsü, CLCN2 genotipinin aile içi ekspresyon farklılığını göstermektedir (7). Ayrıca PKP2 ve DSC3 gibi desmozomal genlerin ortak etkileşimi ile kardiyak iletim kusurları (WPW, infant dönemde hypoplastic sol kalp ve ablasyon öyküsü) arasındaki klinik ilişki dikkat çekicidir (2,3). Atrişi , tekrarlayan vezikül veya foliküler papüller gibi nadir dermatolojik bulgularla gelen çocuk olgularda, ayrıntılı pedegri analizi ve multidisipliner (dermatoloji, pediatrik nöroloji, pediatrik kardiyoloji ve genetik) yaklaşımın önemi bu olgu ile bir kez daha vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: DSC3, CLCN2, Hiperkeratoz

Yayın No: P-159
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Herpes Zoster Oftalmikusun Nadir Bir Komplikasyonu: İzole Troklear Sinir Paralizisi

BUSE ECEM KURUGÖL[1], SENA AKGÜN BERÇİN[1]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Herpes zoster oftalmikus (HZO), trigeminal sinirin oftalmik dalında varisella-zoster virüsünün reaktivasyonu sonucu gelişen bir enfeksiyondur. Oftalmopleji nadir bir komplikasyon olup en sık III. kranial sinir, daha nadiren VI. kranial sinir ve en seyrek IV. kranial sinir tutulumu bildirilmektedir. Bu olgu ile HZO'ya eşlik eden IV. kranial sinir paralizisinin klinik özellikleri, tanısal yaklaşımı ve tedavi süreci sunulmuştur.

OLGU



DERMATOLOJİK MUAYENE

İÇE BAKIŞ KISITLILIK



Yöntem: 65 yaşında kadın hasta, yüz ve saçlı derinin sol yarısında ağrı, yanma ve veziküler döküntü ile başvurdu. Eş zamanlı olarak bulanık görme ve diplopi yakınmaları mevcuttu. Özgeçmişinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı bulunuyordu. Dermatolojik muayenede sol V1 dermatomu boyunca unilateral yerleşimli eritemli zeminde veziküller ve krutlar, ayrıca sol periorbital bölgede ödem ve hiperemi izlendi. Göz hastalıkları değerlendirmesinde minimal korneal epitel defekti ve binoküler vertikal diplopi tespit edildi. Hastanın özellikle içe bakışta artan ağrı ve çift görme şikâyetleri mevcuttu. Olası nörolojik tutulum açısından yapılan kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntüleme, manyetik rezonans anjiyografi, orbita manyetik rezonans görüntüleme ve vasküler görüntülemelerde patoloji saptanmadı. Klinik ve oftalmolojik değerlendirmeler sonucunda HZO'ya eşlik eden IV. kranial sinir paralizisi düşünüldü. Hastaya intravenöz asiklovir (10 mg/kg, 8 saatte bir) tedavisi başlandı. Ağrı kontrolü için pregabalin ve destek tedavileri verildi. Göz hastalıkları önerileri doğrultusunda topikal tedaviler düzenlendi. Persistan diplopi nedeniyle sistemik metilprednizolon 40 mg/gün tedaviye eklendi. On günlük antiviral tedavi sonrasında kutanöz lezyonları gerileyen hasta taburcu edildi. Birinci ay kontrolünde vertikal diplopi şikâyetinde belirgin gerileme saptandı.

Bulgular ve Sonuç: Herpes zoster oftalmikus olgularında diplopi ve göz hareketlerinde ağrı geliştiğinde kranial sinir paralizileri akılda tutulmalıdır. Nörogörüntüleme normal olsa dahi klinik değerlendirme tanıda kritik öneme sahiptir. Antiviral tedavi temel yaklaşımı oluştururken, seçilmiş olgularda sistemik kortikosteroid eklenmesi nörolojik iyileşmeye katkı sağlayabilir. Bu olgu, HZO'ya bağlı nadir görülen troklear sinir paralizisinin erken tanı ve multidisipliner yönetiminin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster oftalmikus, troklear sinir paralizisi, diplopi

Yayın No: P-160
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

İnfantil Generalize Püstüler Psoriasis ve İyatrojenik Cushing Sendromu ile Prezente Olan Bir DITRA (IL-36 Reseptör Antagonisti Eksikliği) Olgusu

Zeynep Topkarcı[1], Enes Özen[1], Bilgen Erdoğan[1], Burcu Bursal[2], Şerife Gül Karadağ[3]

[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul
[2]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[3]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Generalize püstüler psoriasis (GPP), bebeklik döneminde nadir görülen ve enfeksiyonlarla karışabilen, yaşamı tehdit edebilen inflamatuvar bir dermatozdur. Erken başlangıçlı olgularda, IL36RN genindeki patojenik varyantlardan kaynaklanan IL-36 reseptör antagonisti eksikliği (DITRA) başta olmak üzere monogenik otoinflamatuvar hastalıklar düşünülmelidir. Tanının gecikmesi ve deri lezyonlarını kontrol etmek amacıyla hekim gözetimi dışında potent topikal kortikosteroidlerin geniş yüzeylere uygulanması, özellikle bebeklerde sistemik emilime bağlı adrenal supresyon ve iyatrojenik Cushing sendromuyla sonuçlanabilir. Burada, generalize püstüler psoriasis ve iyatrojenik Cushing sendromuyla başvuran, genetik incelemeyle DITRA tanısı doğrulanan beş aylık bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Beş aylık kız hasta, eritemli zeminde tüm vücuda yayılan püstüler döküntü nedeniyle dış merkezde yaygın kandidiyazis ve akut generalize ekzantematöz püstülozis ön tanılarıyla yatırılmıştı. Dermatoloji konsültasyonunda yaygın püstüler lezyonlara belirgin cushingoid yüz görünümünün eşlik etmesi, infantil GPP ile potent topikal kortikosteroid kullanımına bağlı iyatrojenik Cushing sendromunu düşündürdü. Ayrıntılı sorgulamada saçlı deri, kıvrımlar ve bez bölgesinde başlayan eritemli lezyonlar için, ailede psoriasis bulunan yakınların önerisiyle çeşitli topikal kortikosteroidlerin, son dönemde ise klobetazol propionatın kullanıldığı; buna rağmen döküntünün yaygınlaştığı öğrenildi. Deri biyopsisi psoriasis ile uyumluydu. İnfantil başlangıç, ateş ve GPP birlikteliği nedeniyle DITRA, IL-1 reseptör antagonisti eksikliği (DIRA) ve CARD14 ilişkili püstüler psoriasis başta olmak üzere monogenik otoinflamatuvar hastalıklara yönelik genetik inceleme planlandı. Serum kortizolünün ölçülemeyecek kadar düşük bulunması üzerine iyatrojenik Cushing sendromu ve sekonder adrenal supresyon tanılarıyla Çocuk Endokrinolojisi tarafından steroid replasmanı başlandı. Topikal tedaviler düzenlendi ve asitretin 5 mg/gün dozunda başlandı. Persistan lökositoz için yapılan periferik yaymada patolojik bulgu saptanmadı; lökositoz steroid kullanımı ve sistemik inflamasyonla ilişkilendirildi. Büyüme-gelişme geriliği ve aralıklı ishal nedeniyle ilgili pediatri birimlerince multidisipliner olarak izlendi. Asitretinle püstüler ve eritemli lezyonlar belirgin gerilerken, potent topikal kortikosteroidlerin kesilmesi ve adrenal supresyonun tedavisiyle cushingoid görünüm tamamen düzeldi. Genetik incelemede IL36RN geninde homozigot c.338C > T (p.Ser113Leu) varyantı saptanarak DITRA tanısı moleküler düzeyde doğrulandı. Genetik olarak kanıtlanmış

otoinflamatuvar hastalığa büyüme-gelişme geriliği ve sistemik tutulumun eşlik etmesi nedeniyle Çocuk Romatolojisi tarafından adalimumab tedavisi başlandı ve asitretin tedavisi sonlandırıldı.

Generalize Püstüler Psoriasis Klinik Görünümü (Tedavi Öncesi)



Eritemli zemin üzerinde tüm vücutta yaygın püstüler lezyonlar; sırt bölgesinde belirgin yoğun tutulum izlenmektedir (5 aylık kız hasta, tedavi öncesi).

Generalize Püstüler Psoriasis Klinik Görünümü (Tedavi Öncesi)



Eritemli zemin üzerinde tüm vücutta yaygın püstüler lezyonlar; saçlı deri ve yüz tutulumu yanısıra yüzde cushingoid görünüm

Sonuç: İnfantil GPP olgularında enfeksiyonların yanı sıra DITRA gibi monogenik otoinflamatuvar hastalıklar araştırılmalıdır. Cushingoid görünüm saptandığında, özellikle potent topikal kortikosteroid kullanım öyküsü ayrıntılı sorgulanmalı ve adrenal supresyon değerlendirilmelidir. Bu olgu, altta yatan genetik hastalık ile tedaviye bağlı iyatrojenik komplikasyonların eş zamanlı bulunabileceğini ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnfantil püstüler psoriasis, DITRA, iyatrojenik Cushing sendromu

Yayın No: P-161
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

KUTANÖZ METASTAZIN NADİR GÖRÜLEN BİR FORMU: ZOSTERİFORM KUTANÖZ METASTAZ

Elif Feyza Ergün[1], Nilgün Şentürk[1], Deniz Bayçelebi[2]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Samsun

Giriş ve Amaç: Metastatik cilt kanseri, iç organ malignitelerinin görece nadir görülen bir komplikasyonu olmakla birlikte insidansı %0.7–%9 arası değişmektedir. Kutanöz metastazlar farklı klinik şekillerde karşımıza çıkabilir. Zosteriform tip ise literatürde sınırlı sayıda bildirilmiştir. Malign melanom, skuamöz hücreli karsinom gibi primer cilt kanserleri ayrı olarak ele alındığında kutanöz metastaz en sık meme, akciğer ve ovaryan kanserlerde görülmektedir. Özellikle kadın hastalarda kutanöz metastazların yaklaşık olarak %70'i meme kanseri ile ilişkilidir. Bu çalışmada, invaziv duktal karsinom tanılı bir hastanın sırtında görülen zosteriform deri metastazı olgusunu sunmayı amaçlamaktayız.

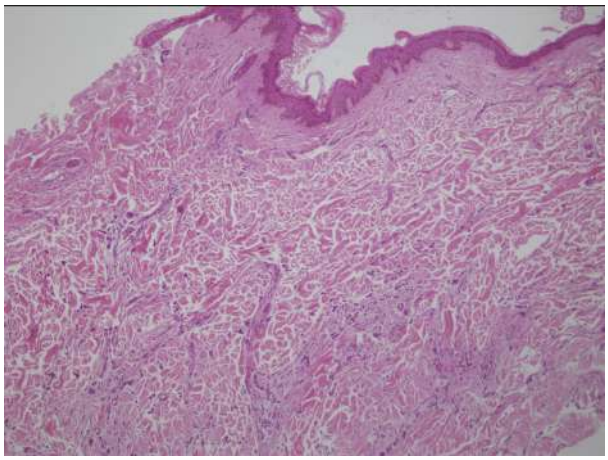
Olgu: 51 yaşında, evre 4 invaziv duktal karsinoma tanılı kadın hasta kliniğimize bir aydır sırt bölgesinde olan papülonodüler lezyonlar nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sırtta T2-T5 dermatomları boyunca dermatomal olarak yayılan, eritemli-viyolese renkte infiltre papülonodüler lezyonları mevcuttu (Resim 1). Kliniğimize başvurmadan önce Herpes Zoster'e yönelik tedavi almıştı ancak fayda görmemişti. Kutanöz metastazdan şüphelenilerek yapılan punch biyopsi örneğinde kord şeklinde dizilen atipik tümör hücreleri görüldü (Resim 2). İmmünohistokimyasal boyamada tümör hücreleri pansitokeratin (+), mammaglobin (+) ve GATA (+) boyanırken östrojen reseptörü (-) progesteron reseptörü (-) ve c-erbB2 (-) idi. Hasta onkolojiye konsülte edildi.

Resim 1



Sağ torasik bölgede dermatomal yayılan papülonodüler lezyonlar

Resim 2



Tek tek ve hücre kordonları halinde dermisi infiltre eden büyük hiperkromatik nükleuslu tümör hücreleri (H&E, X100)

Sonuç: İç organ malignitelerinin kutanöz metastazı en sık infiltre, ağrısız nodüller şeklinde görülür. Ancak erizipeloid, eritema multiforme benzeri, telenjiektatik, büllöz, eritema anulare santrifüj benzeri, zosteriform tip gibi nadir görülen klinik varyantlar şeklinde de karşımıza

çıkabilir. Zosteriform yayılımı açıklamak için önceki Herpes Zoster bölgesinde Koebnerizasyon, lenfatik, hematolojik ya da sinirsel yayılım, cerrahi ekim gibi teoriler öne sürülmüştür. Zosteriform tip kutanöz metastazın nadir görülmesi nedeniyle hastalar Herpes Zoster olarak yanlış tanı alabilir. Bu olguda, zosteriform lezyonlarla başvuran bir hastanın ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken nadir görülen bir klinik antiteye dikkat çekmek istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kutanöz metastaz, Zosteriform, Meme kanseri

Yayın No: P-162
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Tedavi Yanıtıyla Desteklenen Tüberkülozis Verrükoza Kutis: Mesleki Maruziyetle İlişkili Bir Olgu

Emre SÜNBÜLOĞLU[1], Cihan AYAR[1], Gülcan SAYLAM KURTİPEK[1], Cahit YAVUZ[1], Fatma TUNÇEZ AKYÜREK[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Tüberküloz (TB), başlıca Mycobacterium tuberculosis (MTB), daha nadiren Mycobacterium bovis ve Bacille Calmette-Guérin (BCG) suşlarının neden olduğu, farklı organ ve sistemleri etkileyebilen kronik granülomatöz bir enfeksiyon hastalığıdır. Akciğer tutulumu en sık görülen klinik form olmakla birlikte, ekstrapulmoner tüberküloz tüm olguların %8–24'ünü oluşturmaktadır. Kutanöz tüberküloz (KTB) ise ekstrapulmoner tüberkülozun nadir bir formu olup olguların yaklaşık %1,5–3'ünü oluşturmaktadır [1]. Deri tüberkülozu, klinik ve histopatolojik bulgular açısından geniş bir spektrum göstermesi nedeniyle tanısal güçlük oluşturabilen bir hastalıktır. Tanının desteklenmesinde histopatolojik inceleme, aside dirençli basil (ARB) araştırılması, mikobakteriyel kültür ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) gibi yöntemlerden yararlanılmakla birlikte, etkenin her zaman gösterilememesi tanıyı güçleştirebilmektedir [2]. Kutanöz tüberkülozun klinik formlarından biri olan tüberkülozis verrükoza kutis (TVK), daha önce tüberküloz basiline karşı duyarlanmış ve orta-yüksek düzeyde hücresel immüniteye sahip bireylerde, MTB, M.Bovis, BCG suşlarının ekzojen inokülasyonu sonucu gelişen pausibasiller bir kutanöz tüberküloz formudur.Bu olgu, histopatolojik ve laboratuvar bulguları tanıyı desteklememesine rağmen klinik bulgular ve mesleki maruziyet öyküsü doğrultusunda TVK tanısı konulan ve antitüberküloz tedavi ile tama yakın klinik regresyon sağlanan bir hastada, TVK tanısında klinik değerlendirmenin önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Olgu: Altmış üç yaşında erkek hasta, yaklaşık bir yıldır sağ el başparmak ve üçüncü parmakta devam eden kabuklu ve ekzematize lezyonlar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon bulunan hastanın hayvancılıkla uğraştığı ve mevcut lezyonlarına yönelik daha önce herhangi bir tedavi almadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede sağ el birinci ve üçüncü parmak ekstansör yüzlerinde, eritemli-viyolese zemin üzerinde yer yer verrüköz ve hiperkeratotik papüllerin oluşturduğu plaklar izlendi.(Resim 1)Klinik bulgular doğrultusunda tüberkülozis verrükoza kutis (TVK), verrüka vulgaris, verrüköz karsinom, derin fungal enfeksiyon ön tanıları düşünüldü ve sağ el başparmak lezyonundan insizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojik ve histokimyasal incelemede TVK tanısını destekleyen spesifik bulgular saptanmadı. İmmünohistokimyasal incelemede dev hücreler ve histiyositlerde CD68, epitelde pansitokeratin pozitifliği izlenirken, PAS ve Giemsa boyaları ile mantar veya mikroorganizma gösterilemedi.Histopatolojik bulguların tanıyı desteklememesine rağmen, lezyonların klinik özellikleri, yerleşimi ve hastanın hayvancılıkla ilişkili mesleki maruziyet öyküsü birlikte değerlendirilerek TVK tanısı düşünüldü. Hasta pulmoner tüberküloz açısından Göğüs

Hastalıkları bölümüne konsülte edilen hastadan balgam ARB incelemesi ve toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) istendi. Toraks BT'de her iki akciğer üst lob apikalinde minimal sekel fibrotik değişiklikler izlenmekle birlikte aktif pulmoner tüberkülozu düşündürecek parankimal infiltrasyon veya patolojik mediastinal/hiler lenfadenopati saptanmadı. İnterferon gama salınım testi (İGST) ve balgam ARB incelemesi negatif saptanırken, toraks BT'de aktif pulmoner tüberküloz lehine bulgu izlenmedi. Buna karşın klinik bulgular ve mesleki maruziyet öyküsü doğrultusunda TVK tanısı ön planda değerlendirilerek hasta, antitüberküloz tedavinin düzenlenmesi amacıyla Verem Savaş Dispanseri'ne yönlendirildi.Antitüberküloz tedavinin birinci ayında yapılan değerlendirmede lezyonlarda kısmi klinik gerileme gözlenmesi üzerine tedavinin sürdürülmesine karar verildi. Hastaya ilk iki ay izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol, ardından dört ay izoniazid ve rifampisinden oluşan toplam altı aylık tedavi uygulandı.Tedavinin tamamlanmasının ardından verrüköz lezyonlarda tam klinik regresyon izlendi (Resim 2).

Resim 1



Sağ el birinci ve üçüncü parmak ekstansör yüzlerinde, eritemli-viyolese zemin üzerinde yer yer verrüköz ve hiperkeratotik papüllerin oluşturduğu plaklar

Resim 2



Antitüberküloz tedaviye klinik yanıt. Üst sıra: Tedavinin birinci ayında verrüköz lezyonlarda izlenen kısmi klinik regresyon. Alt sıra: Altı aylık antitüberküloz tedavinin tamamlanmasının ardından verrüköz lezyonlarda izlenen tam klinik regresyon

Sonuç: Sonuç olarak, TVK'nın pausibasiller yapısı nedeniyle histopatolojik ve laboratuvar incelemelerinin tanıyı her zaman desteklemeyebileceği akılda tutulmalıdır. Özellikle mesleki maruziyet öyküsü bulunan ve klinik şüphenin güçlü olduğu olgularda, negatif tanısal testler TVK tanısını dışlamamalıdır. Bu olguyu, klinik ve mesleki öykünün bütüncül değerlendirilmesinin ve antitüberküloz tedaviye alınan yanıtın tanıyı desteklemedeki önemini vurgulamak için sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Tüberkülozis verrükoza kutis, mesleki maruziyet, antitüberküloz tedavi

Yayın No: P-163
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Kortikosteroid İlişkili Lipoatrofi ve Hipopigmentasyonun Multiplanar İzotonik Salin İnfiltrasyonuyla Tedavisi

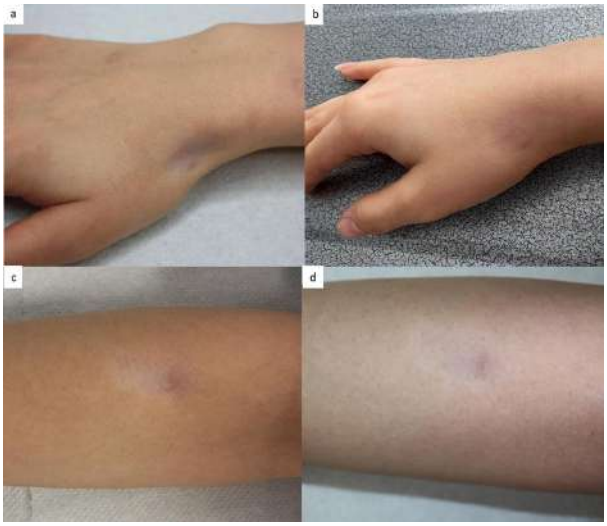
Abdullah Bünyamin Palanci[1], Başak Yalıcı Armağan[1]

[1]Hacettepe University

Giriş ve Amaç: İntralezyonel triamsinolon asetonid, keloid tedavisinde etkili olmakla birlikte dokuda uzun süre kalabilmesi nedeniyle lipoatrofi ve hipopigmentasyona yol açabilir. Seri izotonik salin infiltrasyonu bu komplikasyonların tedavisinde bildirilmiş olsa da enjeksiyon düzlemleri, hacim, seans aralığı ve tedavi sonlanım noktaları standardize değildir. Bu bildiride, aynı hastadaki dört persistan lezyonun klinik sonlanım noktasıyla birlikte multiplanar izotonik salin infiltrasyonuna yanıtı sunulmaktadır.

Olgu: Otuz yaşında kadın hasta, nevüs eksizyonları sonrasında gelişen keloidlere uygulanan intralezyonel triamsinolon asetonid tedavisinin ardından ortaya çıkan, kalıcı, deprese ve hipopigmente dört plakla başvurdu. Yaklaşık iki yıl önce birer ay arayla dört seans tedavi uygulanmış; 40 mg/mL triamsinolon 1/4 oranında dilüe edilerek her 1 cm² alana 0,1–0,2 mL enjekte edilmiştir. Lipoatrofi ve hipopigmentasyon son enjeksiyondan yaklaşık iki ay sonra fark edilmiştir. Sekiz ay kullanılan topikal %0,05 tretinoin ve %5 üreden fayda görülmemiş, tedavilerin bırakılmasından sonraki altı ayda da spontan düzelme olmamıştır. Muayenede ense, sağ el bileği laterali ve her iki kolda, 12–23 mm çaplarında dört lipoatrofik ve hipopigmente lezyon saptandı. Hastanın Fitzpatrick deri fototipi IV idi. Yazılı bilgilendirilmiş onam sonrasında her lezyona 30 gauge iğneyle steril %0,9 sodyum klorür uygulandı. Salin, retiküler dermis ve subkutan yağ dokusunu hedefleyen çoklu düzlemlere, homojen tümesans ve gözle görülür solma oluşuncaya kadar infiltre edildi. Hacim klinik sonlanım noktası olan homojen tümesans ve blanching oluşturmaya göre belirlenmiş olup lezyon başına 1–3 mL arasında değişmiştir. Üç ila dört hafta arayla toplam üç seans uygulanmıştır. İşlem sırasında ağrı, ilk seanstan sonra ense ve sol kolda geçici ekimoz gelişti; başka yan etki izlenmemiştir. Üç seans uygulanmasından dört ay sonra dört lezyonun tamamında deri konturu ve pigmentasyonda tam veya tama yakın düzelme görülmüştür. Keloidlerde 4 aylık izlem sırasında nüks saptanmamıştır.

Triamsinolon İlişkili Lipoatrofi ve Hipopigmentasyonun Tedavi Öncesi ve Sonrası Görünümü



(a, c) Sağ el bileği ve ön koldaki triamsinolon ilişkili lipoatrofi ve hipopigmentasyonun tedavi öncesi görünümü. (b, d) Üç seans multiplanar izotonik salin infiltrasyonundan beş ay sonra deri konturu ve pigmentasyonda belirgin düzelme.

Sonuç: Klinik sonlanım noktasına göre uygulanan multiplanar izotonik salin infiltrasyonu, persistan triamsinolon ilişkili lipoatrofi ve hipopigmentasyonda pratik, düşük maliyetli ve iyi tolere edilen bir seçenek olabilir. Anatomik olarak ayrı dört lezyonda benzer yanıt alınması ve iyileşmenin dört aylık takipte korunması, etkinin yalnızca geçici hacim artışına bağlı olmadığını düşündürmektedir. Olası mekanizma rezidüel kortikosteroid partiküllerinin dilüsyonu ve fagositozla temizlenmesinin kolaylaşmasıdır; ancak bu mekanizma doğrudan kanıtlanmamıştır. Bulguların standardize fotoğraflama, kolorimetri ve ultrasonografik doku kalınlığı ölçümleriyle değerlendirildiği prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Lipoatrofi, Hipopigmentasyon, İzotonik salin infiltrasyonu

Yayın No: P-164
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

JAK2 Pozitif Trombositoz Ve Uzun Süreli Hidroksiüre Kullanımı Zemininde Atrofi Blanche Morfolojisi Ve Nekrotik Dijital Ülser Olgu Sunumu

SEMA AYTEKİN[1], ZEKİ CAN ŞAHİN[1]

[1]NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ

Giriş ve Amaç: Atrphie Blanche, alt ekstremitelerde porselen beyazı, atrofik ve sıklıkla stellat skarlarla karakterize klinik bir morfolojidir. Livedoid vaskulopati başta olmak üzere trombotik ve vaskuler süreçlerle ilişkili olabilmekle birlikte spesifik bir tanısal olgu değildir.Bu olguda, JAK2 mutasyonu pozitif trombositoz nedeniyle uzun süreli hidroksiüre kullanan ve nekrotik dijital ülserin sunulması amaçlandı.

Yöntem: 61 yaşında erkek hasta, ayaklarında uzun süredir mevcut deri değişiklikleri ve son bir ay içerisinde sol ayak dördüncü parmakta gelişen hassasiyet nedeniyle dermatoloji polikliniğimize başvurdu.Özgeçmişinde JAK2 mutasyonu pozitif trombositoz bulunan hastanın yaklaşık 15 yıldır hidroksiüre kullandığı öğrenildi. Hidroksiüre tedavisinin üç hafta önce kesildiği ve takip eden süreçte dördüncü parmakta yara geliştiği belirtildi.

Bulgular ve Sonuç: Dermatolojik muayenede bilateral ayak bilekleri ve ayak dorsumunda parmaklara doğru uzanım gösteren, düzensiz sınırlı, atrofik hipopigmente yamasal lezyonlar izlendi. Lezyonlar stellat görünümlü porselen beyazı skarlar ile uyumlu idi.Sol ayak dördüncü parmak tabanında eritemli zeminde santral nekrotik ülser mevcuttu.Periferik nabızlar palpabl olup ekstremiteler arasında çap farkı veya belirgin ısı artışı saptanmadı.Laboratuvar değerlendirmelerinde belirgin sistemik inflamatuar yanıt izlenmedi.Hastanın klinik morfolojisi atrophie blanche ile uyumlu değerlendirildi. Ayak ve ayak bileği direkt grafileri istendi. Yara bakımı düzenlendi. Klinik takip planlandı.Atrophie Blanche tek başına livedoid vaskulopati için patognomik değildir; altta yatan trombotik hastalıklar, vaskuler patolojiler ve ilaç ilişkili kutanoz toksisiteler ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir.Uzun süreli hidroksiüre kullanımı, özellikle myeloproliferatif hastalığı bulunan bireylerde kronik ve tedaviye dirençli alt ekstremite ülserleriyle ilişkili olabilir. Hidroksiüreye bağlı kutanoz ülserasyon mekanizmasında mikrovaskuler hasar, endotel toksisitesi ve immun aracılı süreçler rol oynayabilir.Bu olgu, JAK2 pozitif protrombotik zemin ile uzun süreli hidroksiüre maruziyetinin eş zamanlı bulunduğu hastalarda gelişen atrofik skar ve nekrotik ülserlerde çok faktörlü etiyolojinin göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır.Yakın dönem livedoid vaskulopati serileri de trombotik yatkınlıkların araştırılmasının, uygun sistemik tedavi ve takip stratejilerinin önemini desteklemektedir.

Ayak Bileği Atrophie Blanche Morfolojisi



Ayak bileğinde ve ayak dorsumunda düzensiz sınırlı atrofik hipopigmente yamasal lezyonlar

Sol Ayak 4. Parmakta Nekrotik Ülser



Sol ayak dördüncü parmak tabanında eritemli zeminde santral nekrotik ülser mevcut.

Anahtar Kelimeler: Atrophie Blanche, Hidroksiüre, JAK2 pozitif trombositoz

Yayın No: P-165
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Aksillar Bölgede Gelişen Ekstramammarian Paget Hastalığı: Olgu Sunumu

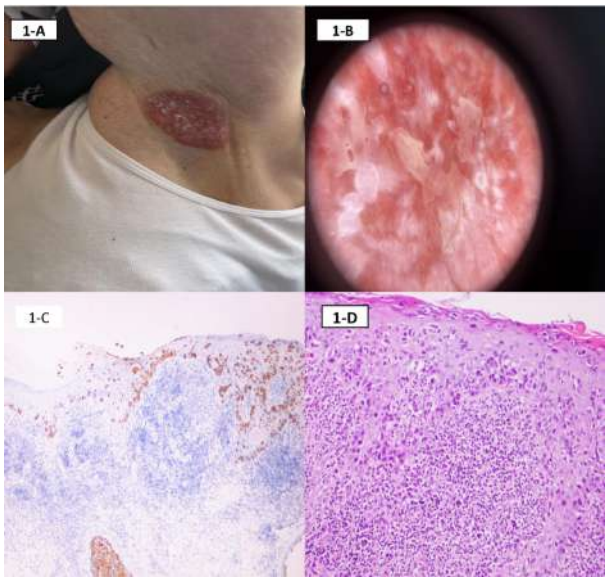
Ege Nur Yıldız[1], Atakan Eren[1], Peyker Temiz[2], Kamer Gündüz[1]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Ekstramammaryan Paget hastalığı (EMPH) apokrin bezlerden zengin bölgeleri tutma eğiliminde olan, patogenezi henüz açıklığa kavuşturulmamış bir hastalıktır. Genellikle 60-80 yaş aralığındaki bireyleri etkilemektedir. EMPH primer ve sekonder form olmak üzere ikiye ayrılır. Primer form yalnızca deri tutulumuyla ilerlerken sekonder form internal adenokarsinomların intraepidermal yayılımı sonrası ortaya çıkar. Bu olgu sunumunda, nadir görülen bir hastalık olan EMPH'de ayırıcı tanı ve tanısal zorluğun vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: 71 yaşında kadın hasta, sol koltuk altında iki yıldır mevcut olan kızarıklık nedeniyle başvurdu. Dış merkezde verilen topikal steroid ve antifungal kombinasyon tedavisine yanıt alınamamıştı. Dermatolojik muayenede sol aksillar bölgede yaklaşık 6 cm çaplı, üzeri beyaz membranla kaplı eritemli soliter plak (Resim 1.A), dermoskopik incelemede eritem zemininde beyaz yapısız alanlar saptandı (Resim 1.B). Lezyondan bakteriyolojik ve mikolojik inceleme için örnek alınıp, topikal mupirosin, oral amoksisilin-klavulanik asit ve oral flukonazol tedavisi verildi. Kontrol muayenesinde lezyonlarda gerileme izlenmedi. Bakteriyolojik ve mikolojik kültürlerde üreme olmadı. Lezyondan alınan punch biyopsi örneğinin histopatolojik bulguları histopatolojik bulgular EMPH'ı doğrular nitelikteydi. Karsinoembriyojenik antijen (CEA), sitokeratin 7 (CK7) ve P53 boyamaları pozitif, SOX10 negatif olarak sonuçlandı ve epidermise saçılmış atipik hücreler izlendi. (Resim 1.C ve 1.D). Hasta genel cerrahi birimine yönlendirildi. Mamografi ve meme ultrasonu değerlendirmesinde sol aksillada cilt metastazlarına uyan, büyüğü 7 mm boyutunda çok sayıda hipoekoik vaskülaritesi bulunan BIRADS 6 lezyon izlendi. Sol aksillada büyüğü 17x10 mm boyutunda kortikal kalınlığı 7mm ölçülen hilusu yağlı, vaskülaritesi artmış tutulum açısından anlamlı lenf nodu izlendi. Hasta kontrol muayenelerine gelmedi.

Resim 1.



Resim 1.A: Sol aksillar bölgede eritemli endüre plak Resim 1.B: Sol aksillar bölgedeki lezyonun dermoskopik görünümü, eritemli zeminde beyaz yapısız alanlar Resim 1.C ve 1.D: Epidermise saçılmış atipik hücreler ve CK7 pozitifliği

Sonuç: Olgumuz, altta yatan meme kanserine sekonder gelişen bir EMPH olgusudur. EMPH olgularının çoğunluğu lokalize yerleşimli ve soliterdir. Klinik olarak başka enfeksiyöz veya inflamatuar dermatozlarla karışabilirler. Ayırıcı tanıda Crohn hastalığı, Bowen hastalığı, melanom, inverse psoriazis, kandida ve dermatofit enfeksiyonları, mikozis fungoides akla gelmelidir. EMPH'de yaklaşım ve tedavi önerileri arasında pubik, inguinal, genital, perineal, aksillar bölgelerin ve bu bölgelerle ilişkili lenf nodlarının muayenesi, lezyonun en kalın olduğu bölgeden mümkünse çoklu biyopsiler alınması, biyopsilerde CK20, CK7, p63, SOX10 ve CEA mmünohistokimyasal paneli çalışılması önerilmektedir. SOX10 ve p63 negatifliği ile CK7, CK20 ve CEA pozitifliği EMPH ile ilişkilendirilmiştir. SOX10 pozitifliği melanomu, p63 pozitifliği ise SHK'u işaret etmektedir. Yaşa uygun olarak malignite taraması yapılması sekonder EMPH'yı kanıtlamak için önerilmektedir.EMPH, sekonder maligniteler den ortalama 5,4 yıl önce ortaya çıkabilir. Evrensel bir tarama protokolü maliyet-etkin değildir. Bunun yerine etkilenen bölgeye ait ileri tarama testleri (örneğin perianal EMPH için anoskopi veya kolonoskopi, vulvar EMPH için idrar analizi ve kolposkopigibi) önerilmektedir. Olgularda internal malignite veya palpabl lenfadenopati saptanması halinde ileri görüntüleme yöntemlerinden yararlanılabilir. EMPH klinik görünümü itibarıyla inflamatuar ve enfeksiyöz dermatozlarla sıklıkla karışabilen, bu nedenle tanı ve tedavide gecikmelerin yaşandığı bir hastalıktır. Olgumuzda olduğu gibi, konvansiyonel tedavilere dirençli, aksillar yerleşimli eritemli plaklarda mutlaka EMPH akla gelmeli ve ayırıcı tanı için histopatolojik inceleme yapılmalıdır. Özellikle sekonder EMPH riskine karşı, lezyonun anatomik komşuluğuna göre özelleştirilmiş sistemik malignite taraması ve metastaz açısından lenf nodu muayenesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: EKSTRAMAMMARİAN PAGET HASTALIĞI, İMMÜNOHİSTOKİMYA, DERMOSKOPİ

Yayın No: P-166
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Yapay Zekâ Destekli DRESS Olgu Tespiti: Tek Merkezli Retrospektif Kohort Çalışması

Bengisu Özarslan Ercis[1], Muhammet Ali Gözütok[1], Hüseyin Karabat[1], Eda Begüm Erce[1], Savaş Yaylı[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Eozinofili ve sistemik semptomlarla seyreden ilaç reaksiyonu (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms, DRESS); ilaç maruziyetinin ardından ateş, döküntü, hematolojik anormallikler ve iç organ tutulumu ile seyreden, %1–7 mortalite taşıyan ciddi bir kutanöz advers reaksiyondur. Nadir görülmesi nedeniyle tek merkezli deneyimlerin paylaşılması hastalığın daha iyi tanımlanmasına katkı sağlayabilmektedir. Büyük dil modelleri (Large Language Model, LLM), elektronik sağlık kayıtlarından advers ilaç reaksiyonlarının tespitinde umut verici sonuçlar göstermiştir. Bu nedenle çalışmamızda, LLM tabanlı yapay zekâ taraması ve dermatoloji uzman değerlendirmesi ile belirlenen DRESS olgularının klinik özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Koç Üniversitesi Hastanesi veri tabanında, 2020–2026 yılları arasında dermatoloji konsültasyonu istenen hasta kayıtları, kurumsal veri gizliliği politikaları doğrultusunda anonimleştirildikten sonra, amaca yönelik geliştirilen LLM tabanlı bir yapay zekâ ajanıyla, önceden tanımlı iki dilli (Türkçe/İngilizce) bir ilaç-reaksiyonu terim sözlüğü kullanılarak tarandı. Ajan tarafından belirlenen aday olgular dermatoloji hekimi tarafından doğrulandı. Tanısal kesinlik, RegiSCAR (Registry of Severe Cutaneous Adverse Reactions) skorlama sistemiyle sınıflandırıldı. Tanımlayıcı istatistikler medyan (aralık) ve n (%) olarak verildi.

Bulgular ve Sonuç: LLM tabanlı tarama ile 2.221 konsültasyon notundan 18 aday olgu belirlenmiş, uzman değerlendirmesiyle 8 doğrulanmış DRESS olgusu tanımlanmıştır. Dışlanan 10 olgunun başlıca dışlanma nedenleri alternatif tanı (n=8), yetersiz klinik veri (n=1) ve RegiSCAR skoru < 2 (n=1) idi. Sekiz hasta nihai kohorta dahil edildi (%50 kadın; medyan yaş 52,5; aralık 15–74). Üç hastada (%38) aktif malignite vardı. Antibiyotikler en sık etken ilaç sınıfıydı (n=6, %75). Medyan ilaç latensi 15 gün (1–73), belirti başlangıcından dermatoloji konsültasyonuna geçen medyan süre 4 gündü (0–26). RegiSCAR sınıflaması 3 olası (%38), 4 muhtemel (%50) ve 1 kesin (%13) olgu verdi; medyan skor 4,0 (2–6). Hastalık şiddeti 4 hastada (%50) orta, 4 hastada (%50) şiddetliydi; 3 hasta (%38) yoğun bakım gerektirdi. En sık ekstrakutanöz tutulum karaciğerdi (%63); ardından böbrek (%38) ve akciğer (%25) geldi; kardiyak tutulum gözlenmedi. Tüm hastalara sistemik metilprednizolon verilmişti (medyan doz 1,0 mg/kg; 0,5–1,0), medyan tedavi süresi 30 gün (10–63) idi. Medyan hastanede kalış süresi 18 gündü (8–87); hastane içi mortalite görülmedi. Bu çalışmada LLM tabanlı tarama, DRESS aday olgularını başarıyla belirlemiş; ancak aday olguların doğrulanmasında uzman değerlendirmesinin vazgeçilmez olduğunu göstermiştir. Antibiyotikler baskın etken ilaç sınıfıydı ve hastalık orta–

şiddetli sınıfta değerlendirildi; sistemik kortikosteroid ile hastane içi mortalite görülmedi. LLM destekli tarama, nadir kutanöz advers reaksiyonların retrospektif tespitinde uygulanabilir bir araç olup, duyarlılık ve özgüllüğünün belirlenmesi için çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: DRESS, Yapay zeka, Ciddi kutanöz advers ilaç reaksiyonu

Yayın No: P-167
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Sapho Sendromu Olgusu

Beyzanur Akyol[1], Fatma Aslı Hapa[1]

[1]İzmir Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Bu olguda, konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen SAPHO sendromunda bimekizumab tedavisinin etkinliğini göstermek ve literatürde bildirilen ilk olgu olması nedeniyle deneyimimizi paylaşmak amaçlandı. SAPHO sendromu (sinovit, akne, püstülozis, hiperostoz ve osteit) osteoartiküler ve dermatolojik bulgularla karakterize heterojen bir hastalık spektrumudur. En sık görülen kutanöz bulgular palmoplantar püstülozis ve şiddetli aknedir. Etiyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir; immün sistem disfonksiyonu, enfeksiyon ve genetik yatkınlık olası mekanizmalar arasında yer alır. Hastalık relaps–remisyon şeklinde seyredebildiğinden tedavide temel amaç semptom kontrolü sağlamak ve hastalık progresyonunu önlemektir.

Resim 1A ve 1B



Resim 1A ve 1B

Yöntem: Kırk dört yaşındaki erkek hasta Ocak 2026'da el içi ve ayak tabanında püstüler lezyonlar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yaklaşık 9 aydır göğüs ön duvarı ve sırt ağrısı ile sabah tutukluğu, 8 aydır ise palmoplantar püstüler lezyonları mevcuttu. PPPASI skoru 7.3 olarak değerlendirildi. Daha önce romatoloji kliniğinde yapılan değerlendirmede MR görüntülemesinde sternokostal eklemlerde dejenerasyon ve kostokondrit saptandı ve hastaya sulfasalazin ile prednizolon tedavisi başlandı. Başka bir dermatoloji kliniğinde ise hasta iki ay süreyle asitretin tedavisi aldı ancak klinik yanıt elde edilemedi. Göğüs ön duvarı osteoartiküler tutulumu ile palmoplantar püstülozis birlikteliği nedeniyle hastada SAPHO sendromu düşünüldü ve bimekizumab tedavisi başlandı.

Bulgular ve Sonuç: Tedavinin 3. haftasında palmoplantar lezyonlarda belirgin gerileme izlendi. Bu süreçte romatoloji tarafından başlanan sulfasalazin ve prednizolon tedavisi devam etti.

Yapılan literatür taramasında bimekizumab ile tedavi edilen SAPHO sendromu olgusuna rastlanmamıştır. Bu nedenle olgumuzun bu tedavi seçeneğine dair literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Resim 3A ve 3B



Resim 3A ve 3B

Anahtar Kelimeler: Bimekizumab, Palmoplantar, SAPHO

Yayın No: P-168
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Tanısal Güçlük Gösteren IL36RN İlişkili Jeneralize Püstüler Psöriazis: Subkorneal Püstüler Dermatozu Taklit Eden Bir Olgu

Emre SÜNBÜLOĞLU[1], Esra ŞAFAK[1], Gülcan SAYLAM KURTİPEK[1], Fatma TUNÇEZ AKYÜREK[1], Cahit YAVUZ[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Jeneralize püstüler psöriazis (GPP), eritemli zemin üzerinde yaygın steril püstüller ve tekrarlayan alevlenmelerle karakterize, nadir görülen inflamatuvar bir psöriazis formudur. Patogenezinde doğal immün sistemin ve özellikle interlökin-36 (IL-36) sinyal yolağındaki düzensizliklerin önemli rol oynadığı, IL36RN genindeki varyantların ise GPP gelişimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Subkorneal püstüler dermatoz (SPD), klinik ve histopatolojik özellikleri açısından GPP ile benzerlik gösterebilmesi nedeniyle önemli bir ayırıcı tanıdır. Bu olgu, uzun süre SPD olarak değerlendirilen tekrarlayıcı ve tedaviye dirençli püstüler dermatozda IL36RN varyantının saptanmasının tanısal sürece katkısını vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Olgu: Otuz yedi yaşında, diabetes mellitus tanısı bulunan kadın hasta, vücutta yaygın eritemli ve püstüler döküntüler nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yaklaşık 14 yıldır dönemsel alevlenmeler ve kısmi düzelmelerle seyreden, yaygın eritemli, kaşıntılı, püstüler ve deskuamatif lezyonlarının olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenede bilateral üst ve alt ekstremitelerde, omuzlarda, gluteal bölgede, sırtta ve gövde ön yüzünde eritemli zemin üzerinde yaygın püstüller ve deskuamasyon izlendi. (Resim 1) Ayrıca hastanın farklı atak dönemlerinde alt ve üst ekstremitelerinde izlenen annüler eritemli plaklar ve alt ekstremitede püstüllerin birleşmesiyle oluşan püy gölcükleri Resim 2' de gösterilmiştir.Hastanın 2016 yılında dış merkezde yapılan deri biyopsisi pemfigus foliaseus ile uyumlu olarak değerlendirilmiş ve bu tanıya yönelik çeşitli tedaviler uygulanmıştı. Hastalık aktivitesinin yeniden artması üzerine 2021 yılında yapılan deri biyopsisi ise subkorneal püstüler dermatoz ile uyumlu bulunmuştu. Takip eden yıllarda tekrarlayan ve tedaviye dirençli lezyonlar nedeniyle sistemik kortikosteroid, azatioprin, metotreksat, asitretin, siklosporin, kolşisin ve dapson dahil olmak üzere çeşitli sistemik tedaviler uygulanmış ve değişken düzeylerde klinik yanıtlar elde edilmişti.Mayıs 2025'te yaygın püstüler lezyonlarla kliniğimize başvuran hasta; subkorneal püstüler dermatoz, jeneralize püstüler psöriazis ve akut jeneralize ekzantematöz püstüloz ön tanılarıyla yatırılarak takip edildi. Bu dönemde alınan deri biyopsisinin yeniden subkorneal püstüler dermatoz ile uyumlu olarak değerlendirilmesi üzerine sistemik kortikosteroid ve siklosporin tedavileri uygulandı. Tedavilerle kısmi klinik kontrol sağlanmasına rağmen takiplerinde tekrarlayan alevlenmeler izlendi. Daha sonraki dönemde alınan deri biyopsisinde ise histopatolojik bulgular püstüler psöriazis lehine değerlendirildi.Uzun süredir devam eden, tekrarlayan ve tedaviye dirençli yaygın püstüler hastalık nedeniyle yapılan genetik incelemede IL36RN geninde homozigot c.338C > T missense varyantı (rs144478519) saptandı. Varyant genetik analiz raporunda klinik önemi belirsiz varyant

(VUS) olarak sınıflandırılmış ve püstüler psöriazis ile ilişkili olarak raporlanmıştır.GPP patogenezinde IL-36 sinyal yolağının merkezi rolünün ortaya konması, bu yolak üzerinden etki gösteren hedefe yönelik tedavilerin geliştirilmesine olanak sağlamıştır. IL-36 reseptörüne bağlanarak IL-36 aracılı inflamatuvar yanıtı inhibe eden monoklonal antikor spesolimab, GPP alevlenmelerinin tedavisinde etkinliği gösterilmiş ve bu endikasyonda onaylanmış ilk hedefe yönelik tedavidir. Olgumuzda IL36RN varyantının saptanması, IL-36 sinyal yolağının GPP patogenezindeki rolü ve bu yolağı hedefleyen tedavilerin gelişimi açısından dikkat çekicidir. Ancak spesolimabın ülkemizde rutin klinik kullanımda erişilebilir olmaması nedeniyle, olgumuzda erişilebilir tedavi seçeneklerinden olan TNF_alfa inhibitörü planlanması düşünülmüştür:

Resim 1



alt ekstremitelerde, gövde ön yüzde ve sırtta eritemli zemin üzerinde yaygın püstüller ve deskuamasyon

Resim 2



Hastanın farklı atak dönemlerinde alt ve üst ekstremitelerinde izlenen annüler eritemli plaklar ve alt ekstremitede püstüllerin birleşmesiyle oluşan püy gölcükleri.

Sonuç: Sonuç olarak bu olgu, tekrarlayan ve tedaviye dirençli püstüler dermatozlarda SPD ile GPP arasındaki ayırıcı tanının güçlüğüne dikkat çekmek ve klinikopatolojik uyumsuzluk bulunan olgularda genetik incelemenin tanıya sağlayabileceği katkıyı vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Jeneralize püstüler psöriazis, subkorneal püstüler dermatoz, IL36RN

Yayın No: P-169
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Dev Konjenital Melanositik Nevüs Zemininde Gelişen Halo Nevüs ve Yaygın Nonsegmental Vitiligo: Bir Olgu Sunumu

Şevval Zeynep Subaşı[1], Dilek Seçkin[1], Deniz Yücelten[1]

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

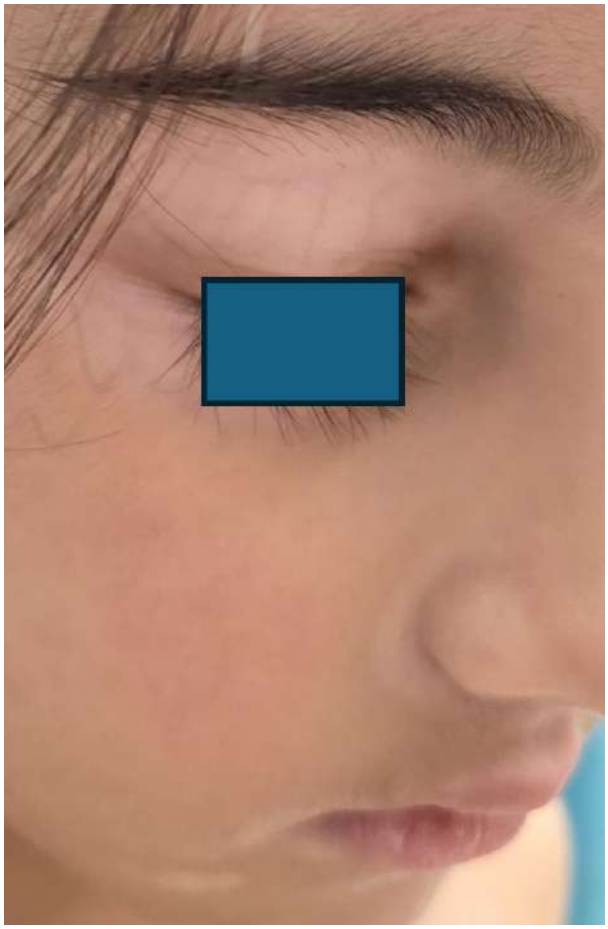
Giriş ve Amaç: Konjenital melanositik nevüs (KMN), doğumda veya yaşamın ilk haftalarında ortaya çıkan pigmente bir lezyondur. Nadiren, KMN çevresinde depigmentasyonla karakterize halo fenomeni gelişebilir; edinsel nevüslere göre daha az görülen bu tabloya zaman zaman vitiligo eşlik eder ve her iki duruma, melanositlere karşı ortak bir sitotoksik T hücre aracılı mekanizmanın sebep olduğu düşünülmektedir. Burada dev konjenital nevüse eşlik eden halo fenomeni ve vitiligosu olan bir çocuk olgu sunulmakta; halo nevüs–melanom, halo nevüs–vitiligo ilişkisi ve halo nevüs eksizyonunun vitiligo seyrine etkisi literatür ışığında tartışılmaktadır.

Olgu: Özgeçmişinde hastalık/ilaç öyküsü olmayan 7 yaşında kız hasta, sırtında doğumdan beri var olan nevüs ve 3 yıldır süren vitiligo şikayetiyle başvurdu. Nevüs dış merkezde takip edilmekte; vitiligo için topikal takrolimus ve topikal steroid kullanmaktaydı. Muayenede bilateral göz kapakları, burun kenarları, dudak çevresi, sırt, ayak topuğu ve dizlerde depigmente yamalar saptandı; trikrom ve konfeti bulgusu pozitifti, Wood ışığında depigmente alanların belirginleştiği izlendi. Sırttaki konjenital nevüs üzerinde kıl çıkışı, içerisinde iki gri heterojen alan ve nevüs çevresinde hipopigmente bir yama mevcuttu. Nevüs etrafındaki halo fenomeni, diğer bölgelerdeki vitiligo lezyonlarıyla eşzamanlı ortaya çıkmıştı. Melanom ekartasyonu için gri alanlardan alınan 2 adet biyopsinin histopatolojik incelemesi, KMN paterniyle uyumlu intradermal nevüs ile uyumluydu. İzlem sırasında vitiligo lezyonlarının artması nedeniyle, dev KMN'ye güneş kremiyle koruma sağlanarak kabin içi dar bant UVB fototerapisi planlandı.

Dev konjenital melanositik nevüs etrafında halo gelişimi.



Sağ göz, burun ve ağız çevresinde depigmente yamalar.



Sonuç: Halo fenomeni, santral nevüs çevresinde sitotoksik CD8+ T hücreleri ve IgM otoantikorları aracılığıyla ortaya çıkan, nevüs hücreleri ve çevre melanositlere yönelik immünolojik bir destrüksiyon sürecidir. Edinsel nevüslerde daha sık görülürken, dev KMN'de çok sınırlı olgu bildirilmiştir. Türkiye'den 92 hastalık bir seride, dev KMN'li hastaların 8'inde farklı prezentasyonlarda depigmentasyon görülmüş, ancak halo fenomeni izlenmemiştir. Halo nevüslü bireylerin yaklaşık %20'sinde vitiligo eşlik eder. KMN'ye eşlik eden halo stabil kalabilir, ilerleyebilir veya nadiren gerileyebilir; halo sonrası total depigmentasyonla kaybolan KMN olguları bildirilmiştir.Hastaya yaklaşımda kişide ve ailede melanom öyküsü, atipik nevüs ve vitiligo sorgulanmalı, halo nevüs atipik özellikler açısından incelenmeli, tüm deri, diğer halo nevüsler ve vitiligo varlığı yönünden değerlendirilmelidir. Atipik bulgu yoksa, periyodik klinik/dermoskopik takip yeterlidir; ailede kaygı yaratsa da çocuklarda konservatif yaklaşım güvenlidir.Ayırıcı tanıda melanomla ilişkili lökoderma önemlidir: normal ve malign melanositler arasında paylaşılan antijenlere karşı gelişen bu vitiligo-benzeri depigmentasyon; tümör içi regresyona bağlı hipomelanoz, tümör çevresinde halo veya uzak alanlarda vitiligo-benzeri depigmentasyon şeklinde görülebilir. İmmün kontrol noktası inhibitörü alan melanom hastalarında da gelişebilen bu lezyonlar antitümoral yanıtın göstergesi olup sağkalım avantajıyla ilişkilidir. Bu nedenle altta yatan lezyonun KMN mi melanom mu olduğu ayırt edilmeli, atipik lezyonlarda ileri inceleme yapılmalıdır.Halo nevüs ve eşlik eden vitiligo varlığında, nevüs eksizyonunun vitiligo seyrine etkisi tartışmalıdır. Bir olguda halolu KMN eksizyonu sonrası vitiligo gerilemiş, ancak 18 ay sonra uzak vitiligo lezyonları nüksetmiş ve eksizyon skarında da depigmentasyon gelişmiştir. Başka bir olguda ise halo KMN eksizyonu sonrası vitiligo 3. ayda spontan repigmente olmuş; antijen kaynağının ortadan kaldırılmasının antikor düzeylerini azalttığı öne sürülmüştür. Veriler çok sınırlı olduğundan, vitiligo kontrolü için halo nevüs eksizyonu standart bir öneri değildir. Özellikle dev KMN etrafında gelişen halo nevüste eksizyon kararı, tıbbi endikasyon ve cerrahi sonuçlar çerçevesinde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Halo Nevüs, Vitiligo, Dev Konjenital Melanositik Nevüs

Yayın No: P-170
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

SAÇLI DERİDE KANAMALI-KRUTLU ATİPİK LEZYONLA BAŞVURAN 4 AYLIK BEBEKTE MOLLUSKUM KONTAGİOZUM: DERMOSKOPİ VE TZANCK BOYAMANIN TANISAL KATKISI

Bengisu MERAL KETENCI[1]

[1]KONYA ŞEHİR HASTANESİ

Giriş ve Amaç: Molluskum kontagiozum, çocukluk çağında sık görülen, benign seyirli viral bir deri enfeksiyonudur. Tipik olarak deri renginde, kubbe şeklinde, santral umbilikasyon gösteren papüllerle karakterizedir. Ancak infantlarda, saçlı deri gibi nadir lokalizasyonlarda ve kanama-krutlanma gibi atipik klinik bulgular eşlik ettiğinde tanı güçleşebilir. Bu olguda, saçlı deride kanamalı ve üzeri krutlu atipik lezyonla başvuran 11 aylık bebek hastada dermoskopi ve Tzanck boyamanın tanısal katkısının vurgulanması amaçlandı.

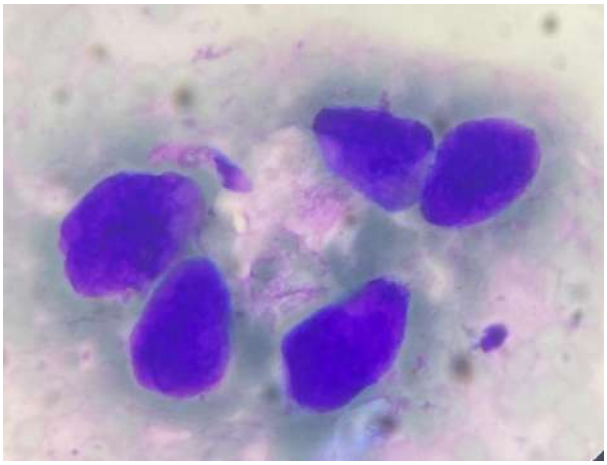
Olgu: 11 aylık kız bebek hasta, saçlı deride yaklaşık 2 aydır mevcut olan, zaman zaman kanama gösteren ve üzeri krutlanan lezyon nedeniyle dermatoloji polikliniğinde değerlendirildi. Dermatolojik muayenede saçlı deride hemorajik krutla örtülü, atipik görünümlü papülonodüler lezyon izlendi. Klinik görünüm nedeniyle ayırıcı tanıda piyojenik granülom, verrü vulgaris, juvenil ksantogranülom ön planda düşünüldü.Dermoskopik incelemede molluskum kontagiozum açısından destekleyici bulgular saptandı. Lezyonda yeni tanımlanan pearl sign pozitifliği izlendi. Ayrıca rozet ve punktum yapıları görüldü. Atipik klinik görünüme rağmen bu dermoskopik bulgular molluskum kontagiozum tanısını destekledi. Tanısal doğrulama amacıyla yapılan Tzanck boyamada molluscum cisimlerinin görülmesi üzerine tanı molluskum kontagiozum olarak kesinleştirildi.

Saçlı deride atipik molluskum kontagiozumun klinik ve dermoskopik görünümü



Klinik görüntüde saçlı deride pembe-renkli, kubbemsi papül ve eşlik eden hemorajik-krutlu alan izlenmektedir. Dermoskopik değerlendirmede molluskum kontagiozum ile uyumlu olarak pearl sign pozitifliği, rozet ve punktum yapıları dikkati çekmektedir.

Tzanck boyamada molluscum cisimlerinin görünümü



Sonuç: Molluskum kontagiozum infantlarda nadir olmakla birlikte görülebilmekte; saçlı deri lokalizasyonu ise her yaş grubunda olağandışı kabul edilmekte olup literatürde sınırlı sayıda olgu sunulmuştur. Özellikle kanamalı ve krutlu atipik morfolojinin eşlik ettiği durumlarda ayırıcı tanı güçleşmektedir; piyojenik granülom, vasküler lezyonlar ve diğer viral enfeksiyonlar başlıca karışabilen durumlar arasında yer almaktadır.Dermoskopi, atipik molluskum kontagiozum olgularında tanı sürecinde kritik bir araç haline gelmiştir. Klasik bulgular olan santral sarı-beyaz polilobüler amorf yapılar ve periferik taç damarları yanı sıra rozet yapıları ve punktum görünümü ek bulgular olarak tanımlanmış; bu bulguların özellikle foliküler yoğunluğun fazla olduğu saçlı deride ön plana çıktığı gösterilmiştir. Olgumuzda saptanan pearl sign pozitifliği, yeni tanımlanan bir dermoskopik bulgu olarak atipik lokalizasyonlarda ve atipik görünümlü

lezyonlarda tanıyı yönlendirme açısından değer taşımaktadır.Tzanck boyama ise molluskum kontagiozum tanısında hız, maliyet etkinliği ve pratiklik açısından önemini korumaktadır. Lezyondan elde edilen materyalin Giemsa ile boyanması yöntemi, sitoplazma içi molluskum cisimciklerinin (Henderson-Patterson cisimcikleri) gösterilmesine olanak tanımakta ve klinik olarak zor vakalarda invaziv girişime gerek kalmaksızın tanıyı doğrulamaktadır. Sonuç olarak bu olgu; saçlı deride kanamalı ve krutlu atipik lezyonla başvuran infantlarda molluskum kontagiozumun ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini göstermektedir. Bu iki noninvaziv yöntemin birlikte kullanımı, özellikle atipik prezentasyonlarda gereksiz girişimsel işlemleri önleyerek doğru ve erken tanıya katkı sağlamaktadır.1. Ahuja S, et al. Unmasking molluscum contagiosum: Navigating atypical presentations in a clinical mosaic. *Ann Natl Acad Med Sci India.* 2025. doi:10.25259/anams_11_2024.2. Sapra D, et al. Molluscum contagiosum en plaque – An unusual presentation with dermoscopy to rescue. *Indian Dermatol Online J.* 2023. doi:10.4103/idoj.idoj_308_23.3. Sánchez-Bernal J, et al. Dermoscopic rosettes as a clue for atypical molluscum contagiosum. *Rom J Clin Exp Dermatol.* 2020;35(4). doi:10.31879/rcderm.v35i4.254.4. Zaballos P, et al. Dermoscopy of molluscum contagiosum: A useful tool for clinical diagnosis in adulthood. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20(4):482-483. doi:10.1111/j.1468-3083.2006.01480.x.5. Chaudhari S, et al. Tzanck smear: Old handy tool in modern dermatology. *Diagn Cytopathol.* 2025. doi:10.1002/dc.25470.6. Jeyaseelan PK, et al. Clinico-dermoscopic report of molluscum dermatitis: A pearly puzzle in focus. *Cureus.* 2024;16:e75835. doi:10.7759/cureus.75835.7.Gokyayla E. Pearl sign: Enhanced visualization of molluscum contagiosum Henderson-Patterson bodies under UV dermatoscopy. J Am Acad Dermatol. 2025;93(5). doi:10.1016/j.jaad.2025.07.015.

Anahtar Kelimeler: molluskum kontagiozum, pediatrik dermatoloji, dermoskopi

Yayın No: P-171
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Tirzepatide İlişkili Pigmente Purpurik Dermatoz: Literatürdeki İlk Olgu Sunumu

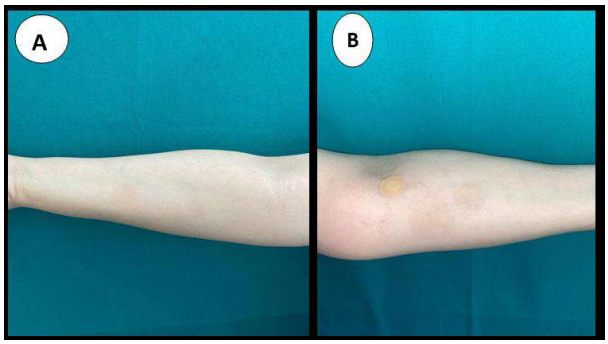
Emre ERSUN[1], Ayser DUYAN[1], İlkay CAN[1], Arzu KILIÇ[1], Pelin HIZLI[1], Gülay TURAN[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Pigmente purpurik dermatozlar (PPD), peteşiler, purpurik maküller ve hemosiderin birikimine bağlı kahverengimsi pigmentasyon ile karakterize, benign seyirli kronik kapillaritler grubudur. Histopatolojik olarak yüzeyel dermal damarlarda perivasküler lenfositik infiltrasyon, endotelyal şişme ve eritrosit ekstravazasyonu ile karakterizedir. Etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte venöz hipertansiyon, enfeksiyonlar, sistemik hastalıklar ve çeşitli ilaçlar suçlanan faktörler arasındadır.[2] İlaç ilişkili PPD nadir görülen bir tablo olup glipizid, bezafibrat ve izotretinoin gibi çeşitli ilaçlarla ilişkisi bildirilmiştir.[2–5] Tirzepatide, obezite ve tip 2 diabetes mellitus tedavisinde yaygın olarak kullanılan GIP ve GLP-1 reseptör çift agonistidir. Çeşitli kutanöz advers etkileri tanımlanmış olmakla birlikte, bugüne kadar tirzepatide ilişkili pigmente purpurik dermatoz olgusu bildirilmemiştir.[1] Bu olgu ile tirzepatide kullanımını takiben gelişen ve histopatolojik olarak doğrulanan pigmente purpurik dermatozun sunulması ve bu nadir advers etkinin farkındalığının artırılması amaçlanmıştır.

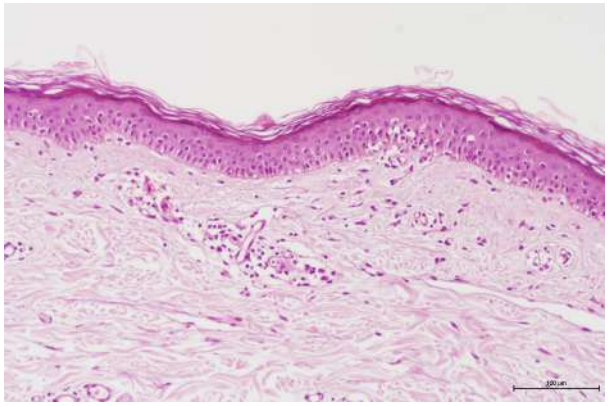
Olgu: Kırk yedi yaşında kadın hasta, yaklaşık bir aydır bilateral önkol fleksural bölgelerinde gelişen döküntüler nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde sekiz yıldır panik bozukluk ve bir yıldır hipertansiyon bulunan hastanın uzun süredir venlafaksin ile irbesartan/hidroklorotiyazid kullandığı öğrenildi. Vücut kitle indeksi 32,8 kg/m² olan hastaya obezite nedeniyle iki ay önce haftalık subkutan tirzepatide tedavisi başlanmıştı. Lezyonların tedavinin ikinci haftasında, haftalık 2,5 mg doz uygulanırken ortaya çıktığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede bilateral önkol fleksural bölgelerde toplam üç adet somon renkli, hafif atrofik yama izlendi (Resim 1). Morfea, mikozis fungoides, pigmente purpurik dermatoz ve postinflamatuar hiperpigmentasyon ön tanıları ile her iki önkoldan punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermiste hafif ortokeratoz, spongioz ve fokal bazal vakuoler dejenerasyon; dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon, endotelyal şişme ve belirgin eritrosit ekstravazasyonu saptandı (Resim 2). Bulgular pigmente purpurik dermatoz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın diğer ilaçlarını uzun süredir kullanıyor olması, lezyonların tirzepatide başlanmasını takiben kısa sürede ortaya çıkması ve alternatif etiyoloji saptanmaması nedeniyle ilaç ilişkili PPD düşünüldü. Tirzepatide tedavisi sonlandırılarak iki hafta süreyle topikal %0,1 mometazon furoat tedavisi başlandı. Kontrol muayenesinde lezyonlarda belirgin klinik gerileme izlendiği görüldü.

Resim 1. Klinik



A. Sağ önkol fleksuralindeki 2,5x2,5 cm boyutlarındaki somon renkli makül. B. Sol önkol fleksuralindeki 4x3 ve 2,5x2,5 cm boyutlarındaki somon renkli maküller.

Resim 2. Histopatoloji



Epidermiste hafif ortokeratoz, spongioz, fokal bazal vakuoler dejenrasyon, dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon, damar endotellerinde şişme, ekstravaze eritrositler izlendi. (H&E, 200x)

Sonuç: İlaç ilişkili pigmente purpurik dermatoz, nadir görülen ancak iyi tanımlanmış bir kapillarit formudur.[2] Olgumuzda lezyonların tirzepatide tedavisinin başlanmasını takiben kısa sürede ortaya çıkması, histopatolojik olarak PPD tanısının doğrulanması ve ilacın kesilmesi sonrasında lezyonların gerilemesi, tirzepatide ile PPD gelişimi arasında olası bir nedensel ilişkiyi güçlü şekilde desteklemektedir.[3–5] Bildiğimiz kadarıyla bu olgu, literatürde bildirilen ilk tirzepatide ilişkili pigmente purpurik dermatoz olgusudur.[1] Tirzepatide kullanımının giderek yaygınlaşması nedeniyle dermatologlar ve ilgili klinisyenlerin bu nadir kutanöz advers reaksiyonun farkında olmaları önem taşımaktadır.[1] Benzer olguların bildirilmesi, tirzepatide ile PPD arasındaki ilişkinin doğrulanmasına ve olası patogenetik mekanizmaların daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.[1]

Anahtar Kelimeler: Tirzepatide, Pigmente Purpurik Dermatoz, Kutanöz Advers İlaç Erüpsiyonu

Yayın No: P-172
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Pemfigus Foliaseus Tanısında Klinikopatolojik Korelasyonun Önemi: Ölümcül Seyirli Bir Olgu

Selen Taner Akbay[1], Umut Buğday[1], Gizem Kaynar Beyaz[2], Esin Doğan[2]

[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay
[2]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Hatay

Giriş ve Amaç: Pemfigus foliaseus, desmoglein-1'e karşı gelişen otoantikorlarla karakterize, yüzeyel erozyonlar ve skuamlı-kurutlu lezyonlarla seyreden otoimmün büllöz bir hastalıktır. Histopatolojik ve direkt immünfloresan incelemelerin klinik bulgularla uyumsuz olması tanıda gecikmeye yol açabilir. Bu olgu, pemfigus foliaseus tanısında klinikopatolojik korelasyonun ve erken serolojik değerlendirmenin önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Olgu: Üç aydır devam eden yaygın yara şikâyetiyle dermatoloji polikliniğine başvuran 83 yaşında kadın hastanın muayenesinde sırt, abdomen ve göğüs ön yüzünde eritemli zeminde deskuame lezyonlar; saçlı deride eritemli-skuamlı plaklar; alın bölgesinde eritemli, erode lezyonlar saptandı. Oral mukoza doğal görünümdeyken genital mukozada hafif eritem mevcuttu. Büllöz pemfigoid, pemfigus vulgaris, pemfigus foliaseus ve pemfigus eritematozus ön tanılarıyla deri biyopsisi alındı. İlk histopatolojik inceleme büllöz ilaç erüpsiyonu ile uyumlu bulunurken direkt immünfloresan inceleme negatif sonuçlandı. Serum total immünoglobulin E düzeyinin yaklaşık 3000 olması üzerine sistemik kortikosteroid tedavisi başlandı ve kısmi klinik yanıt elde edildi. Ardından tedaviye omalizumab eklendi.Tanının kesinleştirilmesi amacıyla deri biyopsisi tekrarlandı. İkinci histopatolojik inceleme subkorneal püstüler dermatoz ile uyumlu olarak raporlandı. Bu tanıya yönelik olarak hastaya sırasıyla dapson ve asitretin tedavileri başlandı; ancak her iki tedaviyle de klinik iyileşme sağlanamadı. İzlemde lezyonların ilerlemesiyle birlikte yaygın erozyon ve eritem gelişmesi üzerine otoimmün büllöz hastalıklar açısından serum desmoglein, büllöz pemfigoid antijeni ve tip VII kollajene yönelik otoantikorlar araştırıldı. Anti-desmoglein-1 antikorunun pozitif saptanması ve klinik bulguların birlikte değerlendirilmesi sonucunda pemfigus foliaseus tanısı kesinleştirildi. Ancak bu süreçte hastalığın hızla ilerlemesi ve komplikasyonların gelişmesi nedeniyle rituksimab tedavisi uygulanamadı. İntravenöz immünoglobulin tedavisi verilmesine rağmen hastalık kontrol altına alınamadı. Yaygın epidermal bariyer kaybı ve deri yetmezliği gelişen hasta kaybedildi.

Sonuç: Pemfigus foliaseus; klinik ve histopatolojik özellikleriyle büllöz ilaç erüpsiyonu ve subkorneal püstüler dermatoz gibi hastalıkları taklit edebilir. Negatif direkt immünfloresan sonucu, klinik şüphenin devam ettiği olgularda otoimmün büllöz hastalıkları tek başına dışlamamalıdır. Klinikopatolojik uyumsuzluk varlığında biyopsinin uygun lezyondan ve perilezyonel deriden tekrarlanması, ayrıca serum desmoglein antikorlarının erken dönemde

araştırılması önemlidir. Bu olgu, pemfigus foliaseusta doğru tanının gecikmesinin tedavi seçeneklerini kısıtlayabileceğini ve yaşamı tehdit eden deri yetmezliğiyle sonuçlanabileceğini göstermektedir. Erken tanı ve uygun immünsupresif tedavinin zamanında başlanması ciddi komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Pemphigus; Desmoglein 1; Delayed Diagnosis.

Yayın No: P-173
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Morfea ve Liken Planus: Birliktelik mi? Koinsidansı mı?

Necip Enis Kaya[1], Emine Çölgeçen[1], Lütfiye Dilşad Gülkanat[2]

[1]Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat
[2]T.C. Sağlık Bakanlığı, Yozgat Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Yozgat

Giriş ve Amaç: Liken planus etiyolojisi bilinmeyen mukokütanöz inflamatuvar bir hastalıktır. Deri, oral mukoza, diğer müköz membranlar ve deri eklerini tutabilir (tırnak, saç). Klasik deri lezyonları kaşıntılı, düz viyolese papüllerle karakterizedir.Lokalize skleroderma olarak da bilinen morfea ise, deri ve subkutan dokuların nadir görülen bir fibrozan hastalığıdır. Morfeanın altta yatan patogenezi şu anda tam olarak anlaşılamamıştır, ancak sonuçta kolajen üretimi ve yıkımı arasında bir dengesizliğe yol açmaktadır. Sistemik sklerozdan, sklerodaktili, Raynaoud fenomeni, tırnak kapiller değişikliği ve sistemik tutulum olmamasıyla ayırt edilir.Morfeanın liken sklerozus et atrofikus gibi hastalıklarla birlikteliği iyi bilinse de daha önce morfea liken planus birlikteliği birkaç olguda bildirilmiştir ve bazılarında ilaveten vitiligo, alopesi areata ve onikodistrofi gibi hastalıklar da eşlik etmektedir. Literatürde nadir görülmesi ve olası ortak immünopatogenetik mekanizmalara işaret etmesi sebebiyle bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

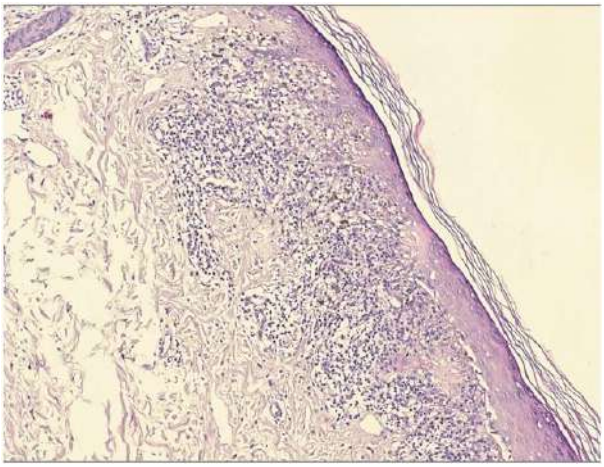
Olgu: Elli iki yaşında kadın hasta, sekiz yıl önce gövdede renk değişikliği ve deride sertlik şikâyetiyle kliniğimize başvurmuş; alınan biyopsinin morfea ile uyumlu olması üzerine kolşisin, hidroksiklorokin ve sonrasında metotreksat tedavileriyle takip edilmişti. Son iki yıldır yalnızca topikal tedavi alan hastanın son başvurusunda dermatolojik muayenede, eski morfea lezyonlarıyla uyumlu olarak karın, intermamarian bölge, sakral bölge ve inguinal bölgede atrofik, hafif hiperpigmente sklerotik plaklarda yumuşama ve renk açılması izlendi. Karın sağ taraftaki lezyonun merkezinde rezidüel skleroz mevcuttu. Ayrıca yeni gelişen, her iki meme arasında ve meme altlarında yerleşimli pigmente, viyolase papüller saptandı. Hastanın hepatit B ve C, HIV serolojileri negatifti. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, hemogram değerleri normal sınırlardaydı. Antinükleer antikor ve Scl-70 oto antikorları negatifti. Sağ gözde fitizis bulbi dışında ek hastalığı yoktu. Yeni gelişen papüler lezyonlardan liken planus, seboreik keratoz ve postenflamatuvar hiperpigmentasyon ön tanılarıyla alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde ortokeratotik keratin tabakası altında hafif düzensiz akantoz gösteren epidermis ve süperfisyel dermiste bant tarzında inflamasyon, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon ve interfaz dermatit izlendi. Rete uzantılarında düzensiz, testere dişi görünümü mevcuttu. İnflamatuvar infiltrasyon bant tarzında, perivasküler ve interstisyel yerleşimli olup lenfosit ve histiyosit baskındı; pigment inkontinansına bağlı melanofajlar ve epidermis içinde apoptotik keratinositler (Civatte cisimcikleri) görüldü. Hastada klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde morfea ve liken planus birlikteliği saptandı. Hastaya yeniden topikal steroid ve metotreksat başlandı. 4 ay sonunda lezyonlarda tama yakın gerileme izlendi.

Şekil 1



Her iki göğüs arasında ve altında pigmente viyolese papüller

Şekil 2



Bazal tabakada vakuoler dejenerasyon ve interfaz dermatit; rete uzantılarında düzensiz, testere dişi görünümü

Sonuç: Liken planus ve morfea birlikteliği saptandığında liken sklerozus, vitiligo, alopesi areata, tiroid otoimmünitesi ve sistemik skleroz bulguları açısından dikkatli değerlendirme yapılmalıdır. Mevcut veriler, morfea ve liken planusun aynı hastada görülmesinin koinsidanstan ziyade ortak immünolojik ve patolojik süreçlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Ulaşabildiğimiz literatürde, 2012 yılından bu yana morfea ve liken planus birlikteliğini bildiren yeni bir makaleye rastlanmamış olup, olgumuz Türkiye'den bildirilen ilk olgu olması nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: morfea, liken planus

Yayın No: P-174
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Multipl Seboreik Keratozlarla birlikte üç malignite: Leser–Trélat İşareti mi, rastlantısal birliktelik mi?

Musab Turan[1], Sümeyye Altıntaş Kakşi[1], Vefa Asli Turgut Erdemir[1], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Leser–Trélat işareti, seboreik keratozun sayı ve boyutlarında hızlı artış görülmesiyle tanımlanan ve iç organ maligniteleriyle ilişkilendirilen bir klinik bulgudur. Bu olguda, yıllar içinde sayıca artış gösteren seboreik keratozları bulunan bir hastada eş zamanlı kolon adenokarsinomu, malign melanom ve in situ skuamöz hücreli karsinom saptanmıştır.

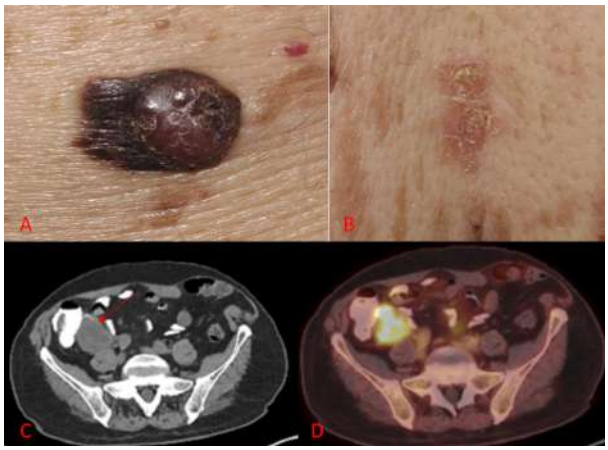
Olgu: Yetmiş sekiz yaşında erkek hasta rutin dermatolojik muayenede hastanın sırtında yıllardır sayıları giderek artan çok sayıda asemptomatik seboreik keratoz mevcuttu. Muayenede sırt alt bölgede yaklaşık 2 × 1,2 cm boyutunda, pigmente ve kanamalı tümöral lezyon ve sırt orta hatta eritemli, skuamlı plak saptandı. Yapılan histopatolojik incelemede Nodüler melanom ve in situ skuamöz hücreli karsinom saptandı. Multıpl seboreik keratoz nedeniyle yaşa uygun malignite taramasında gaitada gizli kan testi pozitif bulundu. İleri incelemelerde Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografide sağ alt kadranda, ileoçekal bölge komşuluğunda yaklaşık 46 × 40 mm boyutunda yoğun hipermetabolik kitlesel lezyon izlendi; diğer bölgelerde malignite veya metastaz lehine bulgu saptanmadı. Kolonoskopi ve histopatolojik inceleme sonucunda kolon müsinöz adenokarsinomu tanısı konuldu.

Görsel 1



Sırtta yıllar içinde yerleşen multıpl seboreik keratoz, İn situ Skuamöz hücreli karsinom (siyah daire), Melanom insizyon skarı (kırmızı daire)

Görsel 2



(A) Hastanın sırtında yerleşen nodüler malign melanom. (B) Sırt orta hatta in situ skuamöz hücreli karsinom. (C) Bilgisayarlı tomografide ilioçekal alanda saptanan müsinöz adenokarsinom. (D) PET- CT görüntülemede ilioçekal alanda metabolik aktif kolon müsinöz adenokarsinom

Sonuç: Bu olgu, ayrıntılı dermatolojik muayenenin yalnızca deri malignitelerinin değil, eşlik eden iç organ malignitelerinin saptanmasına da katkı sağlayabileceğini göstermektedir. Seboreik keratozların yıllar içinde artış göstermesi klasik Leser–Trélat işaretinin eruptif seyriyle

örtüşmemektedir. Bununla birlikte kolon müsinöz adenokarsinom ile eş zamanlı iki kutanöz malignitenin saptanması dikkat çekici bir birlikteliktir. Yaygın seboreik keratozların tek başına malignite taraması endikasyonu olmadığı; ancak ani artış, kaşıntı, sistemik belirtiler veya yaşa uygun tarama gereksinimi varlığında ayrıntılı değerlendirme yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Leser–Trélat İşareti, Kolon Adenokarsinom, Seboreik Keratoz

Yayın No: P-175
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Maligniteyi Taklit Eden, Hızlı Büyüyen Kulak Memesi Pilomatrikoması: Bir Olgu Sunumu Klinik, Dermoskopik ve Histopatolojik Korelasyon

Büşra Acar Mantar[1]

[1]Bartın Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Pilomatrikoma, kıl matriks hücrelerinden köken alan benign bir deri eki tümörüdür. Genellikle çocukluk çağında ve genç erişkinlerde görülür. İleri yaşta ortaya çıkması ve hızlı büyüme göstermesi nadirdir. Bu durum klinik ve dermoskopik olarak kutanöz maligniteler ile karışmasına neden olabilir.

Yöntem: Altmış yaşında kadın hasta, sol kulak memesinde yaklaşık altı hafta içinde 2 cm çapa ulaşan ağrısız, sert, eritemli,-violase nodüler lezyon nedeniyle değerlendirildi. Dermoskopik incelemede polimorfik vasküler yapılar, bayaz-sarı yapısız alanlar, kırmızı yapısız alanlar ve nonmelanositik mavi-mor odaklar izlendi. Hızlı büyüme, ileri yaş ve dermoskopik görünüm nedeniyle Merkel hücreli karsinom, amelanotik melanom, skuamöz hücreli karsinom ve porokarsinom ön tanıları düşünüldü. Yapılan insizyonel biyopsi pilomatrikoma ile uyumlu olarak raporlandı. Yer yer artmış mitotik aktivite ve cerrahi sınır pozitifliği nedeniyle total eksizyon yapıldı. Eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesi pilomatrikoma tanısını doğruladı.

Fotoğraf: 1



Fotoğraf: 2



Bulgular ve Sonuç: İleri yaşta görülen, hızlı büyüyen kulak memesi nodüllerinde pilomatrikoma nadir olmakla birlikte ayrıcı tanıda yer almalıdır. Klinik ve dermoskopik bulgular maligniteyi düşündürse bile kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pilomatrikoma, dermoskopi, Merkel

Yayın No: P-176
Bildiri Grubu: Genel / Dermatopatoloji

Down Sendromlu Bir Hastada, Saçlı Deri Yerleşimli Kutanöz Horn İle Prezente Olan Bir Kutanöz Metaplastik Sinoviyal Kist Vakası

Gülsüm Şimşek Çifci[1], Arzu Ferhatosmanoğlu[1], İbrahim Etem Arıca[1], Mısra Çağlar[1], Şafak Ersöz[2], Elif Aybala Şibal[2]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kutanöz metaplastik sinovyal kist (KMSK), ilk olarak 1987 yılında tanımlanmış nadir bir dermal lezyondur. Kesin patogenezi tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte, bu lezyonun özel bir doku onarım formunu temsil ettiği öne sürülmüştür. Gerçek kistlerden farklı olarak epitel döşemesine sahip olmayan KMSK; kistik boşluk içinde papiller projeksiyonların bulunduğu, hiperplastik sinovyuma benzeyen hücreler ile kaplı yapısal özellikler sergiler. İmmünohistokimyasal çalışmalar, astar hücrelerinin ara sıra CD68 ve sürekli olarak ise vimentin gibi fibroblast belirteçlerini eksprese ettiğini göstermektedir. Bu durum da KMSK'nin mezenkimal kökenine işaret etmektedir. Buna karşın, sitokeratin, CD34 ve desmin negatif bulunmuştur. Bildirilen vakaların yarısından fazlasında KMSK, önceki travma veya cerrahi yara izleri zemininde gelişmekte ve gelişim süresi ilk yaralanmadan itibaren haftalar ila yıllar arasında değişmektedir. Bu nedenle KMSK; dikiş granülomu, yabancı cisim granülomu veya tekrarlayan epidermoid kist gibi süreçlerle sıklıkla karıştırılabilmektedir. KMSK'nin kutanöz horn ile prezente olması oldukça nadir bir klinik tablo olup, bu iki lezyonun aynı anatomik lokalizasyondaki birlikteliği literatürde daha önce yalnızca bir olguda bildirilmiştir. Bağ dokusu ve deride çeşitli yapısal anormalliklerle seyreden Down sendromlu bir olguda kutanöz sinovyal kist metaplazisi varlığı ise günümüze kadar rapor edilmemiştir. Bu çalışmanın amacı; Down sendromu tanılı 19 yaşındaki erkek bir olguda, saçlı deride yerleşen ve kutanöz horn ile birliktelik gösteren, histopatolojik olarak doğrulanmış ilk KMSK vakasını literatüre sunmak, lezyonun atipik klinik prezantasyonunu ve tanısal özelliklerini tartışmaktır.

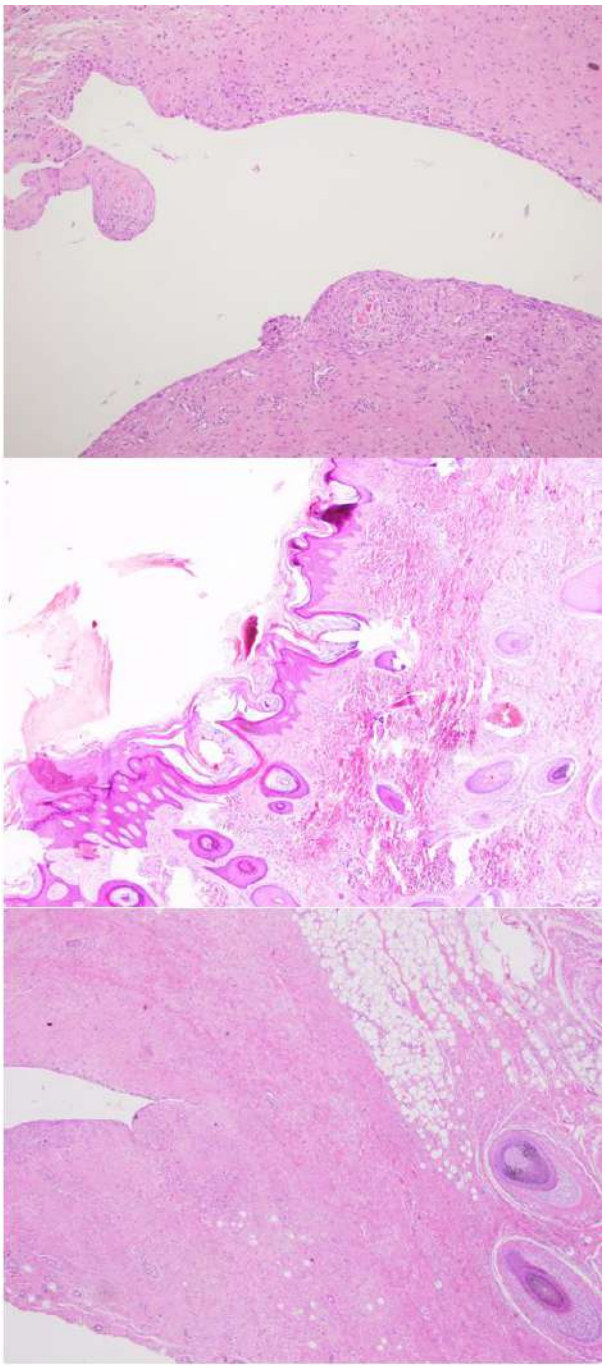
Olgu: Down sendromlu 19 yaşındaki erkek hasta, saçlı derisinde iki yıldır yavaş yavaş büyüyen ve başlangıçta papüler bir lezyon olarak ortaya çıkan ekzofitik bir tümör ile başvurdu. Hastanın öyküsünde belirgin bir travma veya cerrahi müdahale geçmişi saptanmadı. Fizik muayenede, sol parietal bölgede 13 × 20 mm boyutunda yumuşak, kistik bir lezyon ve üzerinde 9 mm uzunluğunda, 11 × 11 mm boyutunda kutanöz horn mevcuttu (Resim 1-2). Lezyon total olarak eksize edildi. Patolojik inceleme, dev koni şeklindeki kutanöz horn altında, epitel döşemesi bulunmayan, subkutan doku içinde kistik yapıların mevcudiyetini ortaya koydu (Resim 3). Kistin sinoviyal hücrelere benzer hücreler ile döşeli olduğu ve lümene doğru uzanan papiller yapıların bulunduğu gözlemlendi (Resim 4). Epidermiste kutanöz horn oluşumu ile sonuçlanan belirgin hiperkeratoz ve benign verrüköz lezyon tespit edildi (Resim 5). Bu bulgulara dayanarak, kutanöz horn ile prezente olan KMSK tanısı koyuldu.

Klinik Görüntüler



Resim 1 ve 2 : Üzerinde kutanöz horn bulunan skalp yerleşimli kistik lezyon

Histopatolojik Görüntüler



Resim 3: Sağda saç foliküllerini görüldüğü resimde, solda kistik yapı görülmektedir. (H&Ex100) Resim 4: Sol tarafta lümene protrüde papiller yapının mevcut olduğu sinovyal hücre benzeri hücrelerle kaplı kist yapısı görülmektedir.(H&E x200) Resim 5: Epidermiste şiddetli hiperkeratoz görülmektedir. (H&E x40)

Sonuç: KMSK, dermatoloji pratiğinde oldukça nadir görülen ve dermal kökeni nedeniyle kutanöz horn gibi epidermal lezyonlarla birlikteliği son derece kısıtlı bildirilen benign bir tablodur. Olgumuz; Down sendromu zemininde saçlı deri yerleşimi ve eşlik eden kutanöz horn

prezantasyonu gösteren literatürdeki ilk vaka olması bakımından özgündür. Bu nadir lezyonun klinik farkındalık eksikliği nedeniyle epidermal kist veya dikiş granülomu gibi süreçlerle karıştırılabildiği unutulmamalıdır. Semptomsuz veya hafif semptomatik seyretse de erken tanı klinik yönetimi doğrudan iyileştirmektedir. KMSK'nin benign doğası gereği tam cerrahi eksizyon altın standart tedavi yöntemi olmaya devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Metaplastik Sinovyal Kist

Yayın No: P-177
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Lamotrijin İlişkili Pediatrik Toksik Epidermal Nekroliz Olgusu: Erken Histopatolojik Doğrulama ve Multidisipliner Yönetim

İsmail Esendir[1], Nilay Duman[1], Banu Yaman[2], Gülizar Turan[3], Çisem Karasoy[3]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Toksik epidermal nekroliz (TEN), yaygın epidermal nekroz ve mukozal tutulum ile karakterize, nadir görülen ancak yaşamı tehdit eden ciddi bir kutanöz advers ilaç reaksiyonudur. Çocukluk çağında nadir görülmesi ve başlangıç bulgularının enfeksiyon hastalıklarını taklit edebilmesi nedeniyle tanıda gecikme yaşanabilmektedir. Lamotrijin, özellikle valproat ile birlikte kullanıldığında ciddi kutanöz advers ilaç reaksiyonu gelişme riski artan antiepileptik ilaçlardan biridir. Valproatın lamotrijin klirensini azaltmasının bu risk artışında önemli rol oynadığı düşünülmektedir. TEN'in çocukluk çağındaki klinik seyri ve yönetimine ilişkin deneyim erişkin olgularına göre daha sınırlıdır. Bu olguda, valproat tedavisi altındaki pediatrik bir hastada lamotrijin başlanmasını takiben gelişen TEN olgusunun klinik özellikleri, frozen kesit ile desteklenen histopatolojik tanı süreci ve multidisipliner yönetiminin sunulması amaçlandı.

Başvuru Anındaki Klinik Görünüm

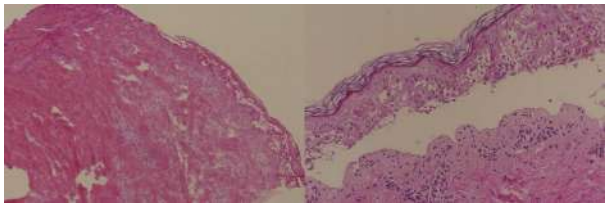


Başvuru sırasında yaklaşık %40–50 vücut yüzey alanını tutan yaygın eritemli-büllöz lezyonlar, epidermal ayrışma alanları ve hemorajik krutlu dudak lezyonları (mukozal tutulum) ile Nikolsky bulgusu pozitifliği ile uyumlu klinik görünüm.

Olgu: Epilepsi nedeniyle sodyum valproat tedavisi kullanan dört yaşındaki kız hastaya yetersiz nöbet kontrolü nedeniyle lamotrijin eklendi. Tedavinin ikinci haftasında ateş ve yaygın maküler döküntü gelişmesi üzerine farklı sağlık merkezlerinde üst solunum yolu enfeksiyonu ön tanısıyla ardışık antibiyotik tedavileri uygulanmasına rağmen deri ve mukozal bulgular hızla ilerledi. Yaygın büllöz lezyonlar, epidermal ayrışma ve çoklu mukozal tutulum gelişmesi üzerine üçüncü basamak merkezimize sevk edildi. Dermatolojik muayenede yaklaşık %40–50 vücut yüzey alanını tutan yaygın eritemli-büllöz lezyonlar, epidermal ayrışma alanları, hemorajik krutlu dudak lezyonları, oral ve genital mukozal tutulum ile pozitif Nikolsky bulgusu saptandı. İlk değerlendirmede hastalığın şiddeti SCORTEN skoru 3 olarak belirlendi. Klinik olarak TEN ön tanısı düşünülen hastada tanıyı hızlı desteklemek amacıyla frozen kesit incelemesi yapıldı. Frozen kesit incelemesinde epidermiste tam kat nekroz, subepidermal ayrılma ve yüzeyel dermada hafif perivasküler lenfosit infiltrasyonu saptanarak bulgular TEN ile uyumlu değerlendirildi ve klinik ön tanı desteklendi. Frozen kesit bulgularının ardından, ayırıcı tanıda yer alan immünobüllöz hastalıkların dışlanması amacıyla uygun büllöz lezyondan direkt immünfloresan inceleme için punch biyopsi alındı. Rutin hematoksilen-eozin (H&E) incelemesinde frozen kesit bulguları doğrulanırken, direkt immünfloresan inceleme (IgG, IgA, IgM, C3, C1q ve fibrinojen) negatif bulundu. Klinik, histopatolojik ve immünopatolojik bulgular

birlikte değerlendirilerek TEN tanısı konuldu. Şüpheli ilaçlar kesilerek destek tedavisi ile birlikte intravenöz immünglobulin, metilprednizolon ve siklosporin tedavisi başlandı. Dermatoloji, çocuk yoğun bakım ve ilgili branşların multidisipliner izlemi altında deri ve mukozal lezyonlarda belirgin epitelizasyon sağlandı ve hasta tam klinik iyileşme ile taburcu edildi.

Frozen Kesit ve Rutin Histopatolojik İnceleme [Frozen Kesit (H&E, ×100), Punch Biyopsi (H&E, ×200)]



Frozen kesit incelemesinde epidermiste tam kat nekroz, subepidermal ayrılma ve yüzeyel dermada hafif perivasküler lenfosit infiltrasyonu izlendi. Rutin histopatolojide hematoksilen-eozin incelemesinde aynı histopatolojik bulgular doğrulanarak toksik epidermal nekroliz tanısı desteklendi. Direkt immünfloresan inceleme negatif bulundu.

Sonuç: Pediatrik epilepsi hastalarında valproat tedavisi altında lamotrijin kullanımını takiben ya da monoterapi olarak başlanan Lamotrijin tedavisi sonrası gelişen ateşli yaygın mukokutanöz döküntülerde TEN ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Bu olgu, başlangıçta enfeksiyon ile karışabilen klinik tabloda erken dermatolojik değerlendirmenin önemini, frozen kesit ile desteklenen histopatolojik incelemenin tanısal sürece katkısını ve multidisipliner yaklaşımın uygun tedavinin gecikmeden başlanmasına ve komplikasyonların etkin yönetimine katkısını vurgulamaktadır. Klinik bulguların objektif hastalık şiddeti göstergeleri ile birlikte değerlendirilmesi, doğru tanıya ulaşılması ve etkin hasta yönetiminin sağlanması açısından yol gösterici olabilir. Çocukluk çağında nadir görülmesi ve tanısal sürecin histopatolojik olarak ayrıntılı şekilde belgelenmiş olması nedeniyle olgunun literatüre öğretici katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Frozen Kesit, Lamotrijin, Toksik Epidermal Nekroliz

Yayın No: P-178
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Dirençli CD4 Pozitif Küçük/Orta Boy T Hücreli Lenfoproliferatif Hastalık

Hasan Emre İlgenli[1], Adnan Semiz[1], Abdullah Eren Çayır[1], Selami Aykut Temiz[1], Hatice Köroğlu[2], Pembe Oltulu[2], Fahriye Kılınç[2]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,Meram,Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,Patoloji Anabilim Dalı,Meram,Konya

Giriş ve Amaç: Primer kutanöz CD4+ küçük/orta T hücreli lenfoproliferatif bozukluk (PCS-TCLPD), tipik olarak deriyle sınırlı ve mükemmel bir prognoza sahip nadir bir kutanöz lenfoproliferatif hastalıktır. Kendi kendini sınırlayan seyri ve sistemik tutulum riskinin düşük olmasıyla diğer primer kutanöz T hücreli lenfomalardan ayrılır. Çeşitli tedavi yaklaşımları önerilmiş olmasına rağmen, henüz standart bir tedavi algoritması oluşturulmamıştır. Bununla birlikte, literatürde bildirilen hastaların büyük çoğunluğu çeşitli tedavilere iyi yanıt vermekte ve tedaviye direnç son derece nadirdir. Takip sürecinde birden fazla tedavi müdahalesine rağmen beklenen klinik yanıtı alamayan PCS-TCLPD tanısı konmuş bir hastayı sunuyoruz. Tedaviye dirençli vakaların bildirilmesi, bu hastalığın biyolojik davranışının daha iyi anlaşılmasına ve gelecekteki tedavi stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

Yöntem: Kliniğimize başvuran 71 yaşında erkek hastanın tanı sürecini ve 2 yıllık klinik takibinde uygulanan tedaviler anlatılmaktadır.

Bulgular ve Sonuç: 71 yaşında bir erkek hasta, bacaklarında, kafa derisinde, gövdesinde, sırtında ve kollarında eritemli papül ve plaklarla kliniğimize başvurdu (Şekil 1). Bu papül ve plaklar, başvuru anında 6 aydır mevcuttu. Hastanın bilinen diyabeti ve benign prostat hiperplazisi vardı. Hastanın ailesinde benzer bir durum yoktu ve son bir yılda 64 kg'dan 52 kg'a kadar kilo kaybı yaşadığını belirtti. Gece terlemeleri veya ateş gibi semptomları yoktu. Hastanın laboratuvar sonuçlarında dikkat çekici bir bulgu, ilk başvuruda 16.300 olan, 2 yıllık klinik takip süresince 46.000'e yükselen ve şu anda 67.900 olan IgE seviyesiydi (Şekil 2). Benzer şekilde, hastanın eozinofil seviyeleri takip tedavisi döneminde arttı (%6,3-%9,7). Hasta astım veya egzama ile ilgili alerjik semptomlar bildirmedi. Ayrıca, HiperIgE Sendromu açısından alerji immünolojisi tarafından değerlendirildi ve akış sitometrisi ve diğer inceleme sonuçları normaldi. Hastanın biyopsi sonucu, CD4+ küçük orta T hücreli lenfoproliferatif bozukluk ile uyumluydu. Patoloji, üst ve orta derin dermisi etkileyen yoğun perivasküler ve interstisyel lenfositik infiltrasyonu gösterdi. Epidermiste belirgin ekzositoz gözlenmedi. Dermal lenfositler CD3, CD4, CD2 ve CD5 için pozitifti ve CD7 ve CD8 ile reaksiyonda %50'den fazla kayıp gösterdi. CD30 ile nadir pozitiflik gözlendi. KI67 yaklaşık %15 idi. S100, CD68 ve CD1a ile ilgili önemli bir bulgu gözlenmedi (Şekil 3,4). Bu süre zarfında hasta, hematoloji ünitesi ile birlikte değerlendirildi. Görüntüleme sonuçları ve kemik iliği biyopsisi normal bir sonuç verdi. Kliniğimizde yapılan takip sürecinde hastaya başlangıçta 2 ay boyunca 200 mg doksisiklin,

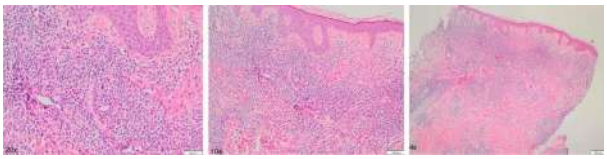
ardından 10 ay boyunca haftada 15 mg metotreksat uygulandı. Yanıt alınamaması nedeniyle tedaviler durduruldu ve tanı doğrulaması için tekrar biyopsi yapıldı, benzer sonuçlar elde edildi. Hasta radyoterapi için radyasyon onkolojisine yönlendirildi, ancak lezyonların yaygınlığı nedeniyle uygun görülmedi. Bu nedenle, haftada üç kez dar bant UVB fototerapiye başlandı ve ek olarak, 3 ay boyunca ayda iki kez 1/4 dozda lezyon içi triamsinolon tedavisi uygulandı. Bu tedaviye yanıt alınamadı. Ayrıca, hastanın kollarında ve kalça bölgesinde yeni papüller ortaya çıkmaya başladı. Toplamda, kliniğimizde yapılan 2 yıllık takip ve tedavi süresince, uygulanan tedavilerde herhangi bir yan etki gözlenmedi.Bizim vakamızda, literatür önerilerine göre tüm tedaviler iki yıllık bir süre boyunca uygulandı, ancak herhangi bir gerileme gözlemlenmedi. Tedaviye yanıt vermeme durumuna çeşitli faktörlerin katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Dirençle ilgili deneyimimiz, genetik ve histopatolojik araştırmalarla daha da açıklığa kavuşturulacaktır. Vakamız, çoklu tedavi direncine ilişkin bildirilen ilk örnektir.

foto 1



Skalpte, gövde ve kollarda çok sayıda eritemli papül ve plak gözlemlenmekte olup, özellikle sağ bacakta endure nodüller dikkat çekmektedir.

foto 2



Üst ve orta derin dermisi etkileyen yoğun perivasküler ve interstisyel lenfositik infiltrasyon gözlendi. Epidermiste belirgin ekzositoz gözlenmedi. Dermal lenfositler CD3, CD4, CD2 ve CD5 için pozitifti ve CD7 ve CD8 ile reaksiyonda %50'den fazla kayıp gösterdi. CD30 ile nadir pozitiflik gözlendi. KI67 yaklaşık %15 idi.

Anahtar Kelimeler: Kutane Lenfoma, Dermatoonkoloji

Yayın No: P-179
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Non-Steroid Antiinflamatuarların Günlük Kullanımının Ardındaki Risk: Stevens-Johnson Sendromu\Toksik Epidermal Nekroliz Olgusu, Dermatolojik Acil

Muazzez Yıldırım[1], Melis Gönülal[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Stevens-Johnson sendromu / toksik epidermal nekroliz sebeplerinden biri ilaçlar olan nadir, T hücresi aracılı, şiddetli kutanöz advers reaksiyonlardır. Genellikle antibiyotikler ve antiepileptik ilaçlarla ilişkilendirilse de çok çeşitli ilaçların bu durumla bağlantısı olduğu belirtilmiştir. Karbamazepin ve allopurinol gibi bazı ilaçların, belirli insan lökosit antijeni tipleriyle güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Stevens-Johnson sendromu ve toksik epidermal nekroliz hastalarının deri lezyonlarında sitotoksik T hücreleri ve doğal öldürücü hücrelerin infiltrasyonu saptanmıştır. Son zamanlarda patogenezde interlökin 13, interlökin 15 ve granülizinin rolü ortaya konmuştur. Ayrıca epitel dokuda ve keratositlerde bulunan NLR ailesi pirin alanı içeren 3 inflamazomu, potansiyel enfeksiyon ve toksisitenin bir sensörü olarak işlev görür ve çeşitli hastalıkların patogenezinde önemli bir rol oynar. Deri hastalıklarına yol açan ilaç kaynaklı toksisite vakalarının çoğunda, bu inflamazomun aktive olduğu ve bunun da düzensiz bir inflamatuar yanıt oluşturduğu görülmektedir. Örneğin, epilepsi tedavisinde kullanılan karbamazepinin, NLR ailesi pirin alanı içeren 3 inflamazomunu aktive ettiği ve bu durumun hastalarda inflamatuar yanıtın işlev bozukluğuna yol açarak Stevens-Johnson sendromu/toksik epidermal nekrolize neden olduğu gözlemlenmiştir. Stevens-Johnson sendromu ve toksik epidermal nekroliz için her ne kadar tek tip uluslararası tanı kriterleri bulunmasa da belirli tanı kriterleri önerilmiştir. En yaygın olarak kullanılan kriterler, yaygın ve ilerleyici büllöz ekzantem ile mukozal tutulum ve deri ayrışması eşlik eden düz, atipik hedef benzeri lezyonları içeren Şiddetli Kutanöz Advers Reaksiyon Kayıt Sistemi'ne ait kriterlerdir. Hastalığa neden olan etkenin tespit edilmesi için kapsamlı bir öykü alımı önemlidir çünkü semptomlar genellikle ilaç kullanımının başlamasından sonraki 8 hafta içinde ortaya çıkar ve vakaların çoğu 4 gün ile 4 hafta arasında görülür. Tedavide sıvı-elektrolit beslenme desteği esastır; immünolojik patogenez nedeniyle kortikosteroid, intravenöz immünglobulin, siklosporin ve tümör nekroz faktörü -alfa inhibitörleri içeren immünsüpresif rejimlerle olumlu sonuçlar bildirilmiştir.

Yöntem: Bilinen hastalığı olmayan 81 yaşında erkek hasta, kliniğimize 3 gün önce başlayan ve hızla ilerleyen her iki önkollar, bacaklar, ayaklar ve ellerde aynı zamanda genital bölgede, kasıklarda, ağız mukozasında ve üst dudakta oluşan erozyonlar, aktif büller, veziküller ve yaygın eritem ile başvurdu. Muayenede vücut alanının yaklaşık yüzde %25'sini kaplayan büller ve veziküller ile vücudun yaklaşık %80'ini kaplayan eritem mevcuttu. Düzenli kullandığı ilacı olmayan hastanın son bir ay içinde üst solunum yolu enfeksiyonu sebebiyle metamizol sodyum

içeren non-steroid antiinflamatuar ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. Klinik bulgular eşliğinde hastaya Stevens-Johnson sendromu / toksik epidermal nekroliz tanısı kondu. Hastanın kliniğimiz servisine yatışı yapılarak intravenöz metilprednizolon tedavisi ve semptomatik tedavileri başlandı. Hastanın lezyonları yaklaşık 10 günde semptomatik tedavi, nitelikli bakım ve sistemik metilprednizolon tedavisi ile büyük ölçüde geriledi. Hasta gerekli ek öneriler ile kliniğimizden taburcu edildi.

Resim 1)



Her iki el ve kollarda, her iki ayak ve bacaklarda eritem ve büller

Resim 2)



Oral mukozada, genital bölgede ve kasıklarda erode büller ve eritem

Bulgular ve Sonuç: Stevens-Johnson sendromu/toksik epidermal nekroliz, sıklıkla antibiyotik ve antiepileptiklerle ilişkilendirilen, multidisipliner yaklaşım ve nitelikli bakım gerektiren, mortalitesi yüksek nadir bir dermatolojik acildir. Toplumda yaygın ve reçetesiz dahi temin edilebilen non-steroid antiinflamatuar ilaçların bu tabloya yol açabilmesi, klinisyenler için göz ardı edilmemesi gereken kritik bir uyarı niteliğindedir. Bu olguyu, sıradan bir analjezik kullanımının ardından gelişebilecek hayatı tehdit eden bu nadir reaksiyona dikkat çekmek ve erken tanı ile zamanında başlanan immünsüpresif tedavinin morbidite ile mortaliteyi anlamlı ölçüde azaltabildiğini vurgulamak amacıyla sunuyoruz. Klinik farkındalığın artırılması, benzer tabloyla karşılaşabilecek her branştan hekim için erken müdahale ve hayat kurtarıcı yaklaşımın temelini oluşturacaktır.

Anahtar Kelimeler: Stevens-Johnson Sendromu, Toksik Epidermal Nekroliz

Yayın No: P-180
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

YILLAR BOYU SÜREN KAŞINTI: BİR LİKEN AMİLOİDOZ VAKASI

Hacı SÜTİÇEN[1], Zeynep İlkay AKDEMİR[1], Neslihan DURMAZ[2]

[1]Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar ABD
[2]Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji ABD

Giriş ve Amaç: Kaşıntı (pruritus), kaşınmaya yol açan hoş olmayan hissiyat olarak tanımlanabilir. Temel mekanizması kaşınarak ciltteki parazitlerden ve diğer kaşıntı sebeplerinden kurtulmaktır. (Bolognia, 2024) Pek çok sebebe bağlı olabilir. Kısa sürebilir ya da kronikleşebilir, uzun dönemde hastanın yaşam kalitesini etkileyebilir. (Ju, 2022) Bu olgu sunumunda, uzun süreli kronik kaşıntı yakınması ile başvuran ve klinik ile histopatolojik değerlendirme sonucunda liken amiloidoz tanısı alan bir hastanın sunulması; kronik pruritusun ayırıcı tanısında primer kutanöz amiloidozun öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Polikliniğimize kronik kaşıntı ve alt ekstremitelerde papüler lezyonlar nedeniyle başvuran 65 yaşındaki erkek hastanın anamnez bilgileri, dermatolojik muayene bulguları, önceki tedavi öyküsü ve histopatolojik inceleme sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Klinik ön tanılar doğrultusunda lezyonlardan punch biyopsi alındı. Histopatolojik değerlendirmede Hematoksilen-Eozin incelemesine ek olarak Kristal Viyole ve Kongo Red boyamaları uygulandı. Elde edilen klinik ve patolojik bulgular literatür eşliğinde incelenerek olgu sunumu hazırlandı

Bulgular ve Sonuç: 5 yıldır her iki bacakta kaşıntı ve özellikle arka yüzeyde belirgin olan pürtüklenme şikayetiyle başvuran 65 yaşında erkek hasta. Pürtüklenme yıllar içerisinde gelişmiş ve kaşıdıkça çoğalmış. Kaşıntı gece gündüz fark etmeksizin hafif derecede gün boyu olmaktaymış ve gece uykudan uyandırmıyormuş. Diğer vücut bölgelerinde şikâyeti yokmuş. Çeşitli krem ve emülsiyonlarla nemlendirildiğinde hafifliyor ancak birkaç saat sonra tekrar başlıyormuş. Antihistaminik alımıyla rahatlıyormuş. Aile üyelerinde ve yakın çevresinde kaşıntı yakınması olan yokmuş. Özgeçmiş sorgulamasında gastroözefageal reflü hastalığı bulunduğu ve düzenli olarak proton pompa inhibitörü kullandığı öğrenilmiştir. Önceki hekim başvurularında ekzema tanısına yönelik topial kortikosteroid ve antihistaminik, kserosis kutis tanısına yönelik ise yağ içinde üre emülsiyonu reçete edildiği görülmüştür. Dermatolojik muayenesinde her iki bacak posteriorunda milimetrik boyutta birden çok sayıda dağınık yerleşmiş papüler lezyonlar görülmüştür. Ciltte kserotik görünüm mevcuttur. Saçlarda yaşa bağlı beyaz renk değişikliği ve saç çizgisinde gerileme izlenmiştir. Tırnaklar doğaldır. Fizik muayenesi doğaldır, ek bir patolojiye rastlanmamıştır. Liken Amiloidoz ve Liken Simpleks Kronikus ön tanıları ile tarafımızca biyopsi alınmış, hastanemizin patoloji bölümü tarafından preparat incelenmiştir. Kristal viyole ve Kongo Red boyaları uygulanmış, kristal viyole ile dermiste magenta renginde amiloid birikimi varlığı rapor edilmiştir ve sonuç liken amiloidoz ile uyumlu olarak yorumlanmıştır. Papüler lezyonların tedavisi için tazaroten jel topikal olarak başlamış, semptomatik tedavi ve kserosis kutise yönelik emoliyet ve antihistaminik reçete edilmiştir. Hasta

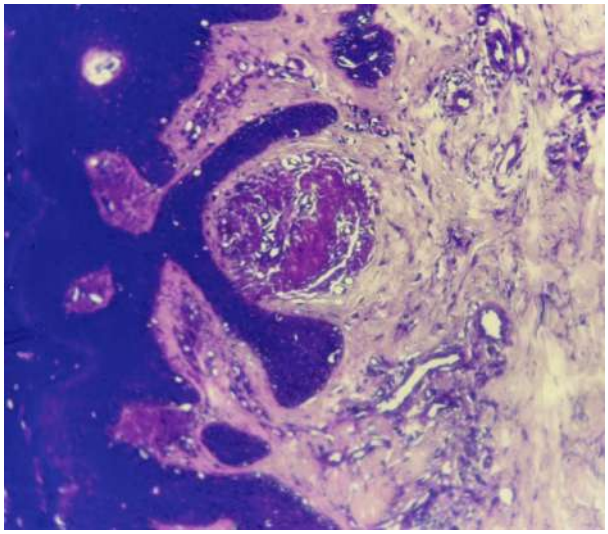
takibe alınmıştır. 8 ay sonra kontrole gelen hastanın lezyonlarının azaldığı görülmüştür. Kaşıntı (pruritus), kaşınmaya yol açan hoş olmayan hissiyat olarak tanımlanabilir. Temel mekanizması kaşınarak ciltteki parazitlerden ve diğer kaşıntı sebeplerinden kurtulmaktır. Liken amiloidoz, primer lokalize kutanöz amiloidozun bir subtipidir ve sonrasında plaklaşabilen kaşıntılı papüller ile karakterizedir (Kim, 2022).Çözünemeyen polimerik protein fibrilleri dermişte hücre dışında birikir, beraberinde iç organlarda birikim görülmez. Ekstremitelerin ekstansör yüzeyi, özellikle baldır bölgesi sıklıkla etkilenir. Pek çok tedavi yöntemi denenmiştir ancak mevcut bir altın standart tedavisi yoktur.(Kozhuppakalam, 2025) Liken amiloidoz, kronik kaşıntının ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken nadir bir dermatolojik hastalıktır. Özellikle alt ekstremitelerde uzun süreli pruritik papüller ile seyreden olgularda histopatolojik inceleme tanıda önem taşır. Bu olgu, kronik kaşıntı hastalarında altta yatan dermatolojik nedenlerin dikkatle araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Papüler lezyonlar



Sol bacak lateralinde çok sayıda, milimetrik boyutlarda, hiperpigmente görünümde papüler lezyonlar.

Histopatoloji



x200 büyütmede kristal viyole histokimyasal boyası ile belirginleşen magenta rengi gözüken amiloid birikimi dikkati çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pruritus, Liken Amiloidoz

Yayın No: P-181
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

İzoniazid Profilaksisi Alan Hastada Pellegra Dermatiti: Bir Olgu Sunumu

Zeynep Özge Öztaş[1], Fatma Arzu Kılıç[1], Pelin Hızlı[1], İlkay Can[1], Gülay Turan[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Pellegra; niasin/B3 vitamini veya triptofan metabolizmasındaki bozukluk sonucu gelişen, klasik olarak fotosensitif dermatit, diyare ve nöropsikiyatrik bulgularla seyreden bir tablodur. İzoniazid, triptofan-niasin metabolizmasını etkileyerek niasin eksikliğine zemin hazırlayabilir. Son yıllarda biyolojik ajan kullanımının artmasıyla birlikte latent tüberküloz taraması ve izoniazid profilaksisi daha sık uygulanmaktadır. Buna bağlı olarak izoniazid ilişkili pellagroid dermatit gibi nadir ilaç reaksiyonlarının tanınması dermatologlar açısından giderek önem kazanmaktadır. Bu olguda, pemfigus vulgaris tanısıyla takip edilen ve rituksimab öncesi latent tüberküloz profilaksisi amacıyla izoniazid başlanan bir hastada gelişen pellegra dermatiti sunulmaktadır.

Yöntem: Altmış beş yaşında erkek hasta pemfigus vulgaris tanısıyla takip edilmekteydi. Rituksimab tedavisi öncesi yapılan taramada interferon gama salınım testi pozitif saptanması üzerine latent tüberküloz profilaksisi için izoniazid başlandı. Tedavinin yaklaşık dördüncü haftasında bilateral el dorsumlarında yeni gelişen döküntüler izlendi. Hastada diyare, nörolojik veya nöropsikiyatrik bulgu yoktu. Dermatolojik muayenesinde her iki el dorsumunda, el bileği dorsalinden metakarpofalangeal eklemler ve parmak dorsallerine uzanan, simetrik yerleşimli, eritemli-viyolase zeminde beyaz skuamlı ve hiperkeratotik plaklar; yer yer fissür, ekskoriasyon ve hemorajik krutlanma izlendi (Resim 1). Klinik görünüm ve izoniazid ile zamansal ilişki nedeniyle ön planda pellegra dermatiti düşünüldü. Deri biyopsisinde epidermal soluklaşma ve hidropik dejenerasyon, papiller dermiste ödem, vasküler proliferasyon ve dilatasyon saptandı. Niasin düzeyi rutin klinik uygulamada değerlendirilemediğinden izoniazid ilişkili pellegra dermatiti tanısı klinik, histopatolojik bulgular ile tedaviye yanıt birlikte değerlendirilerek konulmuştur. İzoniazid ile nedensellik ilişkisi Naranjo kriterlerine göre değerlendirilmiş, skor 5 olarak hesaplanmıştır. Hastada izoniazid tedavisi kesilerek profilaktik rifampisin 600 mg/gün tedavisi başlandı. B3 vitamini desteği ve fotoproteksiyon önerildi. İki ay sonraki kontrolde lezyonlarda belirgin gerileme izlendi (Resim 2).

Resim 1



İzoniazid profilaksisinin dördüncü haftasında bilateral el dorsumlarında gelişen eritemli-viyolase, skuamlı-hiperkeratotik plaklar. Lezyonlarda yer yer fissürasyon, ekskoriasyon ve hemorajik krutlanma alanları izlenmektedir.

Resim 2



İzoniazid profilaksisi kesilerek rifampisin tedavisine geçilmesi, B3 vitamin desteği ve fotoproteksiyonun ikinci ayında bilateral el dorsumlarında eritem, hiperkeratoz ve fissürlerde belirgin gerileme izlenmektedir. Lezyonlarda rezidüel hiperpigmentasyon devam etmektedir.

Bulgular ve Sonuç: İzoniazid ilişkili pellegra nadir görülmekle birlikte izoniazid profilaksisi veya tedavisi alan hastalarda akılda tutulmalıdır. "3D" bulgusu yani dermatit, diyare ve demans triadı her olguda bulunmayabilir; ilaç ilişkili olgularda kutanöz bulgular ön planda olabilir. Biyolojik ajan başlanması planlanan hastalarda izoniazid ile latent tüberküloz profilaksisi giderek daha sık uygulanmaktadır. Bu nedenle izoniazid kullanan hastalarda gelişen fotosensitif bölgelerde yerleşen hiperkeratotik/egzamatöz lezyonlarda pellagra dermatiti ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken tanı, sorumlu ilacın kesilmesi, B3 vitamini desteği ve alternatif tüberküloz profilaksisi/tedavisi ile klinik iyileşme sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: izoniazid, pellegra, ilaç erüpsiyonu

Yayın No: P-182
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Meme Kanseri Tedavisinde Ribosiklib Kullanımına Bağlı Gelişen Vitiligo Olgusu

Bengisu Abacı[1], Fatma Aslı HAPA[1], Fatmaelif YILDIRIM[1]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Siklin bağımlı kinaz 4/6 (CDK4/6) inhibitörleri (ribosiklib, palbosiklib, abemasiklib), hormon reseptörü pozitif / HER2 negatif metastatik meme kanseri tedavisinde yaygın olarak kullanılan hedefe yönelik ajanlardır. Bu ilaçlar hücre döngüsünün G1–S faz geçişini inhibe ederek tümör hücre proliferasyonunu baskılar. CDK4/6 inhibitörleri genellikle iyi tolere edilmekle birlikte hematolojik, gastrointestinal ve kutanöz advers etkiler bildirilmiştir. Bu ilaç grubunda en sık bildirilen dermatolojik yan etkiler alopesi, makülopapüler döküntü ve pruritus olup vitiligo-benzeri depigmentasyon nadir görülen kutanöz advers reaksiyonlar arasında yer almaktadır. CDK4/6 inhibitörlerinin klinik kullanımının giderek artması, nadir görülen dermatolojik advers etkilerin tanınmasını klinik pratik açısından önemli hale getirmektedir. Bu çalışmada ribosiklib tedavisi ile ilişkili gelişen bir vitiligo olgusunun sunulması amaçlandı.

Yöntem: Meme kanseri nedeniyle ribosiklib ve letrozol tedavisi alan, tedavi sırasında gelişen depigmente lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvuran hastanın klinik, dermatolojik ve Wood ışığı muayene bulguları değerlendirildi. Hastanın klinik özellikleri, ilaç öyküsü ve literatür eşliğinde olası ilaç ilişkisi analiz edildi.

Bulgular ve Sonuç: 65 yaşında kadın hasta yaklaşık bir yıldır ciltte gelişen renk değişikliği şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus ve hipertansiyon mevcuttu. Hastanın iki yıldır meme kanseri nedeniyle onkoloji takibinde olduğu ve meme biyopsisinin histopatolojik incelemesinin invaziv duktal ve lobüler karsinom olarak raporlandığı öğrenildi. Hasta tedavi kapsamında ribosiklib ve letrozol kullanmaktaydı. Tedavinin birinci yılında vücudunun çeşitli bölgelerinde renk açılmalarının başladığını ifade etti. Hastanın kişisel veailesel vitiligo öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede gövde ve ekstremitelerde iyi sınırlı depigmente maküller izlendi ve klinik bulgular vitiligo ile uyumlu olarak değerlendirildi. Wood ışığı incelemesinde depigmentasyon alanlarının belirginleştiği gözlendi. Lezyonların ribosiklib tedavisinin başlanmasını takiben ortaya çıkması ve hastada önceden vitiligo öyküsünün bulunmaması nedeniyle tablo ribosiklib kullanımına bağlı gelişen vitiligo olarak değerlendirildi.CDK4/6 inhibitörleri ile ilişkili vitiligo-benzeri depigmentasyon nadir bildirilen bir kutanöz advers reaksiyondur ve patogenez henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu ilaçların hücredöngüsünü durdurarak melanositlerde erken apoptoza yol açmasının depigmentasyon gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Literatürde ribosiklib ile ilişkili vitiligovakalarının sınırlı sayıda bildirilmiş olması, bu durumun yeterince tanınmayan bir advers ilaç reaksiyonu olabileceğini düşündürmektedir. CDK4/6 inhibitörlerinin kullanımının

giderekartması nedeniyle, klinisyenlerin bu nadir kutanöz advers etkiyi tanıması ve uygun dermatolojik değerlendirme ile hastaların izlenmesi önem taşımaktadır.

Hastanın üst ekstremite dorsal ve fleksör yüzlerinde keskin sınırlı depigmentasyon



Hastanın el dorsal yüzünde görülen keskin sınırlı depigmentasyon



Anahtar Kelimeler: Ribosiklib, Vitiligo, CDK4/6 inhibitörleri

Yayın No: P-183
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

UNİLATERAL NEVOİD TELENJİEKTAZİ VE BİER SPOTS BİRLİKTELİĞİ: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU

Hatip Erol[1], Varol Lütfü Aksungur[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilimdalı, Adana

Giriş ve Amaç: Unilateral nevoid telenjiektazi (UNT), genellikle yüz, boyun ve üst ekstremitelerde tek taraflı dağılım gösteren telenjiektaziler ile karakterize nadir bir vasküler anomalidir. Lezyonlar genellikle lineer veya retiküler bir dağılım gösterir. UNT konjenital veya edinilmiş formda ortaya çıkabilmekte olup özellikle genç kadınlarda daha sık görülmektedir. Bier spotları ise çoğunlukla ekstremitelerde görülen, venöz konjesyonla belirginleşen anemik maküllerdir. Her iki klinik antite nadir görülmekte olup birlikte bulunmaları literatürde son derece seyrek bildirilmiştir. UNT ve Bier spotlarının birlikte görüldüğü nadir bir olguyu sunmak ve bu birlikteliğin olası patogenetik mekanizmalarına dikkat çekmek amaçlandı.

Yöntem: 10 yıldır sağ kolunda beyaz lekeler bulunan, ek hastalığı olmayan 14 yaşındaki erkek hastanın klinik ve dermoskopik muayenesi gerçekleştirildi. Olası eşlik eden sistemik hastalıkların araştırılması amacıyla otoimmünite, disproteinemi, venöz yetmezlik, hormonal bozukluklar, karaciğer hastalıkları ve koagülasyon bozukluklarına yönelik laboratuvar ve görüntüleme incelemeleri yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Dermatolojik muayenede sağ el dorsumu ve ön kol ekstansör yüzünde, çapları 2–10 mm arasında değişen, Blaschkoid dağılım gösteren çok sayıda düzensiz beyaz makül izlendi. Lezyonlar ekstremite aşağı sarkıtıldığında veya turnike uygulandığında belirginleşirken, kol elevasyonu ile soluklaşıyordu. Aynı bölgede bazıları beyaz maküllerin merkezinde yer alan, basmakla solan eritemli noktalar saptandı. Dermoskopik incelemede bu lezyonların beyaz halo ile çevrili punktat ve kıvrımlı telenjiektazilerden oluştuğu görüldü. Ayrıca üst dudağın sağ yarısında ve alt dudak vermilyon sınırında telenjiektaziler mevcuttu. Klinik ve dermoskopik bulgular doğrultusunda olgu, Bier spotları ile birlikte görülen UNT olarak değerlendirildi. Yapılan tüm laboratuvar ve görüntüleme incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Literatürde UNT ve Bier spotları birlikteliği oldukça nadir bildirilmiştir. Bununla birlikte UNT lezyonlarının çevresinde anemik halo bulunabileceği uzun zamandır bilinmektedir. Benzer anemik haloların herediter benign telenjiektazi, herediter hemorajik telenjiektazi, piyojenik granülom ve cherry anjiyomları gibi diğer vasküler lezyonlarda da tanımlanmış olması, ortak bir hemodinamik mekanizmayı düşündürmektedir. Düşük dirençli vasküler yatak oluşturan telenjiektazilerin çevre dokulardan kan akımını kendilerine yönlendirmesi sonucu gelişen "vasküler çalma fenomeni" bu birlikteliği açıklayabilecek olası mekanizmalardan biridir. Bu olgu, literatürde oldukça nadir bildirilen UNT ve Bier spotları birlikteliğine dikkat çekmekte olup, bu birlikteliğin patogenezinde vasküler çalma fenomeninin rolü olabileceğini düşündürmektedir.

Resim 1



Sağ el dorsumu ve el bileğinde yer yer beyaz halo ile çevrili punktat telenjiektaziler

Resim 2



Sağ üst ekstremitenin aşağı sarkıtılması sonrası belirginleşen Bier spotları

Anahtar Kelimeler: Unilateral nevoid telenjiektazi, Bier spotları, Anemik halo

Yayın No: P-184
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

IL-17 İnhibitörleriyle İlişkili Eritrazma: IL-23 İnhibitörleri Alternatif Olarak Düşünülebilir mi?

Hasan Emre İlgenli[1], Selami Aykut Temiz[1]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,Konya

Giriş ve Amaç: Psoriasis vulgaris, kronik inflamatuar bir deri hastalığıdır. Hastalığın multifaktöriyel bir yapısı olmasına rağmen, mevcut literatür ve araştırma verilerine göre, patofizyolojisi, immunite, sitokinler ve bunların kritik bir rol oynadığı bir mikro ortamda keratinositlerin kontrolsüz proliferasyonu tarafından tetiklenir. Hastalığın tedavisi, hastalığın yaygınlığı ve bireysel faktörler dikkate alınarak planlanmalıdır. Tedavi kılavuzlarına göre, aşamalı bir tedavi yaklaşımı mevcuttur (1).Eritrazma, Corynebacterium minutissimum olarak bilinen Gram-pozitif bir bakteri tarafından neden olunan bir deri hastalığıdır. Genellikle vücudun deri kıvrımlarında enfeksiyona neden olarak kaşıntılı,eritemli,skuamlı plaklara yol açar. Son yıllarda, psoriazis tedavisinde hedefe yönelik biyolojik ajanların kullanımı artmış ve hem etki hem de güvenlik açısından olumlu sonuçlar vermiştir. Bu ajanlar, psoriasisin patogenezinde rol oynayan keratinosit proliferasyonunu etkileyen bazı sitokinleri inhibe ederek plak oluşumunu azaltır. Bu tedavilerin yan etkileri hakkındaki bilgimiz, klinik deneyimler ve bildirimler neticesinde artmaktadır (2,3).İnterlökin 17 inhibitörü ixekizumab ile tedavi sırasında gelişen eritrazma ile kliniğimize başvuran 60 yaşında bir erkek hastada interlökin 23 inhibitörü guselkumab ile hem psoriasisin hem de eritrazmanın gerilediğini bildirmek istiyoruz.

Yöntem: 60 yaşında bir erkek hasta psoriasis nedeniyle uzun süredir kliniğimizde takip ediliyordu. Ek hastalığı olmayan hastanın vücudunda yaygın eritemli skuamlı plaklar ve lomber bölgesinde inflamatuar artraljisi vardı. Semptomlarının topikal ve konvansiyonel sistemik tedavilere dirençli olması ve PASI skorunun 15 olması nedeniyle IL-17 inhibitörü ixekizumab tedavisine başlandı. Bu tedavi 5 yıl boyunca uygulandı; vücudundaki eritemli skuamöz plaklar geriledi ve hasta düzenli klinik kontrollerine devam etti. Tedavinin beşinci yılında, intertriginöz bölgelerde, her iki aksillada ve kasık bölgesinde eritemli plaklar gözlendi. Wood muayenesinde koltuk altı ve kasık bölgelerinde mercan kırmızısı refle gözlendi (Şekil 1). Hastada , mevcut psoriasis tedavisi olarak ixekizumab'a alternatif olarak interlökin-23 inhibitörü guselkumaba geçiş yapıldı. Klinik takip sırasında, hem aksillada hem de kasık bölgesinde görülen eritemli plaklar geriledi ve psoriatik plaklarda da gerileme devam etti; PASI skoru 2'ye düştü (Şekil 2). Bu vaka, psoriasis tedavisinde biyolojik ajan grubunun değiştirilmesinin yan etki yönetiminde etkili olacağına dair bir örnektir.

resim 1



Hastanın intertriginöz bölgelerinde ixekizumab tedavisi sırasında eritemli refle veren plaklar gözlenmektedir.

resim 2



Guselkumab tedavisi sonrası axilladaki eritemli refle veren plaklar geriledi.

Bulgular ve Sonuç: Psoriasis, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen kronik, immün sistem kaynaklı inflamatuar bir deri hastalığıdır. Psoriasis tedavisi için her gün yeni moleküller keşfedilmekte ve bu da geçmişe kıyasla hastalık yönetiminde daha iyi sonuçlara yol açmaktadır. İnterlökin-17 yolağının mantar enfeksiyonlarına karşı bağışıklıkta önemli bir rol oynadığı için IL-17 inhibitörleri kullanan psoriasis hastaları olası mantar enfeksiyonları açısından değerlendirilmelidir (4). Öte yandan, eritrazma bakteriyel bir enfeksiyondur ve hastalar mantar enfeksiyonlarının yayıldığı bölgelerde klinik olarak gözlemlenir. Bizim vakamızda, psoriasis hastalarında hem tedavi hem de yan etki yönetimi üzerindeki biyolojik ajanların değiştirilmesinin etkisi araştırılmıştır. Günümüzde psoriasis hastalığında biyolojik ajanların kullanımının artmasıyla birlikte, hastalarda yan etki yönetimi klinisyenler için önemlidir ve olası tedavi değişiklikleri açısından değerlendirilmelidir. Hedefe yönelik tedavilerde, interlökin 17 inhibisyonundan interlökin 23 inhibisyonuna geçişin ortaya çıkan bazı yan etkilerin yönetilmesinde faydalı olduğu bilinmektedir. Özellikle, interlökin-23 inhibisyonunun atopik dermatit geliştiren hastalarda olumlu tedavi sonuçları sağladığı bildirilmiştir (5). Benzer şekilde, bizim vakamızda da ajan değişikliğinin hem sonradan gelişen eritrazmada hem de hastanın psoriasis hastalığında olumlu sonuçlar verdiğini bildirmek isteriz. Bu raporlar daha fazla çok merkezli çalışma ile desteklenirse, ajan değişiklikleri yan etki yönetiminde alternatif bir tedavi seçeneği olarak daha da yaygınlaşabilir.

Anahtar Kelimeler: psoriasis, eritrazma, biyolojik ajanlar

Yayın No: P-185
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Parsiyel Unilateral Lentijinozis: Klinik ve Histopatolojik Bulgularıyla Nadir Bir Olgu

Necip Enis KAYA[1], Arafa AVCI[1], Fitnet Selin GÖRÜCÜ[2], Emine ÇÖLGEÇEN[1]

[1]Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat
[2]Yozgat Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Yozgat

Giriş ve Amaç: Parsiyel unilateral lentijinozis (PUL), normal deri zemininde unilateral ve segmental dağılım gösteren çok sayıda lentijin ile karakterize nadir bir pigmentasyon bozukluğudur. Lezyonlar sıklıkla çocukluk çağında başlamakta ve yaşla birlikte belirginleşebilmektedir. Tanı, karakteristik klinik görünüm ile histopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesiyle konulmaktadır. Klinik olarak nevüs spilus, segmental nörofibromatozis tip 1 (NF1), Becker nevüs ve diğer segmental pigmentasyon bozuklukları ile karışabilmektedir.Bu olguyu nadir bir pigmentasyon bozukluğu olan PUL'un tipik klinik ve histopatolojik özelliklerini ve ayırıcı tanısına giren hastalıkları gözden geçirmek amacıyla sunuyoruz.

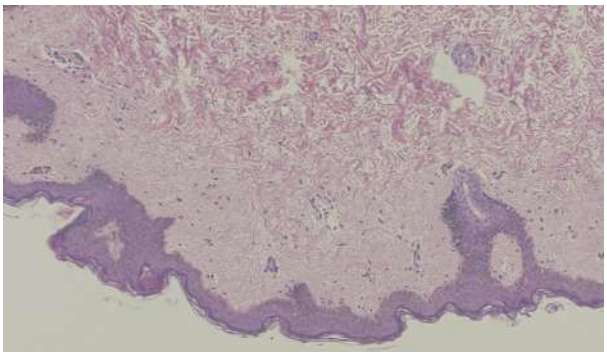
Olgu: Yirmi iki yaşında kadın hasta, çocukluk döneminden itibaren mevcut olan ve ergenlik döneminde belirginleşen sağ boyun, sağ göğüs ön yüz, sağ aksilla ve sırt üst kısmında asemptomatik kahverengi lekeler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Lezyonların yaklaşık 8 yaşında başladığı, 14 yaşından sonra sayı ve yaygınlığının arttığı öğrenildi. Hastanın öz geçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu.Dermatolojik muayenede sağ boyun lateralinden, sağ göğüs ön yüz, sağ aksilla ve sağ skapular bölgeye uzanan, normal deri zemininde yerleşmiş, orta hattı geçmeyen, 1-10 mm çaplarında açık kahverengi lentijinöz maküller izlendi (Resim 1).Wood ışığı incelemesinde zemin derisinde kontrast artışı saptanmadı. Nörofibrom, aksiller çillenme ve café-au-lait makülü izlenmedi. Göz ve nörolojik muayeneler ile laboratuvar incelemeleri normaldi.Sağ aksiller bölgeden alınan punch biyopsisinin histopatolojik incelemesinde epidermiste hafif akantoz, rete çıkıntılarında uzama ve bazal tabakada belirgin hiperpigmentasyon izlendi (Resim 2). Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek PUL tanısı konuldu. Hasta tedavi istememesi nedeniyle klinik takibe alındı.

Resim 1



Sağ aksiller bölgede segmental dağılım gösteren çok sayıda lentijinöz makül.

Resim 2



Epidermiste hafif akantoz, rete çıkıntılarında uzama ve bazal tabakada belirgin hiperpigmentasyon (H&E×100)

Sonuç: Bu olgu, çocukluk çağında başlayıp ergenlik döneminde belirginleşen pigmentasyon bozukluğunun tipik klinik dağılımı, karakteristik histopatolojik bulguları ve ayırıcı tanısına giren hastalıkların sistematik olarak dışlanması nedeniyle PUL'un tanınmasına katkı sağladığı için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Lentigo, Segmental, Unilateral

Yayın No: P-186
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Upadacitinib Tedavisine Yanıt Veren Dirençli Dishidrotik Egzama Olgusu

Ahsen Demir[1], Kadir Kaya[1], Özkan Sever[1]

[1]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Dishidrotik egzama (pomfoliks), el ve ayaklarda tekrarlayan derin yerleşimli vezikül ve püstüller, şiddetli kaşıntı, ağrı ve fonksiyonel kısıtlılık ile karakterize kronik inflamatuvar bir dermatozdur. Etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte genetik yatkınlık, atopik zemin, kontakt alerjenler ve çevresel faktörlerin hastalık gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Hastalığın tedavisinde topikal kortikosteroidler, sistemik kortikosteroidler ve immünsüpresif ajanlar sıklıkla kullanılmakla birlikte bazı olgularda yeterli klinik yanıt elde edilememektedir. Janus kinaz (JAK) inhibitörleri, inflamatuvar sitokinlerin sinyal iletiminde rol alan JAK-STAT yolunu hedefleyerek çeşitli inflamatuvar dermatozlarda etkili sonuçlar göstermektedir. Bu olgu sunumunda, konvansiyonel tedavilere dirençli dishidrotik egzama tanılı bir hastada upadacitinib tedavisi ile elde edilen klinik yanıtın sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Yaklaşık 20 yıldır her iki elde tekrarlayan ağrılı ve kaşıntılı lezyonları bulunan erkek hastanın klinik, histopatolojik ve tedavi yanıtı verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Dermatolojik muayene bulguları, yama testi sonuçları, histopatolojik inceleme raporları ve uygulanan tedavilere verilen yanıtlar gözden geçirildi. Tanısal değerlendirme sürecinde dishidrotik egzama, palmoplantar püstülozis ve kontakt dermatit ayırıcı tanıları dikkate alındı.

Bulgular ve Sonuç: Otuz beş yaşında erkek hasta, yaklaşık 20 yıldır dönem dönem her iki elde gelişen ağrılı ve kaşıntılı lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde kaynakçılık yapmakta olduğu ve daha önce kuyumculukla uğraştığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde bilateral palmar bölgelerde belirgin kserozis, hiperkeratoz ve derin yerleşimli az sayıda püstüler lezyonlar saptandı (Resim 1). Klinik değerlendirmede dishidrotik egzama, palmoplantar püstülozis ve kontakt dermatit ön tanıları düşünüldü. Hastanın daha önce çeşitli topikal tedaviler kullandığı ancak belirgin klinik fayda görmediği öğrenildi. Dış merkezde yapılan yama testlerinde altın ve nikele karşı pozitif reaksiyon saptanmıştı. Palmar bölge derisinde alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste ortohiperkeratoz, parakeratoz, bazı parakeratotik alanlarda plazma ve nüve kırıntıları, belirgin psoriaziform epidermal hiperplazi, spongioz, egzositoz, papiller dermiste damar proliferasyonu, üst dermiste perivasküler lenfosit ve histiosit içeren infiltrasyon, fibroblastik aktivite artışı izlendi. Histopatolojik bulgular subakut spongiotik dermatit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Klinik, histopatolojik ve morfolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde dishidrotik egzama tanısı desteklendi.Takip sürecinde uygulanan sistemik kortikosteroid ve siklosporin tedavilerinden yeterli klinik yanıt alınamaması üzerine hastaya upadacitinib tedavisi başlandı. Tedavi sonrasında palmar lezyonlarda belirgin gerileme gözlendi (Resim 2). Eritem, hiperkeratoz ve

fissürlerde anlamlı düzelme saptandı. Hastanın kaşıntı ve ağrı yakınmalarında belirgin azalma izlenirken günlük yaşam aktivitelerinde de iyileşme gözlendi. Tedavi süresince ciddi advers etki izlenmedi ve hasta tedaviyi iyi tolere etti. Sonuç olarak, konvansiyonel tedavilere dirençli dishidrotik egzama olgusunda upadacitinib ile belirgin klinik iyileşme sağlanmıştır. Bu olgu, JAK inhibitörlerinin dirençli dishidrotik egzama tedavisinde etkili ve güvenli bir seçenek olabileceğini desteklemektedir. Ancak bu konuda daha geniş hasta serileri ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Resim 1



Tedavi öncesi palmar bölgelerde yaygın hiperkeratoz, deskuamasyon, eritem ve fissürasyonlarla seyreden dishidrotik egzama görünümü

Resim 2



Upadacitinib tedavisi sonrasında bilateral palmar bölgelerde hiperkeratoz, eritem ve deskuamasyonda belirgin gerileme ile karakterize klinik iyileşme görünümü

Anahtar Kelimeler: Dishidrotik egzama, Janus kinaz (JAK) inhibitörleri, Upadacitinib

Yayın No: P-187
Bildiri Grubu: Genel / Tırnak hastalıkları

Dekspantenol, L-Sistin, Biotin Ve Çinko İçeren Takviye Edici Ajana Yanıt Veren Onikogrifoz Olgusu

Volkan Gök[1], Fatma Nur Kutlu[1], Atiye Akbayrak[1], Ömer Kutlu[1]

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Onikogrifoz, tırnak plağında ilerleyici kalınlaşma, uzama ve belirgin kurvatür artışı ile karakterize nadir bir tırnak distrofisidir. Kesin patogenez bilinmemekle birlikte, proksimal tırnak kıvrımı altındaki matriksin düzleştirici etkiyi sağlayamaması sonucu bir tarafın daha hızlı büyümesi ve deformitenin bu yöne gelişmesi olası mekanizmalardan biridir. Ayrıca hiperkeratinizasyonun eşlik ettiği tırnak yatağı hiperplazisinin de deformiteye katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür. Kronik travma, periferik vasküler hastalık ve diğer lokal ya da sistemik hastalık etiyolojisinde suçlanmaktadır. Bu olgu sunumunda, bilinen predispozan faktörü bulunmayan genç bir hastada gelişen onikogrifozda total tırnak avülsiyonuna adjuvan olarak uygulanan dekspantenol, sistin ve biotin içeren oral takviye edici ajana yanıt veren onikogrifoz olgusunun uzun dönem klinik sonuçlarının paylaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Olgu sunumudur.

Bulgular ve Sonuç: Otuz beş yaşında kadın hasta, yaklaşık iki yıldır sol ayak başparmak tırnağında giderek artan kalınlaşma, sarı renk değişikliği ve deformasyon yakınmaları ile başvurdu. Travma, ortopedik deformite, uygunsuz ayakkabı kullanımı, periferik vasküler hastalık, diabetes mellitus ve dermatolojik hastalık öyküsü bulunmuyordu. Dermatolojik muayenede sol ayak birinci tırnağında belirgin hiperkeratoz, ileri derecede tırnak plağı hipertrofisi, sarı-kahverengi diskolorasyon, belirgin kurvatür artışı ve lateral deviasyon izlendi. Tırnak yatağında daralma mevcuttu. Potasyum hidroksit ile yapılan direkt mikroskobik incelemede hifa saptanmadı. Klinik olarak onikogrifoz tanısı konulan hastaya total tırnak avülsiyonu uygulandı. Sonrasında 2 ay günde 2 kapsül, 1 ay günde tek kapsül dekspantenol, L-sistin, biotin, çinko, serenoa repens, cucurbita sp., piridoksin ve ginkgo biloba içeren multikomponent oral takviye edici ajan (Simpecia® takviye edici ajan) verildi. Dokuz aylık takipte tırnak plağında progresif morfolojik düzelme, normal renk ve yapıya yakın yeniden oluşum izlendi (Şekil 1).SonuçOnikogrifoz tedavisinde total/parsiyel avülsiyon ve matriksektomi gibi ablatif yöntemler ön planda olsa da matriksin destrükte olduğu işlemler tırnak plağının yeniden uzamasını engellemektedir. Onikogrifoz yönetiminde medikal tedavinin yeri sınırlıdır. Ancak avülsiyon sonrası yeniden büyüme evresinde plak kalitesinin desteklenmesi, nüksü önleme açısından önemlidir. Sunduğumuz olguda tırnak avülsiyonu sonrasında adjuvan uygulanan multikomponent oral takviyedeki biotin, L-sistin ve dekspantenolün keratinizasyon ve tırnak dayanıklılığı üzerindeki olumlu etkileri; çinkonun tırnak distrofileriyle ilişkisi güncel literatürde bildirilmiştir. Bu olgu, multikomponent takviye edici ajanların onikogrifoz tedavisinde cerrahiye

adjuvan olarak uzun dönemli başarısını ve nüksü önlemedeki potansiyelini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, etkinliğin doğrulanması için randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Şekil 1 Tırnak Avülsiyonunu Takiben Simpecia® Oral Takviye Edici Ajan Sonrası Tırnaktaki Progresif İyileşme (Soldan Sağa Sırayla Avülsiyon Öncesi, 0. Ay, 1. Ay, 2.Ay, 4.Ay, 6.Ay)



Anahtar Kelimeler: Onikogrifoz, Dekspantenol

Yayın No: P-188
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Klasik tedavilere dirençli anuler elastolitik dev hücreli granülomda metotreksatın etkinliği

Muhammet CANBULUT[1], Kamer GÜNDÜZ[1], Peyker TEMİZ[2]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Anüler elastolitik dev hücreli granülom (AEDHG) nadir görülen kronik, granülomatöz bir dermatozdur. Çoğunlukla güneşe maruz kalan deri alanlarında, periferinde eritemli ve hafif kabarık sınır, merkezinde hipopigmentasyon veya atrofi bulunan, skuamsız anüler plaklar gözlenir. Bununla birlikte papüler, retiküler, dev, miks ve jeneralize morfolojiler ile güneşten korunmuş alan tutulumu da bildirilmiştir.Etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamayan AEDHG tedavisinde standart bir tedavi algoritması bulunmamaktadır. Burada, topikal/sistemik kortikosteroidler, hidroksiklorokin ve doksisikline dirençli bir AEDHG olgusunda, metotreksat tedavisinin etkinliği vurgulanmaktadır.

Olgu: Elli yaşında kadın hasta 1,5 yıldır boyun, gövde ve kollarda yerleşen kaşıntılı, eritemli plaklar nedeniyle başvurdu. Daha önce, dış merkezde anüler elastolitik dev hücreli granülom tanısıyla hidroksiklorokin ile topikal ve sistemik kortikosteroid tedavileri kullanmış ancak yeterli klinik fayda görmemişti. Dermatolojik muayene gövdede,sırtta,kollarda merkezi soluk,periferi eritemli annular plak ve eritemli papüller saptandı.Tip 2 diabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları bulunan hasta herhangi bir ilaç kullanmıyordu.Anuler plaklardan alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde subepidermal dev hücrelerden zengin granülom yapıları saptandı.Birkaç dev hücrenin sitoplazmasında elastik hif fragmanı saptandı.Enfeksiyöz, otoimmün ve malign hastalıklar açısından değerlendirilen hastada hematolojik ve biyokimyasal testler, ANA, hepatit serolojisi ve serum protein elektroforezi normal bulundu. Batın ve pelvis görüntülemelerinde kitle veya patolojik lenfadenopati izlenmedi. Meme görüntülemesi BI-RADS 3 olarak değerlendirildi. Doksisiklin 100 mg/gün başlandı, tedavinin dördüncü gününde kollardaki ve gövdedeki lezyonlarda sınırlı gerileme kaydedilmesine rağmen iki haftalık izlem sonunda yeterli ve sürdürülebilir klinik yanıt elde edilemedi. Bunun üzerine metotreksat (15 mg/ hafta) tedavisine geçildi. Tedavinin 10. haftasında lezyonlarda belirgin regresyon gözlendi. Hastanın tedavisine metotreksat ile devam edilmektedir.

Resim 1



Tedavi öncesi gövdede,sırtta,kollarda eritemli merkezi soluk periferi eritemli annular plak ve eritemli papüller

Resim 2



10 haftalık metotreksat tedavisi sonrasında lezyonlarda belirgin regresyon izlendi.

Sonuç: AEDHG'da etyopatogenez tam olarak açıklanamamıştır. Ultraviyole ışınları, ısı ve vasküler hasar gibi etkenlerin elastik liflerin antijenik yapısını değiştirdiği; bunu elastoliz, elastofagositoz ve multinükleer dev hücrelerden zengin granülomatöz yanıtın izlediği düşünülmektedir. AEGCG ile diyabetes mellitus veya bozulmuş glukoz toleransı başta olmak üzere metabolik hastalıklar, çeşitli otoimmün hastalıklar ve maligniteler arasında birliktelikler

bildirilmiştir; ancak bu ilişkilerin nedenselliği kesin değildir. Hastalarda metabolik değerlendirme ve yaşa uygun malignite taraması yapılması, enfeksiyonların dışlanması gereklidir.AEDHG'da tanı klinik ve histopatolojik korelasyona dayanır. Aktif lezyon kenarından alınan biyopside yüzeysel-orta dermiste palizad yapmayan histiyositik granülomlar, multinükleer dev hücreler, elastik liflerde belirgin azalma ve dev hücre sitoplazmasında elastofagositoz beklenir. Verhoeff-Van Gieson veya orsein gibi elastik doku boyaları elastik lif kaybını ve parçalanmayı görünür kılar. Ayırıcı tanıda granüloma annulare, nekrobiyozis lipoidika, sarkoidoz, tinea korporis, lupus eritematozus ve diğer enfeksiyöz veya granülomatöz dermatozlar yer alır. Hastalığın seyri değişkendir ve standart bir tedavi algoritması bulunmamaktadır. Tedavi seçenekleri arasında intralezyonel/sistemik kortikosteroidler, hidroksiklorokin, siklosporin, azatiyoprin, PUVA, topikal kalsinörin inhibitörleri (pimekrolimus, takrolimus) yer alır. Bunlar dışında dapson, klofazimin, metotreksat ve sistemik retinoidler de kullanılmıştır.AEDHG tedavisinde metotreksatın etkinliğine ilişkin bildiri sayısı son derece sınırlıdır. Burlando ve ark., klasik tedavilere yanıtsız jeneralize AEDHG'li 74 yaşındaki bir hastada metotreksatla başarılı yanıt bildirmiştir. Bizim olgumuz da hidroksiklorokin, topikal ve sistemik kortikosteroidler, doksisiklin tedavilerine yanıt vermemişti. Metotreksat tedavisi ile 10 hafta içinde tama yakın regresyon gözlendi. Bu olgu, klasik tedavilere yanıtsız AEDHG'de, haftalık metotreksatın hızlı ve belirgin klinik yanıt sağlayabileceğini düşündürmektedir. Metotreksat, özellikle yaygın veya dirençli olgularda uygun tarama ve laboratuvar izlemiyle değerlendirilebilecek bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: anuler elastolitik dev hücreli granülom, metotreksat, tedaviye dirençli

Yayın No: P-190
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Eş Zamanlı Psoriazis ve Hidradenitis Süpürativa Tanılı Bir Hastada Sekukinumab ile İkili Klinik Yanıt: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Uğur Çankaya[1], Pelin Hızlı[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş ve Amaç: Psoriazis ve hidradenitis süpürativa (HS), interlökin-23/interlökin-17 (IL-23/IL-17) ekseninin önemli rol oynadığı kronik inflamatuvar deri hastalıklarıdır(1,2). Geniş ölçekli popülasyon verileri, psoriazisli hastalarda HS görülme olasılığının arttığını; sigara ve obezitenin bu birlikteliğe sık eşlik ettiğini göstermektedir(3). IL-17A, keratinosit aktivasyonu, inflamatuvar sitokin/kemokin salınımı ve nötrofil aracılı inflamasyon üzerinden her iki hastalığın patogenezine katkıda bulunan ortak bir sitokindir(1,2). IL-17A inhibitörü sekukinumab, psoriaziste yerleşik bir tedavi seçeneği olup orta-şiddetli HS'de etkinliği randomize faz III çalışmalarla gösterilmiştir(4). Bu etkinlik biyolojik tedavi öyküsünden bağımsız olarak da bildirilmiştir(5). Bu olguda, eş zamanlı psoriazis ve HS tanılı biyolojik-naif bir hastada sekukinumab ile her iki hastalıkta klinik yanıt elde edilmesini sunmayı amaçladık.

Olgu: On dokuz yaşında erkek hasta, altı yıldır psoriazis ve beş yıldır hidradenitis süpürativa (HS) tanılarıyla izlenmekteydi. Psoriazis nedeniyle topikal tedaviler ve altı aylık metotreksat, HS nedeniyle topikal ve sistemik antibiyotik tedavileri almış; ancak yeterli klinik yanıt sağlanamamıştı. Beden kitle indeksi 39,8 kg/m² idi; 5 paket-yıl sigara öyküsü ve ailede psoriazis öyküsü (amca, kardeş) mevcuttu. Psoriazis açısından artralji, tırnak ve genital tutulum saptanmadı; kulak içi ve nazal bölge gibi özel lokalizasyonlarda tutulum mevcuttu (Psoriazis Alan ve Şiddet İndeksi [PASI]: 4,2). HS muayenesinde bilateral aksilla ve inguinal bölgede birbiriyle ilişkili akıntılı sinüs traktları izlendi ve hastalık Hurley evre 3 olarak değerlendirildi. IHS4 skoru 15 hesaplandı. Hastaya Sekukinumab 300 mg, 0., 1., 2., 3. ve 4. haftalarda yükleme, ardından dört haftada bir 300 mg idame dozunda başlandı. Yaklaşık iki aylık tedavi sonunda aksiller bölgedeki apse ve nodüllerde, inguinal bölgedeki apselerde belirgin düzelme gözlendi, IHS4 skoru 6'ya; PASI skoru 1,6'ya gerileyerek PASI50 yanıtı elde edildi. Her iki hastalıkta klinik yanıt sağlanması üzerine mevcut tedavinin sürdürülmesine karar verildi.

Tedavi öncesi



Resim 1a-1b: Tedavi öncesi bilateral dirseklerde, ön kol ekstansör yüzlerinde ve el dorsumlarında izlenen eritemli kalın skuamlı plaklar, 1c: sol inguinal bölgede eirtemli mor viyolese- ağrılı akıntılı apseler, birbiriyle bağlantılı sinüs traktları (Hurley evre 3)

Sekukinumab tedavisi 2.ayı



Resim 2a-2b: Tedavinin 2. ayında eritem skuam ve infiltrasyon açısından regresyon gösteren pröriazis lezyonları, 2c: sol axillada apselerde izlenen regresyon

Sonuç: Psoriazis ve HS, ortak inflamatuvar yolaklar ve benzer komorbidite profilleriyle ilişkili olarak aynı hastada beklenenden sık birlikte görülebilir1,3. Bu olgu, eş zamanlı psoriazis-HS varlığında IL-17A inhibisyonu ile tek ajan üzerinden her iki hastalıkta klinik yanıt elde edilebileceğini düşündürmektedir. Bu birliktelik, tedavi seçiminde ortak patojenik yolakları hedefleyen ajanların değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Psoriazis, Hidradenitis süpürativa, Sekukinumab

Yayın No: P-191
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Keloid Tanısı Alan Klavikular Yerleşimli Dermatofibrosarkoma Protuberans: Tanısal Bir Tuzak

Oğuz Çalışkan[1], Nilay Bakoğlu Malinowski[2], İhsan Kasapgil[3], Ferhat Özden[2], Filiz Topaloğlu Demir[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]Medipol Bahçelievler Üniversite Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP), fibroblastik/myofibroblastik farklılaşma gösteren, düşük-orta dereceli ancak lokal agresif davranış gösteren, rekürrens kapasitesi yüksek nadir bir yumuşak doku sarkomudur. Her yaşta görülebilmekle birlikte en sık 20–50 yaş arasında ortaya çıkar. Sıklıkla gövde ve proksimal ekstremitelerde yerleşmekle birlikte farklı anatomik bölgelerde de gelişebilir. Erken dönemde keloid, hipertrofik skar, psödolenfoma, dermatofibrom ve diğer benign fibroproliferatif lezyonları klinik olarak taklit edebilmesi nedeniyle tanısında gecikmeler yaşanabilmektedir. Bu olgu sunumunda, öncesinde klinik olarak keloid tanısı alan ve intralezyonel kortikosteroid tedavisi önerilen, histopatolojik inceleme ile DFSP tanısı doğrulanan nadir bir hasta üzerinden, DFSP'nin tanısal farkındalığının artırılması amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz dört yaşında erkek hasta, sağ klavikular bölgede yaklaşık beş yıldır mevcut olan kızarıklık üzerinde son üç ay içerisinde gelişen kabarıklık nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta daha önce klinik olarak keloid tanısı almış ve hastaya intralezyonel kortikosteroid tedavisi önerilmişti. Dermatolojik muayenesinde sağ klavikular bölgede yaklaşık 3×4 cm boyutlarında, üzerinde sert nodüller bulunan eritemli plak saptandı (Resim 1A). Dermatofibrosarkoma protuberans, dermatofibrosarkom, kutanöz metastaz, primer kutanöz B hücreli lenfoma ve psödolenfoma ön tanılarıyla lezyondan deri punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede; epidermis altında grenz zonu bırakan, dermisten subkutan yağ dokusuna uzanarak fokal bal peteği paterni oluşturan, epidermise paralel tabakalar halinde ve yer yer storiform paternde uniform iğsi hücreli proliferasyon izlendi (Resim 2A). İmmünohistokimyasal incelemede tümör hücreleri CD34 ile diffüz pozitif, Faktör XIIIa ve SMA ile fokal zayıf pozitiflik izlenmiş olup; S100, desmin ve CD68 ile boyanma izlenmedi. Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %1 olarak değerlendirildi (Resim 2B). Bulgular dermatofibrosarkoma protuberans ile uyumlu bulundu. Biyopsi ile DFSP tanısı alan hastaya frozen kesit eşliğinde geniş cerrahi eksizyon uygulandı. Eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesinde tanı doğrulanırken mitoz sayısı 3/mm² olarak değerlendirildi. Atipik mitoz, nekroz, miksoid komponent ve fibrosarkomatöz transformasyon saptanmadı. Cerrahi sınırlar tüm yönlerde negatif olarak raporlandı (Resim 2C). Oluşan cerrahi defekt split-thickness deri grefti ile onarıldı (Resim 1B).

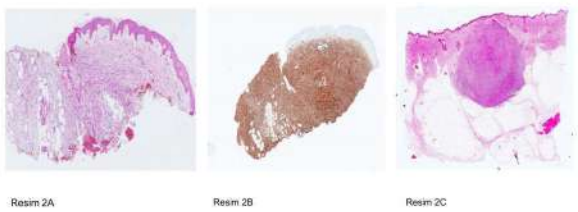
Sonuç: DFSP, lokal invaziv büyüme ve yüksek rekürrens potansiyeli nedeniyle erken tanı ve uygun cerrahi tedavi gerektiren nadir bir yumuşak doku sarkomudur. Erken dönemde keloid ve diğer benign fibroproliferatif lezyonları taklit edebilmesi tanıda gecikmeye neden olabilmektedir. Klinik şüphe uyandıran veya tedaviye beklenen yanıtı göstermeyen uzun süreli eritemli plak ve nodüler lezyonlarda biyopsi geciktirilmemeli, tanı histopatolojik olarak doğrulanmalıdır. Geniş cerrahi eksizyon öncesinde yapılan biyopsi, uygun cerrahi sınırlarla eksizyonun planlanmasına olanak sağlayarak lokal nüks riskinin azaltılmasında kritik rol oynamaktadır.

Resim 1:



Resmi 1A: Sağ klavikular bölgede üzerinde sert nodüller bulunan eritemli plak. Resim 1B: Cerrahi defekt split-thickness deri grefti ile onarıldı.

Resim 2



Resim 2A: Üst dermiste korunan grenz zon altında, epidermise paralel tabakalanmalar halinde ve fokal storiform paternde, subkutan yağ dokusuna uzanarak fokal bal peteği görünümü oluşturan üniform iğsi hücreli tümör infiltrasyonu (H&E, x5). Resim 2B: Tümörde yaygın ve kuvvetli CD34 ekspresyonu (CD34, x4). Resim 2C: Eksizyon materyalinin panoramik görünümünde; dermisten subkutan yağ dokusuna uzanan, kısmen nodüler konfigürasyondaki iğsi hücreli tümörün cerrahi sınırlardan uzak yerleşimi (H&E, x1).

Anahtar Kelimeler: "Dermatofibrosarkoma Protuberans", "Yumuşak doku sarkomu", "Dermatocerrahi"

Yayın No: P-192
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Klinik, Dermoskopik ve Histopatolojik Bulguları İle Nadir Bir Nevoid Akantozis Nigrikans Olgusu

Özge Yeni[1], esra kıratlı nalbant[1]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Nevoid akantozis nigrikans, klasik akantozis nigrikansın oldukça nadir görülen, sistemik hastalıklarla ilişkili olmayan lokalize bir varyantıdır. Genellikle çocukluk çağında ortaya çıkar ve epidermal nevüs ile inflamatuvar lineer verrüköz epidermal nevüs gibi dermatozlarla klinik benzerlik gösterebildiğinden tanısal güçlük oluşturabilir. Bu olgu ile nevoid akantozis nigrikansın klinik, dermoskopik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması ve ayırıcı tanıda farkındalığın artırılması amaçlandı.

Nevoid akantozis nigrikans olgusu



Nevoid akantozis nigrikans olgusu

Yöntem: Yedi yaşında erkek hasta, yaklaşık iki yıldır sırt orta hattında bulunan asemptomatik kahverengi lezyon nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenede sırt orta hatta yerleşimli, yaklaşık 7×3 cm boyutunda, sınırları belirgin, açık kahverengi, kadifemsi yüzeyli plak izlendi. Vücudun diğer bölgelerinde benzer lezyon saptanmadı. Sistemik muayenede insülin direnci veya endokrin hastalığı düşündürecek herhangi bir bulgu yoktu. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, açlık ve tokluk kan glukozu, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) ve İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human Immunodeficiency Virus, HIV) serolojisi normal veya negatif olarak değerlendirildi. Dermoskopik incelemede beyaz zemin üzerinde serebriform görünüm ve kahverengi fissürler izlendi. Epidermal nevüs, inflamatuvar lineer verrüköz epidermal nevüs ve nevoid akantozis nigrikans ön tanıları ile yapılan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde ortokeratotik hiperkeratoz, papillomatoz ve bazal tabakada melanosit artışı olmaksızın pigment artışı saptandı; dermiste belirgin inflamasyon izlenmedi. Klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek nevoid akantozis nigrikans tanısı konuldu. Lezyon asemptomatik ve benign özellikte olduğundan hastaya tedavi planlanmayarak klinik takip önerildi.

Bulgular ve Sonuç: Nevoid akantozis nigrikans, çocukluk çağında görülen lokalize hiperpigmente plakların ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken nadir bir antitedir. Epidermal nevüs ve inflamatuvar lineer verrüköz epidermal nevüs ile klinik benzerliği nedeniyle tanıda histopatolojik değerlendirme büyük önem taşımaktadır. Olgumuz, literatürde sınırlı sayıda tanımlanan dermoskopik bulguları desteklemesi ve klinik, dermoskopik ve histopatolojik korelasyonu birlikte göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: Nevoid akantozis nigrikans, pediatrik dermatoloji, lineer pigmentasyon

Yayın No: P-193
Bildiri Grubu: Genel / Bağ doku hastalıkları

Kas Güçsüzlüğü Olmadan Seyreden Anti MDA-5 Pozitif Juvenil Dermatomiyozit:Atipik Bir Döküntüden Tanıya

Tuncay Delhiş[1], Tülin Ergun[1], Erhan Topal[1], Esra Nur Kiraz Çırakoğlu[1], Amra Adrovic Yıldız[2], Sezgin Şahin[3], Zeliha Leyla Cinel[4]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı
[3]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Anti-melanoma diferansiasyon ilişkili gen 5 (Anti-MDA5) antikoru pozitifliği ile seyreden dermatomiyozit (DM); vaskülopati, mukokütanöz ülserasyonlar, palmar/heliks lezyonları ve atipik papüller gibi kutanöz bulguların ön planda olduğu, belirgin kas tutulumunun ise eşlik etmediği özgün bir fenotiple karakterizedir. Bu hasta grubunda hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı (RP-ILD) gelişme riski oldukça yüksek olup, sürecin erken dönemde agresif immünosüpresif tedavilerle yönetilmesi büyük önem taşımaktadır.Bu çalışmada; atipik dermatolojik lezyonlar ile başvuran, miyozite özgü antikor (MSA) panelinde Anti-MDA5 antikoru pozitif saptanan ve histopatolojik olarak interfaz dermatiti tanısı doğrulanan 10 yaşındaki bir erkek olgunun literatür verileri eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

Resim 1



Sol kulak heliksinde,periferi skuamlı merkezi ise skar dokusu içeren eritemli plak yerleşimi

Olgu: On yaşında erkek hasta; ekstremitelerde purpurik/morumsu-kırmızı lezyonlar, subkutan nodüller ve sol kulak heliksinde yara şikayetiyle kliniğimize konsülte edildi. Öyküsünden 5-6 yaşlarında benzer şikayetlerinin olup gerilediği, 7 yaşından itibaren ise boyun ve ensede tekrarlayan döküntülerinin bulunduğu öğrenildi.Fizik muayenesinde; sol kulak heliksinde periferi skuamlı, merkezi skar/ülserli plak; bilateral diz, dirsek ile metakarpofalangeal (MKF) ve distal interfalangeal (DİF) eklemler üzerinde Gottron papülleri ve nodülleri; sol ön kolda sert nodül ile yamasal eritem izlendi. Oral aftı ve artraljisi bulunan hastanın yapılan nörolojik muayenesinde proksimal kas güçsüzlüğü saptanmadı ve çekilen kas emarı (MR) normal değerlendirildi. Laboratuvar incelemesinde, genişletilmiş ENA/MSA panelinde Anti-MDA5 antikoru 3+ pozitif bulunurken, diğer miyozit spesifik antikorlar negatif saptandı. Biyokimyasal parametrelerde AST: 50.6 U/L, ALT: 57 U/L ve CK: 97 U/L olarak seyretti. Karaciğer enzim yüksekliğinin primer miyozit tablosundan ziyade olası bir hepatit tablosu ile ilişkili olabileceği değerlendirildi. Sol dirsekten alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde; epidermiste akantoz, parakeratoz ve nekrotik keratinositler; dermiste papiller ödem, colloid body

formasyonları ve perivasküler likenoid inflamasyon görüldü. PAS/AB 2.5 boyamasında bazal membran kalınlaşması izlendi. Bu bulgular "interfaz dermatiti / Gottron nodülü" ile uyumlu olarak değerlendirildi. Mevcut klinik, serolojik ve histopatolojik bulgularla "Anti-MDA5 Pozitif Kutanöz Dermatomiyozit" tanısı konulan hasta, Çocuk Romatoloji kliniği tarafından takibe alındı. İç organ tutulumu saptanmayan hastaya düşük doz sistemik steroid ile haftalık 15 mg subkutan metotreksat (MTX) tedavisi başlandı.

Resim 2



Juvenil dermatomiyozitte dirsek ve diz gibi ekstansör yüzeylerde görülen bu tip eritemli papül/nodüller Gottron papülü/nodülü olarak adlandırılır.

Sonuç: Anti-MDA5 pozitif juvenil dermatomiyozit (JDM) olguları; klasik JDM fenotipinden farklı olarak belirgin kas tutulumu veya kreatin kinaz (CK) yüksekliği olmaksızın, sıklıkla amyopatik veya hipomyopatik bir seyir gösterir. Bu hastalarda görülen kulak heliksi ülserleri ve mukokütanöz Lezyonlar, endotelyal mikrovasküler hasar ve persistan endoplazmik retikulum (ER) stresi ile ilişkilendirilmektedir. Anti-MDA5 antikoru pozitifliği, hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı (RP-ILD) ve pnömomedyastinum gibi fatal seyredebilecek pulmoner komplikasyonlar açısından en güçlü serolojik göstergedir. Olgumuzun yapılan taranmasında yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT), spirometri, akciğer difüzyon kapasitesi (DLCO) ve ekokardiyografi (EKO) değerleri normal saptanmış olup hasta gelişebilecek olası akciğer tutulumu açısından yakın takibe alınmıştır. Sonuç olarak; çocukluk çağında atipik nodüller, kulak heliks ülserleri ve Gottron papüllerinin varlığında kas güçsüzlüğü olmasa dahi dermatomiyozit olasılığı akılda tutulmalıdır. Tanı aşamasında Anti-MDA5 antikoru mutlaka

taranmalı, pulmoner sistem detaylıca incelenmeli ve vakit kaybetmeksizin pediatrik romatolojik değerlendirme ile sistemik immünosüpresif tedavi planı oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anti-MDA5 Antikoru, Gottron, Kulak Heliksi Ülseri

Yayın No: P-194
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Molluskum Kontagiozum'da Dermoskopi ve Ultraviyole ile İndüklenmiş Floresan Dermoskopi

Varol Erdoğan[1], Seçil Soylu[1]

[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Molluskum kontagiozum, Poxviridae ailesinden molluskum kontagiozum virüsünün neden olduğu, özellikle çocukluk çağında sık görülen benign viral bir deri enfeksiyonudur. Tipik umbilikasyon gösteren papüllerde klinik tanı genellikle kolay olmakla birlikte, küçük boyutlu, inflame, ekskoriye olmuş veya atipik yerleşimli lezyonlarda ayırıcı tanı güçleşebilmektedir. Dermoskopi; merkezi por veya umbilikasyon, beyaz-sarı polilobüler amorf yapılar ve periferik taç benzeri damarların gösterilmesiyle tanısal doğruluğu artırmaktadır. Son yıllarda kullanıma giren ultraviyole ile indüklenmiş floresan dermoskopi (UVFD), yaklaşık 365 nm dalga boyundaki ultraviyole ışık ile oluşan floresansı büyütmeli olarak değerlendiren yeni bir görüntüleme yöntemidir. Molluskum kontagiozumda UVFD bulgularına ilişkin yayın sayısı sınırlı olup tanımlanan floresan paternleri henüz standartlaşmamıştır. Bu olguda molluskum kontagiozumun klinik, konvansiyonel dermoskopik ve UVFD bulgularının birlikte sunulması ve güncel literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlandı.

Olgu: Beş yaşında erkek çocuk, yaklaşık bir yıldır gövdesinde bulunan, giderek sayısı artan papüler lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede gövde ön yüzde çok sayıda, deri renginde, kubbe şeklinde ve santral umbilikasyon gösteren papüller izlendi. DermLite DL5 ile gerçekleştirilen polarize ve non-polarize dermoskopik incelemede ten rengi parlak yüzey üzerinde santral beyazımsı por, beyaz-sarı amorf yapılar ve silik lineer vasküler yapılar saptandı. Aynı lezyonların UVFD incelemesinde lezyon çevre deriye göre hiporeflektif (koyu) görünüm sergilerken merkezde belirgin olmayan soluk sarımsı floresan/refle izlendi (Resim 1). Literatürde yakın zamanda tanımlanan parlak mavi polilobüler floresans paterni olgumuzda izlenmedi. Klinik ve dermoskopi bulguları birlikte değerlendirilerek molluskum kontagiozum tanısı konuldu ve hastaya topikal %10 potasyum hidroksit tedavisi başlandı.

Molluskum kontagiozumun klinik, dermoskopik ve ultraviyole ile indüklenmiş floresan dermoskopi (UVFD) bulguları.



A) Gövde ön yüzde çok sayıda, deri renginde, kubbe şeklinde ve santral umbilikasyon gösteren papüller. B) Polarize dermoskopide santral beyazımsı por/umbilikasyon (siyah ok), beyaz-sarı polilobüler amorf yapılar ve periferde taç benzeri dağılım gösteren ince lineer damarlar (beyaz oklar). C) Non-polarize dermoskopide santral beyazımsı por/umbilikasyon (siyah ok) ve polilobüler beyaz-sarı amorf yapılar daha belirgin izlenmektedir. D) Ultraviyole ile indüklenmiş floresan dermoskopide (UVFD, 365 nm) lezyon hiporeflektif (koyu) görünümde olup santral umbilikasyon düzeyinde soluk sarımsı floresans/refle (beyaz ok) izlenmektedir; polilobüler yapılarda belirgin parlak mavi floresans saptanmamıştır. Görüntüleme sistemi: DermLite DL5 (DermLite, San Juan Capistrano, CA, ABD) ile akıllı telefon kamerası (iPhone 13). Büyütme: ×10.

Sonuç: UVFD, molluskum kontagiozumda konvansiyonel dermoskopiye ek bilgiler sağlayabilen, invaziv olmayan yeni bir görüntüleme yöntemidir. Olgumuzda lezyonun hiporeflektif görünümü ile birlikte merkezde izlenen soluk sarımsı floresans, UVFD'nin lezyonun yüzeyel yapılarının değerlendirilmesine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte olgumuzda yakın tarihli yayınlarda bildirilen parlak mavi polilobüler floresans paterninin izlenmemesi, UVFD bulgularının cihaz özellikleri, çekim koşulları, lezyon evresi veya keratin içeriğine bağlı değişkenlik gösterebileceğini desteklemektedir. Bu nedenle UVFD'nin konvansiyonel dermoskopinin yerine geçen bir yöntemden ziyade tamamlayıcı bir görüntüleme tekniği olarak değerlendirilmesi daha uygun görünmektedir. Molluskum kontagiozumda UVFD'nin tanısal değerinin ve floresan paternlerinin standardizasyonu için daha geniş olgu serileri ve prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Molluskum kontagiozum, dermoskopi, ultraviyole ile indüklenmiş floresan dermoskopi

Yayın No: P-195
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Granulomatöz Rozasea ve Demodikozis Birlikteliği

utku kocatürk[1]

[1]ondokuz mayıs üniversitesi

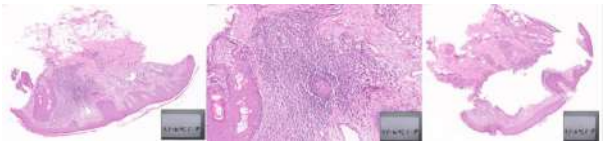
Giriş ve Amaç: Giriş ve Amaç: Granülomatöz rozasea, kronik inflamatuvar yüz dermatozları içerisinde nadir görülen, persistan eritem, papülonodüler lezyonlar ve granülomatöz infiltrasyon ile karakterize bir rozasea varyantıdır. Artmış Demodex yoğunluğunun granülomatöz rozasea patogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir. Klinik görünümün lupus eritematozus, sarkoidoz ve granülomatöz dermatitler ile benzerlik gösterebilmesi nedeniyle tanı güçlüğü oluşturabilmektedir. Bu olguda, uzun yıllardır persistan fasiyal eritem yakınması bulunan, demodikozis eşlikli granülomatöz rozasea tanısı alan ve multimodal tedaviye yanıtı değerlendirilen bir hastanın sunulması amaçlandı.

Yöntem: Yöntem:Persistan fasiyal eritem ve granülomatöz infiltrasyon ile başvuran hastada klinik, laboratuvar ve histopatolojik değerlendirme yapıldı. Ayırıcı tanı amacıyla deri biyopsisi alındı. Granülomatöz rozasea ve demodikozis tanısı sonrası uygulanan kombine tedaviye verilen klinik yanıt izlendi ve değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Olgu: Otuz bir yaşında erkek hasta, yaklaşık 15 yıldır yüz bölgesinde kızarıklık yakınması ile takip edilmekteydi. Özgeçmişinde bilinen sistemik hastalık ve sürekli ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Antinükleer antikor ve anti-double stranded deoksiribonükleik asit testleri negatif saptandı. Hastaya ilk olarak topikal metronidazol tedavisi başlanmış, başlangıçta kısmi yanıt alınmasına rağmen zaman içinde nüks gelişmiştir. Daha sonra topikal ivermektin, düşük doz sistemik izotretinoin ve lazer tedavileri uygulanmış ancak persistan fasiyal eritem devam etmiştir. Yeniden değerlendirme sırasında azelaik asit ve oral doksisiklin tedavileri eklenmiş, tedaviye direnç nedeniyle deri biyopsisi planlanmıştır.Şubat 2026 kontrolünde persistan eritem nedeniyle oral doksisiklin tedavisi başlanmış, lazer uygulaması ertelenerek; kulak memesinde granülomatöz infiltrasyon görünümü nedeniyle sarkoidoz ve lupus vulgaris başta olmak üzere granülomatöz dermatozlar ayırıcı tanıda değerlendirilerek biyopsi planlandı.Histopatolojik incelemede folliküler ostiumlarda Demodex kesitleri, düzensiz rete uzantıları, dermal ödem, lenfatik ektazi, solar dejenerasyon, periadneksiyal lenfoplazmositer infiltrasyon ile adneks çevresinde histiyosit kümeleri ve abortif granülom yapıları izlendi. Bulgular granülomatöz rozasea ile uyumlu değerlendirildi. Hastaya 1 ay boyunca oral doksisiklin tedavisi önerildi, kısmi klinik yanıt görüldü, , kulak memelerinde granülomatöz değişiklikler ve fasiyal eritem devam etmekteydi. Bunun üzerine tedaviye sistemik ivermektin ve topikal permetrin eklendi. Hasta kontrol muayenesinde doksisikline bağlı bulantı, kusma ve diyare tarifledi.Dermatolojik muayenede yüzde basmakla solan yaygın eritem, minimal telenjiektaziler ve bilateral kulak memelerinde eritemli granülomatöz infiltrasyon alanları izlendi. Hastaya sistemik metronidazol 500 mg günde iki kez bir hafta süreyle verildi; 15 gün sonra ikinci kür

uygulandı. Tedaviye ek olarak topikal sodyum sülfasetamid ve topikal brimonidin başlandı. Kontrol muayenesinde fasiyal eritem ve kulak lezyonlarında belirgin gerileme gözlendi.Sonuç: Granülomatöz rozasea, özellikle uzun süreli tedaviye dirençli fasiyal eritem ve atipik lokalizasyon gösteren olgularda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Demodikozis birlikteliği klinik tabloyu ağırlaştırabilir ve tedavi direncine katkıda bulunabilir. Bu olgu, histopatolojik incelemenin tanısal değerini ve Demodex'e yönelik tedavilerin dirençli granülomatöz rozasea olgularında önemli bir tedavi seçeneği olabileceğini ve antiinflamatuar ve vasküler hedefli kombine tedavi yaklaşımlarıyla birlikte dirençli granulamatöz rosea olgularının yönetilebileceğini göstermektedir

histopatoloji



granulomatöz rozasea

klinik görünüm



öncesi sonrası karşılaştırma

Anahtar Kelimeler: Granulomatöz Rozasea, Demodikozis, Tedavi direnci

Yayın No: P-196
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Rekürren Lokalize Granüloma Annülare Olgusunda Pentoksifilin Tedavisine Klinik Yanıt

BÜŞRA KENDİRLİ[1], FATMA NUR KUTLU[1], ÖMER KUTLU[1], ATİYE AKBAYRAK[1]

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Granüloma annülare (GA), etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, benign seyirli, kronik granülomatöz inflamatuar bir dermatozdur (1). En sık lokalize formu görülmekte olup, tipik olarak el ve ayak sırtında anüler dizilim gösteren papül ve plaklarla karakterizedir (1,2). Hastalık çoğu olguda spontan gerileme gösterebilmekle birlikte kronikleşen ve tekrarlayan olgularda tedavi güçlüğü oluşturabilmektedir (2). Günümüzde topikal ve intralezyonel kortikosteroidler başta olmak üzere çeşitli tedavi seçenekleri kullanılmasına rağmen standart bir tedavi algoritması bulunmamaktadır (2,3). Son yıllarda antiinflamatuar ve immünomodülatör etkileri nedeniyle pentoksifilin dirençli olgularda alternatif bir tedavi seçeneği olarak dikkat çekmektedir (4,5).Bu olgu sunumunda, uzun süreli lokalize GA nedeniyle pentoksifilin tedavisi uygulanan ve klinik remisyon sağlanan bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Otuz altı yaşında kadın hasta, yaklaşık beş yıldır sağ kolunda tekrarlayan kaşıntılı kızarıklık şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Lezyon başlangıçta sağ dirsek distalinde yoğun kaşıntı ile ortaya çıkmış, zaman içerisinde anüler eritemli plak görünümü kazanmıştı. Dermatolojik muayenede sağ dirsekten başlayarak ön kol proksimal yarısına uzanan yaklaşık 8 × 4 cm boyutlarında eritemli anüler plak izlendi (Resim 1). Daha önce farklı merkezlerde topikal kortikosteroid tedavileri kullanan hastanın, tedavi kesildiğinde lezyonların tekrar ettiği öğrenildi.Dış merkezde sağ ön koldan alınan 4 mm punch biyopsinin histopatolojik incelemesi granüloma annülare ile uyumlu bulundu.Hastaya pentoksifilin 400 mg/gün (1×1) başlandı. Tedavinin ilk haftasında ek olarak klobetazol propiyonat %0,05 krem oklüzyon altında uygulandı ve ardından kesildi. Yirminci gün kontrolünde lezyondaki eritemde belirgin klinik gerileme izlendi ve pentoksifilin tedavisi yeniden reçete edilerek sürdürüldü. Hasta toplam iki kutu pentoksifilin kullandıktan sonra tedavi tamamlandı. İkinci ay kontrolünde lezyonun büyük ölçüde gerilediği görüldü (Resim 2). Tedavi süresince ilaca bağlı herhangi bir yan etki gözlenmedi. Tedavinin tamamlanmasından sonraki altıncı ay kontrolünde rekürrens saptanmadı.

resim 1



Sağ dirsekten başlayarak ön kol proksimal yarısına uzanan yaklaşık 8 × 4 cm boyutlarında eritemli anüler plak

resim 2



İkinci ay kontrolünde eritemin tamamına yakın gerilediği gözlendi

Sonuç: GA kadınlarda daha sık görülen ve en sık yaşamın beşinci dekatında izlenen benign granülomatöz bir dermatozdur (6). Diyabetes mellitus, tiroid hastalıkları, hiperlipidemi, enfeksiyonlar, maligniteler ve bazı ilaçlarla ilişkili olabileceği bildirilmiş olmakla birlikte patogenezi halen tam olarak açıklanamamıştır (7,8). GA tedavisine ilişkin en güncel sistematik derlemede, lokalize hastalıkta yüksek potent topikal kortikosteroidler ve intralezyonel kortikosteroidler ilk basamak tedavi olarak önerilirken; yaygın ve dirençli olgularda fototerapi, hidroksiklorokin, retinoidler, biyolojik ajanlar ve Janus kinaz inhibitörleri umut verici seçenekler olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte pentoksifilin, düşük yan etki profili, kolay erişilebilirliği ve antiinflamatuar etkileri nedeniyle seçilmiş olgularda değerlendirilebilecek alternatif tedaviler arasında yer almaktadır. (9) Son yıllarda pentoksifilin kullanımına ilişkin kanıtlar giderek artmaktadır. Holland ve ark. tarafından biyopsi ile doğrulanmış beş jeneralize GA olgusunda pentoksifilin ve E vitamini kombinasyonu ile tüm hastalarda klinik iyileşme bildirilmiş olup, tedavinin iyi tolere edildiği belirtilmiştir (9). Ayrıca Visconti ve ark., pentoksifilinin özellikle dirençli GA olgularında umut verici ve düşük maliyetli bir tedavi seçeneği olabileceğini vurgulamıştır (10). GA kronik seyri ve nüks eğilimi nedeniyle tedavisi güç olabilen benign bir dermatozdur. Sunulan olguda da uzun süre topikal kortikosteroid kullanımına rağmen tekrarlayan lokalize GA lezyonunda pentoksifilin tedavisi ile belirgin klinik düzelme sağlanmış ve altı aylık takipte nüks gözlenmemiştir. Bu gözlem, pentoksifilinin özellikle dirençli veya rekürren lokalize GA olgularında etkili ve güvenli bir tedavi alternatifi olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulguların doğrulanması için daha geniş hasta serileri ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: granüloma annülare, pentoksifilin

Yayın No: P-197
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Biyolojik Tedavi Sonrası Püstüler Alevlenme İle Seyreden Generalize Püstüler Psöriasis Olgusu

Yağmur Yaren Yılmaz[1], Yusuf İslam Eren[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Generalize püstüler psöriasis (GPP), yaygın eritemli zemin üzerinde gelişen steril püstüller, akut alevlenmeler ve sistemik inflamasyon riski ile seyreden nadir ancak ağır bir psöriasis fenotipidir. Klinik görünümü akut generalize ekzantematöz püstüloz (AGEP), subkorneal püstüler dermatoz ve ilaç ilişkili püstüler erüpsiyonlarla karışabilir. Bu olguda, çoklu sistemik tedavi öyküsü olan bir GPP hastasında biyolojik tedavi sonrası gelişen püstüler alevlenme, klinik-histopatolojik uyumsuzluk ve tekrarlayan atak yönetiminin sunulması amaçlandı.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, 2018 yılından beri püstüler psöriasis tanısıyla izlenmekteydi. Hastalık sürecinde asitretin, metotreksat, adalimumab, guselkizumab, risankizumab ve aralıklı siklosporin tedavileri kullanılmıştı. Ailede psöriasis öyküsü mevcuttu. Saçlı deri tutulumu olan hastada tırnak ve genital tutulum izlenmedi.Yetersiz yanıt ve takip güçlüğü nedeniyle PASI skoru 4,4 iken 24.09.2024 tarihinde risankizumab tedavisi uygulandı. Tedaviden kısa süre sonra yaygın eritem ve perifoliküler püstüler döküntülerin gelişmesi üzerine hasta AGEP, GPP alevlenmesi ve subkorneal püstüler dermatoz ön tanılarıyla yatırıldı (Şekil 1). Mevcut sistemik tedaviler kesilerek asitretin 35 mg/gün başlandı. Klinik izlemde eritem ve püstüler lezyonlarda belirgin gerileme sağlandı. Bu dönemde alınan 27.09.2024 tarihli biyopsi yüzeyel perivasküler dermatit ile uyumlu bulundu; Kasım 2024'te tekrarlanan biyopside de klinik ön tanıları destekleyen spesifik histopatolojik bulgu saptanmadı. Klinik gerileme sonrası taburcu edilen hastaya Aralık 2024'te apremilast başlandı ve kontrolünde PASI skoru 0,9'a geriledi.Hasta takip aralığı sonrası 29.04.2026 tarihinde yaygın püstüler lezyonlar ve eritrodermik eğilim nedeniyle yeniden yatırıldı (Şekil 2). Bu atakta alınan gövde biyopsisinde spongioform nötrofilik püstüler dermatit saptandı. Psöriaziform akantoz belirgin olmamakla birlikte granüler tabaka kaybı, nötrofilik mikroapse oluşumu, spongioz ve nötrofil egzositozu nedeniyle bulgular ön planda GPP ile uyumlu değerlendirildi. Hastaya tekrar asitretin tedavisi başlandı. İzlemde kısmi klinik gerileme sağlanmasına rağmen eritrodermik eğilim ve püstüler aktivite yeniden belirginleşti. Bunun üzerine hasta 01.06.2026 tarihinde tekrar yatırıldı, asitretine yetersiz yanıt nedeniyle siklosporin tedavisi başlandı ve yakın klinik izleme alındı.

Gövdede püstüler psöriasis alevlenmesi



Gövde ön yüzde eritemli plaklar üzerinde yaygın skuam ve çok sayıda milimetrik püstüler lezyonlar izlenmektedir.

Eritrodermik eğilimli generalize püstüler alevlenme



Karın ön yüzde diffüz eritemli zemin üzerinde yaygın deskuamasyon ve püstüler aktivite ile uyumlu görünüm izlenmektedir.

Sonuç: Bu olgu, GPP'de biyolojik tedavi sonrası gelişen püstüler tabloların yalnızca ilaç reaksiyonu olarak değerlendirilmemesi gerektiğini göstermektedir. GPP, psoriasis vulgaristen farklı olarak akut, nötrofilik ve sistemik risk taşıyan bir inflamatuvar fenotiptir. Klinik ile histopatoloji arasında uyumsuzluk olduğunda enfeksiyonun dışlanması, ilaç zaman çizelgesinin dikkatle değerlendirilmesi, aktif lezyondan tekrar biyopsi alınması ve hızlı sistemik kontrol sağlanması önemlidir. Tekrarlayan alevlenmelerde tedavi yanıtı dinamik olarak izlenmeli ve yönetim klasik plak psoriasis algoritmalarından ziyade GPP'ye özgü akut alevlenme yaklaşımıyla bireyselleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Generalize püstüler psöriasis, Püstüler alevlenme

Yayın No: P-198
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Trichophyton indotineae:Güncel tanı ve tedavi yaklaşımı

Mevlüt Berkay AKGÜL[1], Muhammed Yavuz[1], Mehmet Salih GÜREL[1], Deniz TURAN[3], Abdurrahman Sarmış[2]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Tibbi Mikrobiyoloji Bölümü
[3]Istanbul İl Saglik Müdürlüğü, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, ISLAB-2 Tibbi Mikoloji Laboratuvarı

Giriş ve Amaç: Giriş: Trichophyton indotineae, ilk kez 2020 yılında ayrı bir dermatofit türü olarak tanımlanan, Trichophyton mentagrophytes kompleksinin terbinafine dirençli bir alt grubudur. İlk defa Hindistan'da tedaviye dirençli yaygın dermatofitoz olguları olarak bildirilmiştir. Günümüzde Avrupa, Orta Doğu, Kuzey Amerika ve Türkiye dahil birçok ülkede bildirilen olgularla küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bulaş çoğunlukla insandan insana doğrudan temas ile gerçekleşmekte olup, ortak kullanılan havlu, giysi ve kişisel eşyalar aracılığıyla dolaylı bulaş da mümkündür. En sık tinea korporis, tinea kruris ve tinea fasiyalis şeklinde karşımıza çıkar. Klinik tablo geniş alanlarıa yayılmış belirgin enflamasyon gösteren, yoğun pruritik, polisiklik veya annüler, kenarları aktif skuamlı plaklar şeklinde görülür. Lezyonlar gluteal bölge, karın, kasıklar ile uylukların medial yüzüne yayılır ve tüm bölgeyi kaplayacak duruma gelebilir. Trichophyton indotineae olguları ülkemizde giderek daha fazla görülmekte ve tedavisinde zorluklar yaşanmaktadır. Bu olgu serisinde 5 olgunun klinik, laboratuvar ve tedavi-izlem sonuçları tartışılmaktadır.Amaç: Bu çalışmada, kliniğimizde Trichophyton indotineae düşünülen ve tanı konulan 5 olgunun klinik özellikleri, uygulanan tedaviler ve tedavi yanıtlarının sunulması; bunun yanında ülkemizde giderek artan sıklıkta bildirilen bu dirençli dermatofit etkenine ilişkin güncel tanı ve tedavi yaklaşımlarına dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

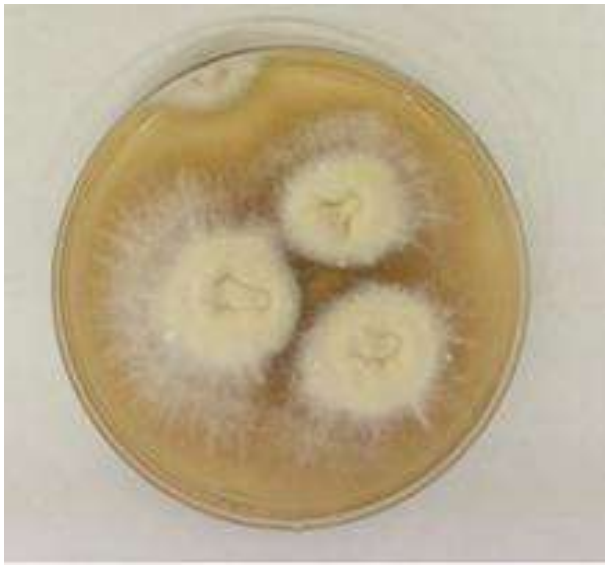
Olgu: Olgular: Tablo 1'de özetlenmiştir.

Şekil 1



Resim 1 ve 2; inguinal bölgede 2 yıldır devam eden lezyonun 8 hafta itrakanazol 2x100 mg tedavisi sonrası, Resim 3 ve 4; 2 aydır devam eden sol diz çevresindeki multiple Trichophyton indotineae lezyonlarının 3 hafta 2x100 mg ve 1 hafta 1x100 mg itrakanazol tedavisi sonrası, Resim 5 ve 6; gluteal bölgede 2.5 yıldır devam eden Trichophyton indotineae lezyonlarının 8 hafta 2x200 mg itrakanazol tedavisi sonrası, Resim 7,8,9,10 ve 11; Tüm vücutta yaygın Trichophyton indotineae lezyonları

Şekil 2



Alınan örneklerde SDA'da 3 haftalık inkübasyon sonunda pamuksu-pudramsı, beyaz-krem koloniler gelişti. Laktofenol pamuk mavisi incelemesinde dar tabanlı yuvarlak mikrokonidyalar ve puro benzeri görünümlü septalı makrokonidyalar görüldü; Bu bulgular T. mentagrophytes kompleksinin diğer üyeleriyle benzer olduğundan, tür tanısı MALDI-TOF MS (Zybio Inc., Chongqing, Çin) ile Trichophyton indotineae olarak kesinleştirildi.

Tablo 1: Olguların klinik ve laboratuvar özellikleri

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5

Yaş	43	45	31	37	23
Cinsiyet	E	K	E	E	E
Süre	2 yıl	2 yıl	2 ay	2.5 yıl	3 ay
Tutulum	İnguinal ve gluteal	Tüm vücutta yaygın	Tüm vücutta yaygın	İnguinal ve gluteal	Gluteal, femoral
Steroid öyküsü	Mevcut	Mevcut	Mevcut	Mevcut	Mevcut
Önceki tedaviler	Terbinafin, topikal azol ve topikal nafitifn	Terbinafin, topikal azol ve topikal nafitifn	Topikal azol ve topikal nafitifn	Topikal azol, 5 ay terbinafin 250mg, 4 hafta flukanazol	Topikal azoller ve topikal nafitifn
Kültür	Trichophyton mentagrophytes	Trichophyton mentagrophytes/ interdigitale	Trichophyton mentagrophytes	Trichophyton mentagrophytes/ interdigitale	Trichophyton mentagrophytes
MALDI-TOF MS yöntemi ile doğrulama	T. indotinea doğrulandı.	Yapılamadı.	T. indotinea doğrulandı.	Yapılamadı.	T. indotinea doğrulandı.
Tedavi	İtrakanazol 2x100 mg, 6 hafta	İtrakanazol 1x100 mg ,4hafta	İtrakanazol 2x100 mg 3 hafta, 1x100 mg 3 hafta	İtrakanazol 2x200 mg, 8 hafta	İtrakanazol 2x100 mg, 8 hafta
Sonuç	Kür	Kür	Kür	Kür	Kür

Sonuç: Sonuç: Trichophyton indotineae, ülkemizde de giderek daha sık karşılaşılan, kronik seyirli ve terbinafin tedavisine dirençli dermatofitozların önemli nedenlerinden biridir. Hastalık özellikle uzun süre devam eden, topikal kortikosteroid içeren kombinasyon preparatlarının uygunsuz kullanımı sonrası atipik görünüm kazanan, birden fazla antifungal tedaviye rağmen düzelmeyen veya kısa sürede nüks eden dermatofitoz olgularında akla getirilmelidir (Tablo 2).

Tanıda direkt mikroskopi ve kültür dermatofitoz varlığını gösterebilse de, T. indotineae'yi diğer Trichophyton türlerinden ayırt etmek için yeterli değildir; kesin tanıda ITS (Internal Transcribed Spacer) bölgesinin dizilenmesi veya MALDI-TOF MS gibi moleküler yöntemler gereklidir. Türün en önemli özelliği antifungal direnç geliştirme yeteneğidir. Terbinafin direnci çoğunlukla skualen epoksidazı kodlayan SQLE (ERG1) genindeki nokta mutasyonlarından (özellikle F397L, L393F ve L393S) kaynaklanırken, azol direnci ERG11/CYP51 gen mutasyonları ve ABC taşıyıcı (effluks pompası) genlerinin aşırı ekspresyonu ile ilişkilidir. Bu nedenle klasik doz ve sürede verilen terbinafin tedavileri sıklıkla başarısız olmaktadır. Güncel yaklaşımda birinci basamak sistemik tedavi olarak itrakonazol önerilmekte olup, genellikle 200 mg/gün dozunda en az 6–8 hafta kullanılması tavsiye edilmektedir. İtrakonazole yanıtsız olgularda veya direnç durumunda vorikonazol ya da diğer yeni nesil azoller, resveratrol ve flukanazol kombinasyonları alternatif seçenekler olmakla birlikte, tedavi mutlaka klinik ve mikolojik yanıt doğrultusunda bireyselleştirilmelidir. Bizim olgularımızda resveratrol veya diğer grup antifungal ilaç kombinasyonları yapılmaksızın başarılı sonuçlar alınabilmiştir. Olgularımız, erken klinik şüphe ile uygun sistemik tedavinin başlanmasının başarılı sonuçlar sağlayabileceğini göstermekte ve ülkemizde T. indotineae farkındalığının artırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Tablo 2: Tinea indotinea enfeksiyonu düşündüren klinik ipuçları

Sistemik terbinafin/rutin topikal tedaviye direnç
Büyük, yaygın ve multipl lezyonlar
Birden fazla anatomik bölge tutulumu
Topikal steroid kullanımı
Kronik seyir, tedavi sonrası sık nüks öyküsü
Polisiklik görünüm, tinea pseudoimbricata görünümü

Anahtar Kelimeler: Terbinafine dirençli dermatofitoz, T. indotineae, itrakanazol

Yayın No: P-199
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Crohn Hastalığında İnfliksimab Kullanımına Bağlı Paradoksal Palmoplantar Psoriazis Olgusu

Berivan Alkan[1], Arzu Kılıç[1], Pelin Hızlı[1], İlkay Can[1], Arzu Yıldırım Özlük[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tümör nekroz faktörü alfa (TNF-α) inhibitörlerine (anti-TNF) bağlı paradoksal psoriazis nadir olmayan bir yan etki olmakla birlikte, klinik görünümünün değişken olması nedeniyle halen sıklıkla tanıda gecikmeye veya yanlış tanıya neden olabilmektedir. Özellikle palmoplantar tutulum, tedaviye dirençli kontakt dermatit veya dermatofit enfeksiyonu ile karışabilmektedir. Bu olguyu sunmaktaki amacımız, anti-TNF tedavisi alan Crohn hastalarında paradoksal psoriazisin akılda tutulması gerektiğini, erken tanının gereksiz tedavileri önlediğini ve uygun biyolojik ajan değişikliğinin multidisipliner yaklaşımla başarılı sonuç verebildiğini vurgulamaktır.

Yöntem: Crohn hastalığı tanısıyla gastroenteroloji kliniği tarafından takip edilen 52 yaşındaki kadın hasta, infliksimab tedavisinin ikinci dozundan 4 hafta sonra gelişen kaşıntılı döküntüler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral palmar bölgelerde eritemli hiperkeratotik plaklar ve deskuamasyon (Resim 1a), bilateral ayak dorsumlarında hiperkeratotik eritemli skuamlı plaklar (Resim 1b), bilateral plantar yüzlerde skuam ve fissürlerin eşlik ettiği eritemli plaklar (Resim 1c) ile bilateral malleolar bölgelerde ve bilateral ayak medial ve lateral yüzlerinde hiperkeratotik eritemli skuamlı plaklar izlendi (Resim 1d).Plantar bölgeden alınan deri punch biyopsisinin histopatolojik değerlendirmesinde epidermiste ortokeratoz, fokal parakeratoz, hafif spongioz, granüler tabakada fokal kayıp, akantoz, dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon izlendi ve sonuç "psoriazis vulgaris" ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 2a ve 2b). Plantar bölgedeki hiperkeratotik plaktan alınan nativ preparat incelemesinde fungal eleman izlenmedi. Hastaya klinik, histopatolojik bulgular ile ve biyolojik ajan kullanım öyküsü göz önüne alındığında "infliksimab ilişkili paradoksal palmoplantar psoriazis" tanısı konuldu. Gastroenteroloji kliniği ile birlikte değerlendirilen hastada infliksimab tedavisi sonlandırıldı. 12 haftalık topikal kortikosteroid ve asitretin 10 mg/gün tedavilerine rağmen hastada yeterli klinik yanıt elde edilememesi üzerine hasta, gastroenteroloji ve dermatoloji kliniklerinin ortak değerlendirmesiyle ustekinumab tedavisi başlandı. Ustekinumab tedavisinin üçüncü haftasında yapılan kontrol muayenesinde palmoplantar lezyonlarda belirgin klinik iyileşme izlendi (Resim 3a ve 3b); tedavi öncesinde 13,6 olarak hesaplanan Palmoplantar Psoriazis Alan ve Şiddet İndeksi (PPASI) skoru 5,6' ya geriledi (8). Hasta halen tedavi ve takibimiz altındadır.

Resim 1a



Bilateral palmar bölgelerde eritemli plaklar ve hafif deskuamasyon.

Resim 1c



Bilateral plantar yüzlerde skuam ve fissürlerin eşlik ettiği eritemli plaklar

Bulgular ve Sonuç: Paradoksal psoriazis klinik pratikte halen gözden kaçabildiği için önemlidir. Anti-TNF kullanan hastalarda yeni gelişen palmoplantar skuamlı hiperkeratotik lezyonlarda "paradoksal psoriazis" mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Dirençli olgularda yalnızca topikal tedaviyi sürdürmek yerine gastroenteroloji ve dermatoloji ekiplerinin birlikte karar vereceği biyolojik ajan değişikliği, hem altta yatan hastalığın kontrolünü koruyabilmekte hem de deri bulgularında hızlı ve belirgin düzelme sağlayabilmektedir. Bu nedenle erken tanı ve multidisipliner tedavi yaklaşımı hasta yönetiminde kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: paradoksal psoriazis, infliksimab, ustekinumab

Yayın No: P-200
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Subkorneal Püstüler Dermatoz Tipi IgA Pemfigusunda Tanısal Süreç ve Adalimumab ile Uzun Süreli Klinik Yanıt

Fulya Altınay Köse[1], Mehmet Salih Gürel[1]

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

Giriş ve Amaç: IgA pemfigusu, epidermal hücre yüzey antijenlerine karşı gelişen IgA otoantikorları ile karakterize nadir görülen bir otoimmün büllöz dermatozdur. Subkorneal püstüler dermatoz (SPD) tipi ve intraepidermal nötrofilik (IEN) tip olmak üzere iki klinikopatolojik alt tipe ayrılır. Subkorneal püstüler dermatoz tipi klinik ve histopatolojik olarak klasik SPD ile büyük benzerlik göstermesi ve immünfloresan bulgularının değişkenlik gösterebilmesi nedeniyle tanısal güçlük oluşturabilir. Bu olguda tanısal belirsizlik gösteren SPD tipi IgA pemfigusu ile çoklu tedaviler ile nüks izlenen hastalıkta adalimumabın etkinliğinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon ve osteoporoz bulunan 68 yaşındaki kadın hasta, yaklaşık bir yıldır intertrijinöz bölgelerde başlayıp gövdeye yayılan kaşıntılı vezikülopüstüler döküntüler nedeniyle değerlendirildi. Dermatolojik muayenede kıvrım alanlarında yoğunlaşan, gövdede dağılan, birleşme eğilimli anüler-polisiklik eritemli plaklar üzerinde periferik yüzeyel steril püstüller ve deskuamasyon izlendi. İndirekt Nikolsky bulgusu pozitif, direkt Nikolsky negatifti. İlk deri biyopsisinde subkorneal ayrışma, yoğun nötrofilik infiltrasyon ve akantolitik keratinositler saptandı. Direkt immünfloresan (DIF) incelemesinde subkorneal lineer IgG birikimi izlenirken IgA birikimi saptanmadı. Serum anti-desmoglein-1 ve anti-desmoglein-3 antikorları negatifti. Başlangıçta histopatolojik ve immünopatolojik bulgular pemfigus foliaseusu düşündürmekle birlikte, klinik görünümün uyumsuzluğu ve desmoglein antikorlarının negatifliği nedeniyle tanısal belirsizlik devam etti. Alevlenmeler sırasında alınan üç ayrı biyopside subkorneal nötrofilik püstüller izlendi ve DIF incelemeleri negatif sonuçlandı. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda subkorneal püstüler dermatoz (SPD) olarak izlenen hastaya dapson 50–100 mg/gün dozlarında 2020–2023 yılları arasında aralıklı olarak uygulandı. Dapson ile kısmi klinik yanıt elde edilmesine rağmen hemoglobin düzeylerinde düşüş nedeniyle tedavi sürdürülemedi. Sistemik prednizolon farklı dönemlerde 8–24 mg/gün dozlarında kullanıldı ve doz azaltılmasıyla hızlı nüksler izlendi. Steroid koruyucu tedavi amacıyla kolşisin 2×1 tablet/gün yaklaşık dört ay uygulandı ancak kalıcı kontrol sağlanamadı. Ocak 2023'te başlanan asitretin 25 mg/gün yaklaşık 16 ay kullanıldı. Mayıs 2024'teki şiddetli alevlenme üzerine 35 mg/gün'e yükseltilerek yaklaşık iki ay daha sürdürüldü. Lezyonlarda gerileme olmadığından Haziran–Temmuz 2024 döneminde yaklaşık dört hafta süreyle metotreksat tedavisi uygulandı. Kontrolde alınan beşinci biyopsinin DIF incelemesinde epidermisin üst tabakalarında intersellüler IgA birikimi saptandı. İndirekt immünfloresan incelemesi negatifti. Klinik, histopatolojik ve immünopatolojik bulgular birlikte

değerlendirilerek SPD tipi IgA pemfigusu tanısı kesinleştirildi. Yapılan taramada hematolojik malignite ve monoklonal gammopati saptanmadı. Konvansiyonel tedaviler ile nüks ve steroid bağımlı seyir nedeniyle adalimumab tedavisi başlandı. Tedavi sonrasında yeni püstül gelişimi durdu, mevcut lezyonlarda belirgin gerileme sağlandı ve yaklaşık 19 ay boyunca klinik remisyon korundu.

Alevlenme Dönemindeki Klinik Bulgular



Alevlenme dönemlerinde gövde, kıvrım bölgeleri ve ekstremitelerde yaygın dağılım gösteren, periferinde yüzeyel steril püstüller bulunan anüler-polisiklik eritemli plaklar.

SPD Tipi IgA Pemfigusunda Karakteristik Püstüler Morfoloji



Eritematöz zemin üzerinde gelişen, yüzeyel steril püstüller, SPD tipi IgA pemfigusunun karakteristik klinik morfolojisini göstermektedir.

Bulgular ve Sonuç: Subkorneal püstüler dermatoz tipi IgA pemfigusu klinik ve histopatolojik olarak klasik subkorneal püstüler dermatozla büyük ölçüde örtüşebilir. Negatif direkt veya indirekt immünfloresan sonuçları güçlü klinikopatolojik şüphe varlığında tanıyı kesin olarak dışlamaz. Klinik şüphe devam eden olgularda biyopsi ve immünopatolojik incelemelerin uygun lezyonlardan tekrarlanması tanı açısından önem taşımaktadır. Dirençli IgA pemfigusunda anti-TNF tedavilerine ilişkin veriler çoğunlukla olgu bildirimlerine dayanmakla birlikte, TNF-α inhibisyonunun nötrofil migrasyonunu ve epidermal nötrofilik inflamasyonu azaltabileceği düşünülmektedir. Literatürde dirençli IgA pemfigusunda adalimumabın özellikle mikofenolat mofetil ile birlikte başarılı şekilde kullanıldığı bildirilmiştir. Ayrıca tanı konulan hastalarda eşlik

edebilecek hematolojik maligniteler ve özellikle IgA monoklonal paraproteinemisi açısından değerlendirme yapılmalıdır. Bu olgu, klasik tedavilere dirençli SPD tipi IgA pemfigusunda adalimumabın uzun süreli klinik remisyon sağlayabilecek etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: IgA pemfigus, Subkorneal Püstüler Dermatoz, Adalimumab

Yayın No: P-201
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Şiddetli Hipertrigliseridemiye Bağlı Gelişen Erüptif Ksantom: Lipid Düşürücü Tedavi Sonrası Tam Klinik ve Laboratuvar Düzelme

sena akgün berçin[1], buse ecem kurugöl[1]

[1]şişli etfal eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş ve Amaç: Erüptif ksantom, ağır hipertrigliseridemi zemininde gelişen ve dermiste lipid yüklü makrofajların birikimiyle karakterize nadir bir döküntüdür. Aniden gelişen, sıklıkla ekstansor yüzeylerde ortaya çıkan sarı turuncu renkli eritemin eşlik edebildiği papüler lezyonlar sıklıkla altta yatan sistemik lipid metabolizması bozukluğunun ilk klinik belirtisidir. Erken tanı akut pankreatit ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar gibi hayatı tehdit edebilecek komplikasyonların önlenmesi ve uygun tedavinin başlanması açısından kritik önem taşır. Bu sunumda, şiddetli dislipidemiye ikincil gelişen, klinik ve histopatolojik olarak doğrulanan ve lipid düşürücü tedavi sonrası tam remisyon gösteren bir erüptif ksantom olgusu sunulmuştur.

Yöntem: Bilinen kronik sistemik hastalığı olmayan 54 yaşındaki kadın hasta, dislipidemi nedeniyle izlenirken bilateral el bilekleri ve pretibial bölgelerde ani gelişen kaşıntılı sarı turuncu papüller nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Klinik değerlendirme sonrasında erüptif ksantom ön tanısıyla pretibial bölgeden punch biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme bulguları ile klinik görünüm birlikte değerlendirilerek tanı doğrulandı.

Bulgular ve Sonuç: İlk değerlendirmede hastanın (16.09.2025) total kolesterol 279 mg/dL, HDL kolesterol 49 mg/dL, trigliserid 431 mg/dL ve HbA1c %6,8 olarak saptandı,LDL kol. hesaplanamadı. Tiroid fonksiyon testleri normal bulundu ve hastaya yaşam tarzı değişiklikleri önerildi.Kontrol değerlendirmesinde (07.01.2026) total kolesterol 333 mg/dL, trigliserid 694 mg/dL ve HDL kolesterol 49 mg/dL olarak ölçülmesi üzerine fenofibrat 267 mg/gün ve atorvastatin 40 mg/gün tedavisi başlandı.Tedavinin başlandığı dönemde hasta, bilateral el bilekleri ile pretibial bölgelerde ani gelişen, kaşıntılı sarı turuncu papüller nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Dermatolojik muayenede eritemli zemin üzerinde çok sayıda milimetrik sarı turuncu papüller izlendi.Pretibial bölgeden alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste fokal bazal vakuoler dejenerasyon, üst dermiste hafif damar proliferasyonu,dermiste granülom benzeri görünüm oluşturan lipidize histiyosit agregatları izlendi. Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek erüptif ksantom tanısı doğrulandı.Yaklaşık altı aylık takip sonunda (19.06.2026) total kolesterol 144 mg/dL, LDL kolesterol 73 mg/dL, HDL kolesterol 38 mg/dL, trigliserid 165 mg/dL ve HbA1c %6,2 olarak saptandı. Aynı dönemde yapılan dermatolojik değerlendirmede tüm kutanöz lezyonların tamamen gerilediği gözlendi.Erüptif ksantomlar, dolaşımdaki şilomikron ve çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL) düzeylerinin artmasına bağlı olarak trigliseridden zengin lipoproteinlerin dermise ekstravaze olması ve makrofajlar tarafından fagosite edilmesi sonucunda gelişir. Histopatolojik olarak lipid yüklü köpüksü histiyositlerden oluşan dermal

infiltrasyon tipiktir.Bu olguda kutanöz bulgular, serum trigliserid düzeylerindeki belirgin yükselmeyle eş zamanlı ortaya çıkmış ve dislipideminin ilk klinik göstergesi olmuştur. Her ne kadar erüptif ksantomlar sıklıkla trigliserid düzeylerinin 1000 mg/dL üzerinde görüldüğü bildirilse de, olgumuz trigliserid düzeyinin 694 mg/dL olduğu dönemde gelişmesi açısından dikkat çekicidir. Bu durum yalnızca mutlak trigliserid düzeyinin değil, hızlı yükselişin ve bireysel duyarlılığın da klinik tablo üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.Fenofibrat ve atorvastatin kombinasyonu ile serum lipid düzeylerinde belirgin düzelme sağlanmış, buna paralel olarak kutanöz lezyonlarda tam klinik gerileme izlenmiştir. Histopatolojik doğrulama ile birlikte değerlendirildiğinde olgu, lipid düşürücü tedavinin hem biyokimyasal hem de dermatolojik açıdan etkinliğini göstermektedir.Erüptif ksantom, ağır hipertrigliserideminin önemli ancak nadir görülen kutanöz bulgularından biridir. Ani gelişen sarı-turuncu papüllerle başvuran hastalarda serum lipid profilinin değerlendirilmesi tanı ve tedavi açısından kritik öneme sahiptir. Altta yatan dislipideminin etkin şekilde tedavi edilmesi yalnızca kutanöz lezyonların tamamen gerilemesini sağlamakla kalmayıp pankreatit ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalık gibi ciddi komplikasyonların önlenmesine de katkıda bulunmaktadır.

erüptif ksantom



pretibial alandaki sarı turuncu papüller

erüptif ksantom



bacakta yaygın sarı turuncu papüller

Anahtar Kelimeler: Erüptif ksantom, hipertrigliseridemi, dislipidemi

Yayın No: P-202
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Dupilumab İlişkili Papüloskuamöz Erüpsiyon, Likenoid İlaç Erüpsiyonu

Eren ERSUN[1], Arzu KILIÇ[1], Pelin HIZLI[1], İlkay CAN[1], Arzu YILDIRIM ÖZLÜK[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Dupilumab, interlökin (IL)-4 ve IL-13 sinyal yolaklarını inhibe ederek orta ve ağır şiddette atopik dermatit tedavisinde etkinlik gösteren bir monoklonal antikordur. Genel olarak iyi tolere edilmesine rağmen, son yıllarda psöriaziform dermatit, ekzematöz erüpsiyon ve likenoid reaksiyon gibi paradoksal kutanöz yan etkiler bildirilmiştir. Dupilumab ilişkili likenoid ilaç erüpsiyonu oldukça nadir görülmekte olup tanının klinik ve histopatolojik korelasyon ile doğrulanması gerekmektedir.Dupilumab tedavisi sırasında gelişen ve histopatolojik olarak likenoid ilaç erüpsiyonu tanısı alan bir atopik dermatit olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

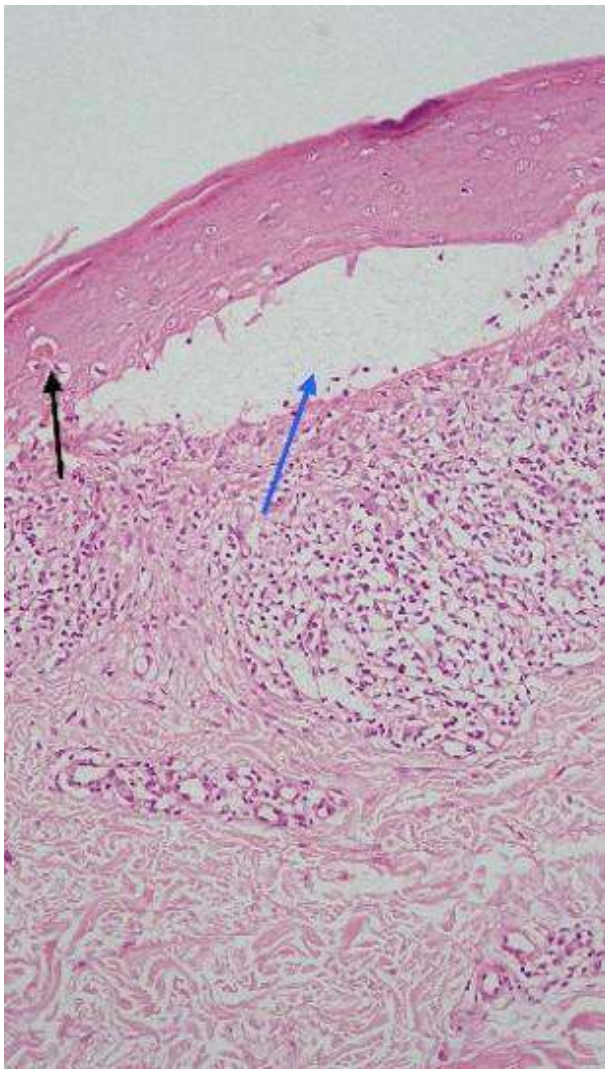
Olgu: Kırk dokuz yaşında kadın hasta, yaklaşık 20 yıldır devam eden yaygın kaşıntı yakınması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Vücuttaki eksoriye papülden alınan punch biyopsi sonucu atopik dermatit ile uyumlu olarak raporlanan hastanın özgeçmişinde ölü doğum öyküsü bulunması nedeniyle Janus kinaz inhibitörü tedavide tercih edilmeyerek dupilumab tedavisi başlandı.Dupilumab tedavisinin 1.ayında, dördüncü doz uygulandıktan 1 hafta sonra hastada yeni başlangıçlı döküntüler gelişmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Düzenli kulandığı başka ilaç öyküsü olmayan hastanın dermatolojik muayenesinde umblikus çevresinde, her iki skapula üzerinde (Resim 1a), bilateral kol ekstansör yüzlerde, bilateral torakolomber bölgede (Resim 1b, 1c) eritemli, skuamlı plaklar ve eksoriye papüller izlendi. Hastanın lezyonlarından ‘dupilumab ilişkili psöriaziform ilaç erüpsiyonu, likenoid ilaç erüpsiyonu ve makülopapüler ilaç erüpsiyonu’ ön tanılarıyla lezyonlardan punch biyopsi alındı. Dupilumab tedavisine ara verilerek hastaya sistemik metilprednizolon tedavisi başlandı. Sistemik kortikosteroid tedavisi doz azaltım şeması ile deri lezyonlarında ve kaşıntı yakınmasında belirgin gerileme gözlendi. Klinikopatolojik olarak hastada ‘dupilumab ilişkili likenoid ilaç erüpsiyonu’ tanısı doğrulandı (Resim 2a, 2b). Takiplerinde sistemik steroid tedavisi sorunsuz şekilde sonlandırıldı ve klinik düzelme izlendi. Dupiluamb tedavisi yeniden başlanmadı.

Resim 1



Her iki skapula üzerinden başlayıp lomber vertebra sağ ve sol lateraline uzanan eritemli skuamlı ekskoriye papüler lezyonlar izlenmekte.

Resim 2



H&E, 200x büyütmede epidermiste hafif ortokeratoz, akantoz hafif spongioz, diskeratotik keratinositler, subepidermal bül, dermiste perivasküler ve interstisyel lenfositik infiltrasyon
Siyah ok: Diskeratotik keratinositler Mavi ok: Subepidermal bül

Sonuç: Dupilumab tedavisi sırasında gelişen yeni başlangıçlı papüloskuamöz erüpsiyonlarda paradoksal likenoid ilaç reaksiyonları ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Atopik dermatit alevlenmesi, psöriaziform erüpsüyon ile karışabilen bu tablo, histopatolojik inceleme yapılmadığında gözden kaçabilmektedir. Naranjo ilaç yan etki olasılık ölçeği kullanılarak mevcut dermatolojik tablonun şüpheli ilaç ile ilişkisinin gösterilmesi ve erken biyopsi ile tanının doğrulanması, sorumlu ilacın kesilmesi ve uygun tedavinin başlanması başarılı klinik sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır. Bu olgu, dupilumab kullanan hastalarda gelişen atipik deri lezyonlarının dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Atopik Dermatit, Dupilumab, Likenoid ilaç erüpsiyonu

Yayın No: P-203
Bildiri Grubu: Genel / Dermatopatoloji

Nadir Yerleşim, De Novo Gelişim ve Dermoskopik-Histopatolojik Korelasyon: Postauriküler Siringokistadenoma Papilliferum

Aygün TALİBOVA[1], Arzu AVCI[2]

[1]Özel Medicana Çeşme Tıp Merkezi
[2]İzmir Tınaztepe Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Siringokistadenoma papilliferum (SKP), apokrin ve/veya ekrin diferansiyasyon gösteren nadir görülen benign adneksiyal bir tümördür. Olguların yaklaşık %40'ı nevus sebaseus zemininde gelişirken, geri kalan olgular normal deri üzerinde de novo olarak ortaya çıkmaktadır. SKP sıklıkla baş-boyun bölgesinde, özellikle saçlı deride izlenmekte olup, postauriküler yerleşim oldukça nadirdir. Dermoskopik özellikleri sınırlı sayıda olguda tanımlanmış olup, özellikle de novo gelişen olgularda tanısal değeri giderek önem kazanmaktadır. Bu olguda, postauriküler yerleşimi ve de novo gelişimi ile dikkat çeken SKP'nin dermoskopik ipuçları ve histopatolojik korelasyonu sunularak atipik lokalizasyonlarda tanısal farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

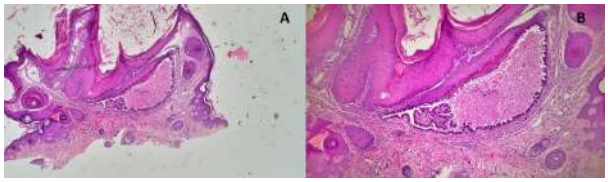
Olgu: Otuz yaşında erkek hasta, sol kulakta son bir aydır giderek büyüyen asemptomatik kitle nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı. Hastanın kendisinde ve ailesinde deri kanseri öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede sol aurikulanın posterosüperiorunda ve retroauriküler sulkus komşuluğunda yaklaşık 0,6 cm çapında, pembe-eritemli, kubbe şeklinde, iyi sınırlı soliter nodüler lezyon izlendi. Lezyonun santralinde keratinöz materyal içeren krateriform çöküklük mevcuttu (Resim-1A).Dermoskopik incelemede santral keratin tıkacı içeren krateriform yapı, çevresinde beyaz koloret ve pembe homojen alanlar ve vasküler yapılar izlendi (Resim-1B). Keratoakantom, skuamöz hücreli karsinom, verruka vulgaris, molluskum kontagiozum ve adneksiyal tümör ön tanılarıyla eksizyonel biyopsi uygulandı. Histopatolojik incelemede epidermis ile devamlılık gösteren, iki sıralı epitel ile döşeli kistik invajinasyonlar ve lümene doğru uzanan papiller proliferasyonlar izlendi. Bulgular siringokistadenoma papilliferum tanısı ile uyumlu olup, lezyonun tamamen eksize edildiği ve cerrahi sınırların salim olduğu saptandı (Resim-2).

Lezyonun klinik ve dermoskopik görünümü



A-sol aurikula posterosüperiorunda pembe-eritemli, iyi sınırlı soliter nodüler lezyon B-santral keratin tıkacı içeren krateriform yapı, pembe homojen alanlar ve vasküler yapılar

Lezyonun patolojisi



A- Papiller dermada kistik yapı, x4, H&E B- Tek sıralı silendirik epitel ve fokal papiller arşitektür, x20, H&E

Sonuç: Siringokistadenoma papilliferum en sık baş-boyun bölgesinde görülmekle birlikte literatürde meme, aksilla, göz kapağı, genital bölge, gluteal bölge, karın, ekstremiteler, dış kulak yolu ve nadiren postauriküler bölge gibi atipik yerleşimler de bildirilmiştir. SKP genellikle nevus sebaseus ile ilişkili olmakla birlikte, olguların önemli bir kısmı normal deri üzerinde de novo gelişmektedir. De novo SKP olgularında dermoskopik olarak santral krater, beyaz yapısız alanlar, parlak beyaz çizgiler ve polimorf vasküler yapıların tanımlandığı bildirilmiştir. Bu bulgular olgumuz ile benzer şekilde literatürde SKP için tanımlanan santral invajinasyon ve çevresel hiperplastik epidermis ile uyumludur. Postauriküler yerleşimli bildirilen olguların bir kısmında nevus sebaseus birlikteliği tanımlanmış olup olgumuzun de novo gelişim göstermesi, nadir lokalizasyonu ve dermoskopik-histopatolojik korelasyonu ile literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Klinik olarak nonspesifik görünümlü lezyonlarda ayırıcı tanıda adneksiyal tümörler akılda tutulmalı, dermoskopi tanıya yardımcı bir yöntem olarak kullanılmalı ve kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: adneksiyal tümör, nevus sebaseus, siringokistadenoma papilliferum

Yayın No: P-204
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Rutin Yerleşim Dışı Demodex Tutulumu: Hiperpigmentasyon ve Auriküler Kaşıntı ile Başvuran İki Olgu

METE DEMİR[1], CEYDA TETİK AYDOĞDU[1]

[1]Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Demodex folliculorum ve Demodex brevis , insan kıl foliküllerinde ve yağ bezlerinde, en sık yanaklarda, çenede, burunda ve göz kapaklarında, özellikle kirpik foliküllerinde yaşayan dış parazitlerdir. Demodex akarları, bakteri, virüs ve mantarlar da dahil olmak üzere çeşitli mikroorganizma topluluklarıyla birlikte deri mikrobiyomunu oluşturur . Bu nedenle, bu parazitler insanlarda herhangi bir semptoma neden olmadan bulunabilir. Demodex akarları çoğaldığında rosacea,akne vulgaris,blefarit, perioral dermatit gibi hastalıklar gelişebilir. Bazı olgularda alışılmış bölgeler dışında yerleşerek atipik klinik tablolar oluşturabilir. Bu olgu sunumunda farklı klinik bulgularla başvuran iki nadir Demodex olgusu sunulmuştur.

Olgu: İlk olgumuz 42 yaş kadın hasta, 1 yıldır bilateral kulak kepçesinin iç kısmında ve tragusta kaşıntı şikayetiyle cildiye polikliniğine başvurdu.Dış kulak yolunda kaşıntısı yoktu.Dermatoskopide demodikozisle uyumlu gözüken foliküler açıklıklarda beyazımsı tıkaçlar gözlendi.Hasta standartize yüzeyel deri biyopsisi yapılmasını kabul etmedi.Mevcut bulgularla hastaya auricular demodicosis tanısı konuldu.Oral doksisiklin ve topikal eritromisin verildi.1 ay sonraki kontrollerde hastanın kaşıntı şikayetleri büyük oranda azalmış gözlendi.İkinci olgumuz yaklaşık 2 yıldır bilateral yanaklarda olan hiperpigmentasyon şikayetiyle cildiye polikliniğine başvurdu.Hastanın yüzünde aktif kaşıntı yoktu, kaşıntıların ara ara olduğunu belirtti.Hastanın ek olarak prurigo nodülaris tanısı da vardı.Daha önceden sistemik steroid ve omalizumab tedavileri de almıştı. Yapılan dermatoskopide demodikozisle uyumlu gözüken foliküler açıklıklarda beyazımsı tıkaçlar gözlendi.Standartize yüzeyel deri biyopsisinde 1cm2 lik alanda 25 adet demodex akarı gözlendi.Hastaya demodikozise bağlı hiperpigmentasyon tanısı konuldu.Topikal metronidazol ve topikal azeleik asit tedavisi başlandı.

Figür-1



demodikozise bağlı auricular kaşıntı

Figür-2



Demodikozise bağlı hiperpigmentasyon

Sonuç: Demodex folliculorum ve Demodex brevis , insan kıl foliküllerinde ve yağ bezlerinde, en sık yanaklarda, çenede, burunda ve göz kapaklarında, özellikle kirpik foliküllerinde yaşayan dış parazitlerdir. Demodex akarları çoğaldığında rosacea,akne vulgaris,blefarit, perioral dermatit gibi hastalıklar gelişebilir Demodex enfestasyonu, klasik yerleşim alanları dışında da farklı klinik bulgularla ortaya çıkabilmektedir. Açıklanamayan lokalize kaşıntı ve pigmentasyon değişikliklerinde Demodex tutulumu ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Bu iki olgu, Demodex'in yalnızca eritem ve papülopüstüler lezyonlarla değil, hiperpigmentasyon ve auriküler kaşıntı gibi daha nadir bulgularla da prezente olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: demodikozis, auricular kaşıntı, hiperpigmentasyon

Yayın No: P-205
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Kronik Prurigo Benzeri Papüllerle Seyreden Prebüllöz Büllöz Pemfigoid ve Omalizumab Sonrası Paradoksal Kötüleşme

Taha Hakan Akbulut[1], Ozan Erdem[1], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]Medeniyet Üniversitesi Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Büllöz pemfigoid (BP), genellikle kaşıntılı ürtikeryal plakların ardından gelişen ve gergin büllerle seyreden otoimmün subepidermal büllü bir hastalıktır. Ancak prebüllöz dönemde aylar veya yıllar boyunca yalnızca kronik pruritus ve özgül olmayan inflamatuvar lezyonlar görülebilir; bu durum tanının gecikmesine yol açabilir. Bu olgu sunumunda, bül gelişimi olmaksızın kronik prurigo benzeri papüllerle seyreden ve omalizumab tedavisi sonrasında paradoksal olarak kötüleşen prebüllöz BP olgusu sunulması amaçlandı.

Yöntem: Elli dokuz yaşında erkek hasta, iki yıldır devam eden şiddetli kaşıntı yakınmasıyla başvurdu. Dermatolojik muayenede sırt, omuzlar, üst ve alt ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde yaygın tarzda, ekskoriye olmuş,eritematöz-viyolase papüller izlendi. Hastanın omuz bölgesinde eşlik eden yer yer ürtikeryal tarzda, eritemli, belli belirsiz plaklar da görüldü. Klinik olarak bül saptanmadı. Hastaya yapılan muayenede silyon ve mite görülmedi ancak hastaya skabiyezi dışlamak amaçlı topikal permetrin ve oral ivermektin uygulandı. Tedaviye rağmen klinik yanıt alınmadı. Özgeçmişinde astım bulunan hastanın, periferik eozinofil oranı %12,8, total IgE düzeyi 2706IU/mL olarak saptandı. Hastadan yapılan histopatolojik incelemede hafif spongiyoz, perivasküler lenfoplazmasitik infiltrasyon ve dağınık eozinofiller görüldü; histopatolojide bül görülmedi. Direkt immünofloresan incelemede ise dermoepidermal bileşke boyunca lineer IgG birikimi (2+) saptandı. Hastanın serumundan çalışılan indirekt immünofloresan incelemede BP180 pozitif bulunmasıyla hastaya prebüllöz BP tanısı konuldu. Eşlik eden astım ve yüksek IgE düzeyi nedeniyle hastaya Omalizumab 300 mg uygulandı; ancak bir hafta içinde kaşıntı ve deri lezyonlarında belirgin kötüleşme gelişmesi üzerine tedavi sonlandırıldı. Hastanın tedavisine topikal klobetazol propiyonat ile devam edildi; ikinci haftada hastanın kaşıntı ve lezyonlarında klinik düzelme sağlandı. Hastanın yaklaşık bir yıllık izlem süresince çeyrek tüp/gün topikal klobetazol propiyonat tedavisiyle bül gelişimi olmadı.

Gövde ön yüz



Gövde ön yüzde yaygın ekskoriye,eritematöz papüller

Sırt bölgesi



Sırt ve omuzlarda yaygın ekskoriye, eritematöz papüller

Bulgular ve Sonuç: Prebüllöz BP, bül oluşmadan uzun süre kronik prurigo benzeri papüllerle seyredebilir ve rutin histopatoloji tanısalolmayabilir. Eozinofili ve yüksek total IgE düzeyinin eşlik ettiği dirençli kaşıntıda, bül bulunmasa bile prebüllöz BP ayırıcı tanıda düşünülmeli; direkt immünofloresan ve BP180 ile tanı desteklenmelidir. BP olgularında omalizumab kullanımı sonrasında paradoksal kötüleşme, literatürde nadiren bildirilmiştir.Omalizumab sonrası kötüleşme bazı BP olgularında hastalığın IgE'den ziyade IgG-kompleman ve eozinofilik inflamasyon ekseniyle sürmesi nedeniyle IgE blokağının yetersiz kalmasına bağlı olabilir. Bu olgu sunumu, atipik klinik prezentasyonların tanınmasının ve biyolojik tedavi planlanan hastaların yakından izlenmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: büllöz pemfigoid, kronik prurigo, omalizumab

Yayın No: P-206
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Nilotinib Tedavisi ile İlişkili Keratozis Pilaris Benzeri Erüpsiyon: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Çelik[1], nagehan çepik[1]

[1]gazi yaşargil eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş ve Amaç: Nilotinib, kronik miyeloid lösemi (KML) tedavisinde kullanılan bir tirozin kinaz inhibitörüdür. Tedavi sırasında çeşitli kutanöz advers reaksiyonlar görülebilmekle birlikte, keratozis pilaris benzeri erüpsiyonlar daha nadir karşılaşılan dermatolojik yan etkiler arasındadır. Bu olguda nilotinib tedavisi sırasında gelişen yaygın keratozis pilaris benzeri kutanöz erüpsiyon sunulmaktadır.

Yöntem: Kronik miyeloid lösemi tanısıyla nilotinib tedavisi alan ve tedavi sürecinde yeni gelişen kaşıntılı foliküler keratotik lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvuran kadın hasta klinik olarak değerlendirildi. Hastanın dermatolojik muayene bulguları, ilaç öyküsü ve lezyonların dağılım özellikleri incelendi. Klinik ön tanının desteklenmesi ve ayırıcı tanı amacıyla deri biyopsisi planlandı.

Bulgular ve Sonuç: Kronik miyeloid lösemi tanısıyla nilotinib tedavisi almakta olan kadın hasta; gövde ön ve arka yüzünde, kollarda ve daha az oranda bacaklarda gelişen kaşıntılı deri lezyonları nedeniyle dermatoloji kliniğine değerlendirildi. Dermatolojik muayenede özellikle gövde ve üst ekstremitelerde belirgin olmak üzere foliküler yerleşimli, keratotik papüller izlendi (Şekil 1). Klinik görünüm keratozis pilaris benzeri erüpsiyon ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın mevcut nilotinib kullanımı göz önüne alındığında, nilotinibe bağlı keratozis pilaris benzeri kutanöz ilaç reaksiyonu ön tanısı düşünüldü. Tanının desteklenmesi ve ayırıcı tanının yapılabilmesi amacıyla belirgin lezyonlardan deri biyopsisi alındı ve tanı doğrulandı. Nilotinib kullanan hastalarda keratozis pilaris benzeri erüpsiyon gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Dermatolojik yan etkilerin erken tanınması, hastaların semptomlarının yönetilmesi ve antineoplastik tedavinin devamına ilişkin multidisipliner karar sürecinin doğru şekilde yürütülmesi açısından önem taşımaktadır.

şekil 1



Anahtar Kelimeler: Nilotinib, kronik miyeloid lösemi, keratozis pilaris

Yayın No: P-207
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoskopi

Tırnak Psoriazisinde Onikoskopi: Patern Analizi ve İki Basamaklı Tanısal Algoritma

Ahu Yorulmaz[1]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Oldukça zengin klinik bulgulara sahip olan tırnak psoriazisi; başta distrofik bozukluklar, onikomikoz ve diğer inflamatuar tırnak hastalıkları olmak üzere çok sayıda farklı tablo ile kolaylıkla karışabilmektedir. Buna karşın, tırnak psoriazisi kendine özgü morfolojik paternler sergiler. Onikoskopi, bu paternlerin net olarak ortaya konmasını sağlayan en etkili tanısal yaklaşımdır. Klinik triajda son derece hızlı ve güvenilir bir yöntem olmasına rağmen, onikoskopi tırnak psoriazisi tanısında halen sınırlı düzeyde kullanılmaktadır. Oysa bu non-invaziv yaklaşım, sık karşılaşılan tırnak hastalıklarının değerlendirilmesinde invaziv tırnak ünitesi biyopsisine güvenli bir alternatiftir. Bu çalışmada, tırnak psoriazisinin onikoskopik paternlerini tanımlayıp sınıflandırmak, bu paternlerin hastalık şiddeti ve psoriatik artrit riski ile ilişkisini değerlendirmek ve tırnak psoriazisi tanısında patern analizine dayalı iki basamaklı bir algoritma geliştirmek hedeflenmiştir.

Yöntem: Bir yıl süren bu prospektif çalışmaya tırnak psoriazisi olan 208 hasta ve 418 kontrol olgusu dahil edilmiştir. Çalışma grubunun demografik ve klinik özellikleri ayrıntılı olarak değerlendirilmiş; tırnak yatağı ve matriksine ait onikoskopik bulgular sistematik olarak incelenmiştir. Patern analizinde yağ damlası, splinter hemoraji, eritemli kenarın eşlik ettiği onikoliz, subungual hiperkeratoz, tırnak yatağında kırmızı benekler, benekli lunula, pitting, yağ damlaları üzerinde pitting, longitudinal çizgilenmeler, lökonişi, Beau çizgileri, kalın sarı tırnak plağı ve tırnak plağında ufalanma değerlendirmeye alınmıştır.Tespit edilen iki ana patern, Yatak-Matriks paterni ve psoriyatik trakionişi paterni olarak sınıflandırılmıştır. Tırnak yatağı ve matriks bulgularının birlikte görüldüğü olgular Yatak-Matriks paterni olarak değerlendirilmiştir. Tırnaklarda kabalaşma ve pitting saptanan hastalar ise psoriyatik trakionişi grubuna dahil edilmiştir. Bu grupta tırnak yatağı bulguları eşlik edebilmekle birlikte, paterni oluşturan temel bulguların tırnak matriksi ile ilişkili olduğu görülmüştür.Patern ve alt patern analizlerinin ardından, tanımlanan bu paternlerin klinik hastalık şiddeti ve psoriatik artrit riski ile korelasyonlarını değerlendirmek amacıyla istatistiksel incelemeler yapılmıştır. Tanısal karar ağacı, prospektif olarak toplanan onikoskopik değişkenlerden oluşturulmuştur.

Bulgular ve Sonuç: Hastaların 84'ünde (%40.4) aile öyküsü, 73'ünde (%35.1) psoriatik artrit tespit edilmiştir. Hastaların ortanca Psoriasis Alanı ve Şiddet İndeksi (PASİ) değeri 8 (çeyrekler arası aralık [ÇAA]: 3.43–13.2), Tırnak Psoriasisi Şiddet İndeksi (NAPSİ) değeri ise 30 (ÇAA: 18–49.5) olarak bulunmuştur. Hasta grubunda en sık tespit edilen onikoskopik bulgu splinter hemoraji [n=202 (%97.1)] olup, bunu eritemli kenarın eşlik ettiği onikoliz [n=201 (%96.6)] ve pitting [n=198 (%95.2)] izlemiştir.Ana patern analizinde Yatak-Matriks paterni 148 hastada

(%71.2), trakionişi paterni ise 60 hastada (%28.8) saptanmıştır. Trakionişi paterni, daha yüksek genel psoriasis şiddet skorları ve artmış psoriatik artrit riski ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Kontrol grubunda en yaygın bulgu tırnak yatağının longitudinal eritemi olmakla birlikte, karşılaştırmalı analizlerde lökonişi bulgusu olanların içinde kontrol grubunun daha fazla olduğu görülmüştür. İki basamaklı karar ağacında öne çıkan ayırt edici değişkenler ayrıca değerlendirilmiştir.Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, tırnak psoriazisinde onikoskopik patern analizine dayalı iki basamaklı tanısal bir algoritma sunmaktadır. Bulgularımız, pratik, hızlı ve non-invaziv bir yöntem olan onikoskopinin klinik triajda güvenle kullanılabileceğini göstermektedir. Önerilen paterne dayalı yaklaşım, tipik klinik sunuma sahip olgularda histopatolojik inceleme gereksinimini azaltabilir ve klinisyenlerin tırnak psoriazisi tanısını destekleyebilir. Ayrıca, trakionişi paterninin saptanması artmış psoriatik artrit riski açısından değerli bir klinik belirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: tırnak psoriazisi, onikoskopi, algoritma

Yayın No: P-208
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

POPÜLERLEŞEN KETOJENİK DİYETİN DERİDEKİ NADİR YANSIMASI: PİGMENTASYON GELİŞMEDEN YAKALANAN PRURİGO PİGMENTOZA

Fatma Zorlu Küçükkaya[1], İbrahim Halil Yavuz[1], Zafer Türkoğlu[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Prurigo pigmentoza, çoğunlukla adölesan ve genç erişkin kadınlarda görülen; ani gelişen, kaşıntı, yanma veya ağrının eşlik edebildiği eritemli papüllerin retiküler dizilim göstermesi ve gerilerken ağsı hiperpigmentasyon bırakmasıyla karakterize nadir bir inflamatuvar dermatozdur. Lezyonlar tipik olarak ense, presternal–intermammarian alan ve sırtta simetrik yerleşir. Histopatolojik görünüm lezyonun evresine göre değişmekte; erken inflamatuvar dönemde nötrofilik infiltrasyon, papiller dermal ödem ve epidermal hasar ön plana çıkmaktadır.Etiyopatogenezi tam açıklanamamakla birlikte ketozis; ketojenik diyet, uzun süreli açlık, hızlı kilo kaybı ve kontrolsüz diyabetle ilişkili başlıca tetikleyicilerden biridir. Ketojenik diyetlerin kilo verme amacıyla yaygınlaşmasıyla, diyetle ilişkili prurigo pigmentoza olguları giderek daha fazla tanınmaktadır. Bu olgu, klasik retiküler pigmentasyon henüz gelişmeden tanı konulan erken inflamatuvar dönem prurigo pigmentozayı sunmak ve ayrıntılı beslenme anamnezinin tanısal önemini vurgulamak amacıyla paylaşılmıştır.

Olgu: On dokuz yaşında kadın hasta, göğüs ve sırtında beş gün önce ani başlayan, ağrılı ve hafif kaşıntılı döküntülerle başvurdu. Bilinen sistemik hastalık, ateşli hastalık ve düzenli ilaç kullanım öyküsü yoktu. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın lezyonların başlangıcından 19 gün önce kilo verme amacıyla ketojenik diyete başladığı öğrenildi.Dermatolojik muayenede presternal ve intermammarian alan, ense, omuzlar, üst-alt sırt ve lumbosakral–gluteal bölgede simetrik yerleşimli, bazı alanlarda birleşerek retiküler dizilim oluşturan eritemli ve yer yer krutlu papüller izlendi. Belirgin retiküler hiperpigmentasyon henüz gelişmemişti. Wood lambası incelemesinde patolojik floresans saptanmadı. Ayırıcı tanıda prurigo pigmentoza, konfluent ve retiküler papillomatozis, PLEVA ve pigmente kontakt dermatit düşünüldü.Laboratuvar incelemelerinde hafif üre yüksekliği dışında anlamlı patoloji saptanmadı. Aktif papülden alınan 4 mm punch biyopside fokal epidermal spongiyoz, nötrofil ekzositozu, dağınık nekrotik/dizkeratotik keratinositler, papiller dermal ödem ve yüzeyel perivasküler–interstisyel nötrofil ağırlıklı infiltrasyon izlendi. Klinik ve histopatolojik bulgular erken dönem prurigo pigmentoza ile uyumlu değerlendirildi. Hastaya doksisiklin 100 mg günde iki kez başlandı; ketojenik diyeti sonlandırması ve karbonhidrat içeren dengeli beslenmeye geçilmesi önerildi.

Foto 1.



Presternal ve intermammarian bölgede simetrik yerleşimli, yer yer retiküler dizilim gösteren eritemli papüller; erken inflamatuvar dönem prurigo pigmentoza görünümü.

Foto 2.



Ense, omuzlar, üst ve alt sırt ile lumbosakral–gluteal bölgede simetrik yerleşimli, yer yer birleşerek retiküler görünüm oluşturan yaygın eritemli papüller.

Sonuç: Ketojenik diyet uygulayan genç hastalarda gövdede ani gelişen, simetrik, semptomatik ve retiküler dizilim eğilimindeki eritemli papüller, karakteristik hiperpigmentasyon henüz oluşmamış olsa dahi prurigo pigmentozayı düşündürmelidir. Olgumuz; hastalığın adını veren retiküler hiperpigmentasyon gelişmeden, erken inflamatuvar dönemde tanınması; geniş anatomik dağılım göstermesi ve tanının aktif papülden alınan biyopsiyle desteklenmesi açısından öğreticidir. Erken tanı, gereksiz veya etkisiz tedavilerin önlenmesine, ketotik tetikleyicinin hızla ortadan kaldırılmasına ve uzun süre devam edebilen postinflamatuvar pigmentasyonun sınırlandırılmasına katkı sağlayabilir. Retiküler papüler bir döküntüde sorulacak tek bir beslenme sorusu, tanıya giden yolu bütünüyle değiştirebilir.

Anahtar Kelimeler: hiperpigmentasyon, ketojenik diyet, retiküler

Yayın No: P-209
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Nadir Görülen Bir Lokalize Cutis Marmorata Telangiectatica Congenita Olgusu: Erken Dönem Multidisipliner Değerlendirmenin Önemi

İrem Özcan[1], Adil Özcanlı[1], Alp Can Erkiner[1], Hilal Cengiz Coşkun[2], Bengisu Özarslan Ercis[1], Savaş Yaylı[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Koç Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Cutis marmorata telangiectatica congenita (CMTC), nadir görülen konjenital bir kapiller malformasyondur. Tanı, Kienast ve Hoeger (2009) tarafından önerilen kriterlere dayanır: konjenital retiküle eritem, venektazi yokluğu ve lokal ısıtmaya yanıtsızlıktan oluşan üç majör kriter ile atrofi, telanjiektazi, ülserasyon, port-wine stain ve iki yaş içinde solmadan oluşan beş minör kriterden en az ikisinin birlikteliği aranır. Lezyonlar olguların büyük çoğunluğunda alt ekstremiteleri tutan lokalize formda görülür; generalize form daha nadir olup Adams-Oliver sendromu ile ilişkilendirilebilir. Güncel bir sistematik derlemede hastaların yarısında komorbid bir bozukluk saptanmış olup bunlar arasında en sık oftalmolojik anomaliler bildirilmiş, ayrıca olguların üçte birinde ekstremite asimetrisi tanımlanmıştır; daha nadiren konjenital kalp hastalığı, nörolojik anomali ve karaciğer enzim yüksekliği bildirilmiştir. Buna karşın lokalize formda ekstremite asimetrisi dışındaki viseral anomalilerin nadir görülüp CMTC ile gerçek bir ilişkiden çok rastlantısal olabileceği bildirilmektedir. Bu bildiride, tanı kriterlerini karşılayan lokalize CMTC olgusu sunularak erken dönemde sistemik komorbidite taramasının önemi vurgulanmıştır.

Olgu: : Maternal hastalık veya ilaç kullanım öyküsü olmayan gebelikten, 38+3 gestasyon haftasında sezaryen ile, gestasyon haftasına uygun ağırlık ve boyda doğan; başvuru anında kronolojik yaşı 2 ay 22 gün olan erkek hasta, doğumdan itibaren sol alt ekstremitesindeki mor renk değişikliği nedeniyle değerlendirildi. Baş çevresi 39,5 cm olup yaşına göre %50–75 persentil aralığında saptandı ve makrosefali izlenmedi. Fizik muayenede sol uyluk ve bacak ön yüzünde lineer, lividi-viyolese, fokal kutanöz atrofinin eşlik ettiği retiküler plaklar ve diz üzerinde yaklaşık 2 cm çapında atrofik mor plak izlendi (Figür 1a, b). Ayrıca sol torakolomber bölgede yaklaşık 1 cm genişliğinde retiküler telanjiektazi mevcuttu (Figür 1c). Ülserasyon ve port-wine stain saptanmadı. Oksipital alanda nevus flammeus (Figür 1d) ve saçlı deride seboreik dermatit mevcuttu. Lezyonlar orta hattı geçmeyen, tek taraflı ve sınırlı bir dağılım göstermekteydi. Seri fotoğraflarda lezyonlarda kısmi solma eğilimi izlenirken, lokal ısıtmayla belirgin düzelme gözlenmedi. Bilateral ekstremite boy ve çevre ölçümlerinde asimetri saptanmadı. Doppler ultrasonografide arteriyovenöz veya venöz malformasyon ile hemanjiyom izlenmedi. Yumuşak doku ultrasonografisinde lezyonlar çevresinde, özellikle diz bölgesinde kutanöz atrofi ile uyumlu değişiklikler izlendi. Hasta, üç majör kriter ile minör kriterlerden atrofi ve telanjiektaziyi karşılaması nedeniyle klinik olarak CMTC tanısı aldı. Oftalmolojik, kardiyolojik ve nörolojik değerlendirmeler ile karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Olgumuzun lokalize paternde seyretmesi ve ekstremite defekti veya aplasia cutis congenita saptanmaması

nedeniyle Adams-Oliver sendromu düşünülmedi. Aile öyküsünde benzer hastalık, genetik hastalık veya akraba evliliği bulunmuyordu.

Figür 1



Figür 1. (a, b) Sol alt ekstremitede fokal kutanöz atrofinin eşlik ettiği lineer, lividi-viyolese retiküler plaklar ve diz üzerinde yaklaşık 2 cm çapında atrofik mor plak. (c) Sol torakolomber bölgede retiküler telanjiektatik lezyon. (d) Oksipital bölgede nevus flammeus.

Sonuç: Sunduğumuz olgu, Kienast ve Hoeger tanı kriterlerini karşılayan, lokalize paternde seyreden bir CMTC örneğidir. Lokalize CMTC genel olarak iyi seyirli olmakla birlikte, güncel literatür asemptomatik olgularda dahi düzenli izlemi önermektedir; bu kapsamda deri bulgularının ülserasyon açısından yakın takibi, iskelet matürasyonuna kadar yıllık ekstremite boy/çevre ölçümü ve ilk dört yıl altı ayda bir, sonrasında yıllık göz içi basıncı ölçümü içeren oftalmolojik değerlendirme önerilmektedir. Olgumuzda başlangıç değerlendirmesinde sistemik tutulum saptanmamış olmakla birlikte, olası geç dönem ekstremite asimetrisi ve nadir de olsa eşlik edebilecek anomaliler açısından düzenli multidisipliner izlemin önemi bir kez daha ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Cutis marmorata telangiectatica congenita, konjenital vasküler malformasyon, multidisipliner değerlendirme

Yayın No: P-210
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Granüloma Annulareyi Taklit Eden El Dorsumu Yerleşimli Annüler Elastolitik Dev Hücreli Granülom: Olgu Sunumu

Merve Kafes[1], Ubeyt Akif Altun[1], Fatma Nur Kutlu[1], Atiye Akbayrak[1], Ömer Kutlu[1], Hilal Alpkılıç Güler[2], Süleyman Özdemir[2]

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,Tokat
[2]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı,Tokat

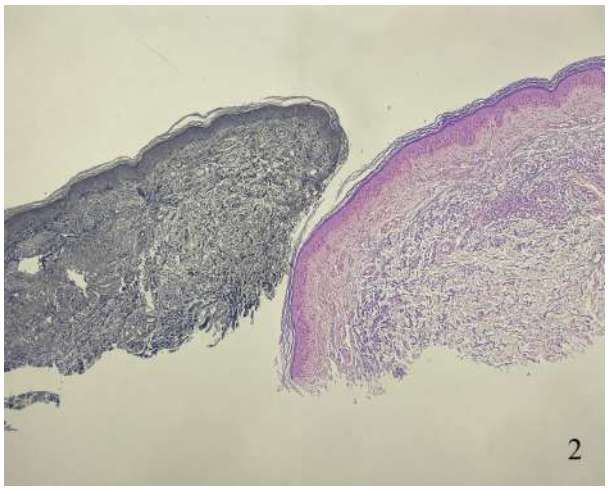
Giriş ve Amaç: Annüler dev hücreli elastolitik granülom (AEDHG), çoğunlukla 35–75 yaş arasındaki erişkinlerde görülen, santrali soluk veya atrofik, periferi eritemli ve deriden kabarık annüler plaklarla karakterize nadir, kronik inflamatuvar bir dermatozdur (1).Etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, elastik liflerde meydana gelen değişikliklerin immün yanıtı tetiklediği düşünülmektedir (2).Lezyonların güneşe maruz kalan alanlarda sık görülmesi ultraviyole radyasyonun patogenezde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Ancak güneşten korunmuş bölgelerde de gelişebilmesi, immünolojik ve çevresel faktörlerin de hastalık gelişiminde etkili olabileceğini göstermektedir (3,4).Klinik olarak granüloma annulare başta olmak üzere çeşitli annüler dermatozları taklit edebilmesi nedeniyle ayırıcı tanıda akılda tutulmalı, kesin tanı histopatolojik inceleme ile doğrulanmalıdır (1,2).

Yöntem: Olgu 64 yaşında kadın hasta,her iki el üzerinde yaklaşık iki aydır olan kızarıklık ve kabarıklık yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral el dorsumunda, santrali soluk/atrofik görünümde, periferi eritemli ve deriden kabarık annüler plaklar izlendi.(Resim-1.)Sistemik hastalık, düzenli ilaç kullanımı öyküsü bulunmuyordu.Lezyonların kronik UV maruziyetine açık olan el dorsumunda bilateral yerleşim göstermesi dikkat çekiciydi. Granüloma annulare, AEDHG, kutanöz sarkoidoz ön tanılarıyla tanısal amaçla sağ el dorsumundaki plağın periferinden punch biyopsi alındı. Histopatolojide yüzeyel dermiste, elastik Van Gieson boyasıyla gösterilen elastik lif kaybının(Resim-2) eşlik ettiği yabancı cisim tipi multinükleer dev hücre infiltrasyonu, perivasküler-interstisyel lenfositik inflamatuvar infiltrasyon saptandı.(Resim-2)İnflamatuvar infiltrasyonun bulunmadığı alanlarda elastik lif kaybı izlenmedi.Yüzeyel dermiste solar elastoz dikkati çekti.Klinik ve histopatolojik bulgular değerlendirildiğinde olgu,AEDHG ile uyumlu bulundu.Topikal klobetazol-17 propiyonat ve güneşten koruma önerilen hasta, kontrol takiplerine gelmedi.

Resim-1. Sağ ve Sol El Dorsalinde Eritemli Annuler Plak



Resim-2.Dejenere elastik lifleri fagosite etmiş multinükleer dev hücreye ait resim (x40,.Elastik Van Gieson),Multinükleer dev hücre infiltrasyonu, perivasküler-interstisyel lenfositik inflamatuvar infiltrasyon(x100,Hematoksilen Eosin)



Bulgular ve Sonuç: TartışmaAEDHG, 1975 yılında O'Brien tarafından tanımlanan, nadir görülen ve etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış granülomatöz bir dermatozdur. Başlangıçta "aktinik granülom" olarak adlandırılması, hastalığın kronik ultraviyole (UV) maruziyeti ve aktinik elastik doku hasarı ile ilişkili olabileceği görüşüne dayanmaktadır. Ancak güneşten korunmuş alanlarda da benzer lezyonların tanımlanmış olması, çevresel, immünolojik ve metabolik faktörlerin de patogeneze katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir (5). UV radyasyonu ve diğer tetikleyici faktörlerin dermal elastik liflerde yapısal ve antijenik değişikliklere yol açtığı; bunun da hücresel immün yanıtı tetikleyerek granülomatöz inflamasyonu başlattığı düşünülmektedir. Histopatolojide tipik olarak dermiste palizatlanma göstermeyen granülomatöz inflamasyon, histiyositler ve çok sayıda multinükleer dev hücre görülmektedir. Dev hücre sitoplazmalarında elastik lif parçalarının gösterilmesi (elastofagositoz) ve granülom alanlarında elastik liflerin belirgin azalması veya kaybolması tanı açısından en karakteristik bulgulardır (6). Ayırıcı tanıda granüloma annulare, nekrobiyozis lipoidika, kutanöz sarkoidoz ve subakut kutanöz lupus eritematozus gibi annüler dermatozlar yer alır. Özellikle

granüloma annulare ile klinik ve histopatolojik benzerlikler nedeniyle ayrım güç olabilir. AEDHG'de elastik lif kaybı, elastofagositoz ve multinükleer dev hücreler ön plandayken; granüloma annularede kollajen dejenerasyonu, palizatlanan histiyositler ve dermal müsin birikimi tipik bulgulardır. (7).Hastalığın nadir görülmesi nedeniyle standart bir tedavi yaklaşımı bulunmamaktadır. Topikal ve intralezyonel kortikosteroidler, antimalaryaller, sistemik retinoidler, dapson, siklosporin ve fototerapi ile değişken tedavi yanıtları bildirilmiştir. Son yıllarda metotreksat, minosiklin ve doksisiklin gibi tedavilerle başarılı sonuçlar bildirilmiş olmakla birlikte, kontrollü çalışmaların yetersiz olması nedeniyle tedavi hasta bazında planlanmalıdır (7,8). SonuçBu olgu, granüloma annulareyi taklit eden annüler lezyonlarda, özellikle güneşe maruz kalan bölgelerde yerleşim gösteren olgularda, AEDHG'nin ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: annüler elastolitik dev hücreli granülom, granüloma annülare, aktinik granülom

Yayın No: P-211
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Büllöz pemfigoid olan hastada tam kalınlıklı deri greft tutulumu

Alper Alyanak[2], Volkan Ergovanlı[2], Öykü Öcal[2], Ali Karakuzu[2]

[1]İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Büllöz pemfigoid (BP) en sık görülen otoimmün büllü hastalıktır. BP'nin etiyolojisinde genetik yatkınlık, immün düzensizlik, yaşa bağlı cilt bariyeri bozulması ve çeşitli çevresel tetikleyiciler (ilaçlar, fiziksel travma, enfeksiyonlar, nörolojik komorbiditeler ve aşılar) yer almaktadır. Cerrahi işlem sonrası ortaya çıkan antijenlerin sorumlu olabileceği belirtilmektedir. Literatürde çoğunlukla kısmi kalınlıkta greft ile ilgili BP olguları bildirilmiş olup tam kalınlıklı deri grefti sonrası greft bölgesinde erozyon gelişen büllöz pemfigoidli olgumuzu sunduk.

Yöntem: 80 yaşında kadın hasta deride içi su dolu kabarcıklar ve yaralar şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde kronik böbrek yetersizliği ve 4 yıl önce bazal hücreli karsinom orbital invazyonu nedeniyle orbital ekzenterasyon öyküsü vardı. Kullandığı sistemik ilaç yoktu. 1 yıl önce her iki bacakta başlayan kabarcıklar yer yer kollara, gövdeye ve saçlı derideki greft bölgesine yayılmıştı. Karından alınan biyopsi ve direkt immünofloresans incelemede subepidermal ayrışma ve bazal membran boyunca lineer IgG ve kompleman 3 birikimi tespit edilerek büllöz pemfigoid tanısı konulmuştu. 1 yıl önce topikal klobetazol pomad, sistemik steroid ve omalizumab tedavisi ile şikayeti 2 ay içinde geçmişti. Şikayetinin tekrarlaması üzerine yatırıldı. Muayenede her iki uylukta, karında büller ve erozyonlar, saçlı deride erozyon tespit edildi (resim 1). Vücut toplam tutulum alanı %10 kadardı. Saçlı deride orbitayı kapatmak için flep çevrilen bölgenin periostu üzerine konulan 6 cm x 5cm tam kalınlıkta deri grefti üzerinde erozyon mevcuttu. Hasta bu bölgedeki yaranın 1 yıl öncekine benzer şekilde derideki diğer yaralarla beraber olduğunu ve daha geç kapandığını belirtti. Sistemik steroid (prednizolon) 30 mg/gün, topikal steroid ve omalizumab tedavisi ile karın ve uyluktaki erode kısımlar epitelize oldu. Greft bölgesindeki erozyon yaklaşık %15 epitelize oldu (resim 2). Hastanın takibi ve tedavisi halen devam etmektedir.

resim 1



resim 2



Bulgular ve Sonuç: Büllöz pemfigoid, deri grefti uygulamasından sonra gelişebilir ve bildirilen vakalar çoğunlukla kısmi kalınlıkta greftlerle ilgilidir. Literatürde, BP'nin greft alıcı bölgelerinde, verici bölgelerinde veya her ikisinde de ortaya çıktığı, diğer bölgelerde de lezyonlar gelişebildiği ve başlangıcının ameliyattan haftalar ile on yıllar sonrasına kadar değişebildiği belirtilmektedir. Patogenezde dermoepidermal bileşkenin hasara uğrayıp antijenlerin açığa çıkmasının rol oynayabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, daha önce hasarlanmış derideki lokal immün düzensizliğin otoimmün büllü hastalığa yatkınlık oluşturduğu "immün yetmezlikli bölge" kavramı da önerilmiştir. Bizim hastamızda greft bölgesindeki erozyonun diğer bölgedekilerle birlikte oluştuğu için daha çok greft bölgesinin "immün yetmezlikli bölge" ile uyumlu olduğu düşünülmüştür. Ayrıca tam kalınlıklı deri grefti bölgesinde, dermoepidermal bölge hasarının

kısmi kalınlıklı olana göre daha zor olabileceği öngörülmekle birlikte teorik olarak bu bölgenin de hasara uğrayabileceği belirtilmektedir. Bilinen BP tanısı konmuş hastaları tedavi eden cerrahların, dermoepidermal birleşim iyileşmesine olan bağımlılığı en aza indirmek için deri greftleri yerine fasyokutanöz flepleri tercih etmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: büllöz pemfigoid, tam kalınlıkta deri grefti

Yayın No: P-212
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Fiks İlaç Erupsiyonu Benzeri Lezyonlarla Kendini Gösteren Progesteron Hipersensitivitesi: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Ali Yıldırım[1]

[1]Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Progesteron hipersensitivitesi(PH), endojen veya ekzojen kökenli progesteron hormonuna karşı gelişen, çoğunlukla cilt bulgularıyla karakterize ancak gastrointestinal, respiratuvar semptomlar ve anaflaksi gibi reaksiyonların da görülebildiği heterojen bir kliniktir. Gelişen cilt bulguları, spesifik olmayıp; ürtiker, anjiyoödem, ekzamatöz dermatit, vezikulobüllöz lezyonlar, mukozal lezyonlar gibi çok çeşitlidir. Endojen PH kliniğinin en belirgin özelliği ise semptomların menstrual siklusla bağlantılı olarak dalgalanma göstermesi, progesteron düzeyinin en yüksek olduğu, özellikle menstruasyondan önceki hafta içinde en üst seviyeye çıkmasıdır(1). Günlük pratikte oldukça nadir karşılaşıldığı düşünülen PH, spesifik lezyon olmaması ve bulguların menstrual siklusla ilişkilendirilememesi nedeniyle gerçekte olduğundan az saptanıyor olabilir. Gözden kaçabilecek bu kliniği hatırlatması amacıyla, daha nadir bir prezentasyon tipi olan fiks ilaç erupsiyonuna benzeyen lezyonlarla kendini gösteren bir PH vakası sunulmuştur.

Olgu: 21 Yaşında kadın hasta, yanma tariflediği döküntüyle başvurdu. Bir yıldır şikayetlerinin devam ettiği, daha önce alerji ve ürtiker olduğunun söylendiği ve kullandığı antihistaminik, topikal steroidlerle şikayetlerinin tamamen kaybolmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede her iki elinde eritemli-viyolase plaklar(fotoğraf-1a) kollarında, boynunda ve alnında benzer görünümde değişik boyutlarda plaklar görüldü. Yüzündeki ve boynundaki lezyonların kaybolup tekrar çıktığı ancak üst ekstremitelerdekilerin sadece solup zamanla tekrar kızarıklığının arttığı öğrenildi. Lezyonların görünümü generalize fiks ilaç erupsiyonuna benzediğinden, kullandığı ilaçlar sorgulandı ancak hasta düzenli bir ilaç kullanmadığını ek hastalığı olmadığını belirtti. Laboratuvar sonuçları normal sınırlardaydı. PH'yi düşündüren en önemli ipucu hastanın lezyonlarının adet öncesi arttığını, sonrasında azalma gösterdiğini belirtmesi oldu. Progesteron ilişkili dermatit düşünülen hastaya tanıyı desteklemesi amacıyla 50mg/ml progestan içeren preperat 1:10 oranında serum-fizyolojik ile dilue edilerek intradermal uygulandı, o bölgede 10 dk içinde eritemli plak gelişti(Fotoğraf-1b). Ayrıca eldeki lezyondan başka tanıları dışlamak için alınan punch biyopsi sonucunda perivaskuler lenfohistiyositik infiltrasyon, epidermal hücre nekrozu, apoptotik hücreler gibi non-spesifik bulgular görüldü. Ovulasyon ve ardından gelişen progesteron yükselmesini baskılamak için, yeni evli olan hastaya etki mekanizması ve yan etkileri de anlatılarak kombine oral kontraseptif(oks) tedavisi başlandı. Bir ay sonraki kontrolde elindeki geniş plakta postinflamatuvar hiperpigmentasyon olduğu(Fotoğraf-2) vucudunda başka yerde yeni lezyon oluşmadığı görüldü. Ancak gebelik isteği olan hasta, küratif tedavi de olması nedeniyle, progesteron desensitizasyonu için allerji-immunoloji uzmanına refere edildi.

Fotoğraf-1



a-Ellerdeki viyolase-eritemli anuler plaklar. b- İntradermal test sonrası pozitif reaksiyon

Fotoğraf-2



Bir ay oks kullanımı sonrası postinflamatuvar hiperpigmentasyonla iyileşen lezyon

Sonuç: PH, endojen ve fizyolojik bir molekül olan progesterona karşı immun sistemin duyarlanması sonucu gelişen kendine özgü bir kliniktir. Sadece cilt bulguları görülmediğinden ve patogenezde sadece otoimmunite olmadığından otoimmun progesteron dermatiti tanımlaması yerine günümüzde progesteron hipersensitivitesi terimi daha çok kabul görmektedir(2). Bu klinikte, tipik bir lezyon olmayışı, spesifik laboratuvar ve histopatolojik bulgunun yokluğu nedeniyle, akla gelmedikçe tanı koymak zor olabilir. Prick testi, intradermal test kolay uygulanabilir testlerdir, ancak literatürde bu testlerin duyarlılığı ve özgüllüğünün yeterli

olmadığı; sadece bu testlere dayanarak tanı konulmaması gerektiği belirtilmektedir(3). Klinik sunumunun, klasik tedavilerine yeterli yanıtı olmayan doğurganlık çağındaki kadınlarda, hastalık seyrinin adet döngüsü ile ilişkisi varsa, PH akla gelmelidir. Tanıyı doğrulayan önemli bir gösterge de ovulasyon baskılanıp progesteron artışı önlendiğinde kliniğin ortaya çıkmamasıdır. Gebelik isteği olan ya da oks kullanımı kontendike olan hastalara, küratif de olması sebebiyle oral, intramuskuler gibi sistemik yollarla kademeli doz artışına dayanan progesteron desensitizasyon yöntemleri uygulanabilir(4). Bu vaka dermatolojik muayenede anamnezin önemini vurgulaması ve dirençli, siklik semptomları olan kadın hastalarda PH'yi akla getirmesi nedeniyle önemlidir. Ayrıca PH'nin geniş bir spektrumda bulguyla kendini gösterebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Progesteron, fiks ilaç erupsiyonu, alerji

Yayın No: P-213
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Erişkin Hastada Üst Kol Yerleşimli Pilomatriksoma: Klinik ve Ultrasonografik Tanısal Güçlük Yaratan Bir Olgu

Dr. Görkem İZCİ[1], Doç. Dr. Hülya Albayrak[1]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Pilomatriksoma, çocukluk çağında ve baş-boyun bölgesinde sık görülmesine karşın erişkin yaşta ve ekstremite yerleşimli olduğunda klinik olarak kolaylıkla gözden kaçabilen, benign bir kıl matriks tümörüdür. Değişken klinik prezentasyonu ve özgül olmayan görüntüleme bulguları nedeniyle epidermal kist, lipom ve diğer dermal veya subkutan lezyonlarla sıklıkla karışmaktadır. Bu olguda erişkin yaşta üst kol yerleşimli pilomatriksomanın klinik, ultrasonografik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması ve alışılmadık klinik prezentasyonun tanısal yaklaşıma etkisinin vurgulanması amaçlandı.

Yöntem: Hastanın klinik bulguları,görüntüleme bulguları, histopatolojik inceleme sonuçları ve uygulanan tedavi süreci sunuldu.

Bulgular ve Sonuç: Olgu:Kırk yedi yaşında erkek hasta, sağ üst kolda altı aydır mevcut olan ve giderek büyüyen ağrılı şişlik nedeniyle başvurdu. Travma, akıntı, sistemik hastalık, düzenli ilaç kullanımı ve özellikli aile öyküsü bulunmuyordu. Dermatolojik muayenede sağ üst kol lateral yüzde yaklaşık 1–2 cm çapında, eritemli, minimal endüre, deriye fikse ve palpasyonla hassas subkutan nodül izlendi(Resim1,2).Kalsifiye lipom ve dermal kist ön tanılarıyla yüzeyel ultrasonografi istendi. Ultrasonografide sağ humerus orta kesim düzeyinde cilt altı yerleşimli, 17×14 mm boyutunda, renkli Doppler incelemede internal vaskülarizasyon gösteren, parankiminde noktasal hiperekojen odaklar içeren izo-hipoekoik solid nodüler lezyon saptandı.Kalsifiye lipom, subkutan granüloma anulare, dermal kist, lupus panniküliti ve sarkoidoz ön tanılarıyla derin punch biyopsi uygulandı. Histopatolojik incelemede iyi sınırlı matriksyel hücre proliferasyonu, ghost hücreleri, lümeninde sebase materyal ve çevresinde yabancı cisim tipi granülomatöz inflamasyon izlendi. Malignite saptanmadı ve bulgular pilomatriksoma ile uyumlu bulundu. Hasta total eksizyon amacıyla Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'ne yönlendirildi.Sonuç:Pilomatriksoma erişkin yaşta ve baş-boyun dışı yerleşim gösterdiğinde preoperatif tanısı güçleşebilmekte, klinik ve ultrasonografik bulgularının özgül olmaması nedeniyle ayırıcı tanıda kolaylıkla gözden kaçabilmektedir. Bu olgu, üst ekstremitede yerleşen inflamatuvar dermal veya subkutan nodüllerin değerlendirilmesinde pilomatriksomanın ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmasının önemine dikkat çekmekte; histopatolojik doğrulamanın ise uygun cerrahi planlamanın temelini oluşturan vazgeçilmez basamak olduğunu vurgulamaktadır.

Resim1



Resim2



Anahtar Kelimeler: pilomatriksoma, ayırıcı tanı, adneksiyal tümör

Yayın No: P-214
Bildiri Grubu: Genel / Veneroloji

Kriyoterapiye Dirençli Perianal Kondiloma Aküminata Olgusunda Dokuz Değerlikli İnsan Papillomavirüs Aşısı Sonrası Hızlı Gerileme

Muhammed Yavuz[1], Vefa Aslı Erdemir[1], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Kondiloma aküminata, insan papillomavirüsünün(HPV) neden olduğu, anogenital bölgede yerleşen ve tedavi sonrasında nüks edebilen benign epitelyal bir enfeksiyondur. Kriyoterapi, elektrokoterizasyon, cerrahi eksizyon ve topikal tedaviler sık kullanılan tedavi seçenekleridir. Profilaktik insan papillomavirüs aşılarının mevcut lezyonlar üzerindeki terapötik etkisi kesin olarak gösterilmemiş olmakla birlikte, dirençli olgularda gerilemeyle ilişkili yayınlar ve olgu bildirileri bulunmaktadır. Bu olguda çoklu kriyoterapi seanslarına yanıt vermeyen perianal kondiloma aküminata lezyonlarının dokuz değerlikli insan papillomavirüs aşısı sonrasında hızlı gerilemesi sunulmuştur.

Olgu: Bilinen sistemik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olmayan 19 yaşındaki kadın hasta, anal bölgede lezyon yakınmasıyla başvurdu. Dermatolojik muayenede perianal bölgede 3 cm çaplarında bilateral, yüzeyi verrüköz, eritemli plak lezyonlar ve vulva girişinde filiform papüller izlendi. Kondiloma aküminata ve bowenoid papüllöz ön tanılarıyla alınan biyopsinin histopatolojik incelemesi kondiloma aküminata ile uyumlu bulundu. Hastanın yapılan sifiliz ve HIV testleri negatifti. Olası rektal ve vajinal tutulumun değerlendirilmesi amacıyla hasta genel cerrahi ile kadın hastalıkları ve doğum bölümlerine yönlendirildi. Genel cerrahi tarafından total eksizyon gerekli görülmeyerek kriyoterapi önerildi. Hastaya kolonoskopi ve rektoskopi yapıldı. Değerlendirilebilen kolon segmentlerinde lüminal veya mukozal patoloji saptanmazken rektum retrofleksiyonunda ve anal kanalda patolojik bir bulgu izlenmedi. Hastanın kadın hastalıkları ve doğum tarafından yapılan vajinal muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Alınan HPV-DNA smear sonucu negatif olarak sonuçlandı. Hastaya 2 hafta ara ile toplam altı seans 2x15 sn kriyoterapi uygulanmasına rağmen lezyonlarda gerileme olmadı. Maaliyet nedeni ile imikimod ve podofilin tedavileri uygulanamadı. Son kriyoterapi 5 Mart 2026 tarihinde gerçekleştirildi. Hastaya 14 Nisan 2026 tarihinde dokuz değerlikli insan papillomavirüs aşısı sadece intramüsküler olarak uygulandı. On gün sonra yapılan kontrolde tek doz intramüsküler aşı ile lezyonların tama yakın gerilediği görüldü. Hastanın 4 aylık takiplerinde herhangi bir nüks izlenmedi.

Şekil 1



Perianal bölgede 3 cm çaplarında bilateral, yüzeyi verrüköz, eritemli plak lezyonlar ve vulva girişinde filiform papüller

Şekil 2



Tek doz intramüsküler dokuz değerlikli insan papillomavirüs aşısı sonrası 10.gün

Sonuç: Kriyoterapiye dirençli perianal kondiloma aküminata olgusunda dokuz değerlikli nsan papillomavirüs aşısı sonrasında kısa sürede belirgin klinik gerileme gözlenmiştir. Bu zamansal ilişki, aşının dirençli anogenital siğillerde olası yardımcı tedavi etkisini düşündürmekle birlikte spontan gerileme ve gecikmiş kriyoterapi etkisi dışlanamaz. Kontrollü çalışmalar, profilaktik insan papillomavirüs aşılarının terapötik rolünü ve uygun hasta seçimini belirlemek için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: HPV, kondilom, aşı

Yayın No: P-215
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Sistemik Asiklovir Tedavisine Yanıt Veren Pitriazis Rosea Olgusu

Emre SÜNBÜLOĞLU[1], Cahit YAVUZ[1], Fatma TUNÇEZ AKYÜREK[1], Gülcan SAYLAM KURTİPEK[1], Zeliha Esin ÇELİK[2], Fatma Sena NURESTANİ[2]

[1]Selçuk üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim dalı
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim dalı

Giriş ve Amaç: Pitriazis rosea, çoğunlukla gövde ve ekstremitelerde yerleşen papüloskuamöz döküntülerle seyreden, akut inflamatuvar bir dermatozdur. Hem pediatrik hem de erişkin yaş grubunda görülebilmekte olup, kadınlarda erkeklere göre hafif bir artış göstermektedir. Pitriazis roseanın kendini sınırlayan bir hastalık olması nedeniyle tedavi çoğunlukla semptomatik olup, topikal ve sistemik ajanları içermektedir. Günümüzde pitriazis roseada asiklovir kullanımını destekleyen yüksek kaliteli kanıtlar sınırlıdır. Mevcut öneriler büyük ölçüde uzman görüşlerine dayanmakta olup, özellikle yaygın, tekrarlayan veya persistan hastalık varlığında ya da gebelik gibi özel durumlarda antiviral tedavi kullanımını tavsiye etmektedir.Kendini sınırlayan ancak yaygın veya dirençli seyredebilen pitriazis rosea olgularında, sistemik asiklovirin etkinliğini ve tedavi yönetimindeki rolünü başarılı bir olgu üzerinden tartışmayı amaçladık.

Olgu: Otuz bir yaşında erkek hasta, Mikozis fungoides yama evresinde kliniğimizde takip edilmekteydi. Hasta, tedavi kapsamında iki haftada bir seans olacak şekilde dar bant UVB fototerapisi alırken vücutta yaygın kızarıklık ve döküntü şikayeti oldu.Yapılan dermatolojik muayenede yüzde tek tük, gövde ve ekstremitelerde dağınık yerleşimli yaygın ,bazısında yakacık skuamlı, eritemli skuamlı plaklar izlendi (Resim 1). Saçlı deri,oral mukoza ve tırnak muayenesi doğaldı.Gelişen lezyonlar üzerine ayırıcı tanı amacıyla lezyonel deriden pitriazis rosea, mikozis fungoides, psöriazis, ön tanılarıyla punch biyopsi alındı. Mevcut tedaviye ek olarak ,iki haftada bir dB-UVB fototerapisine devam edilirken, topikal kortikosteroid tedavisi ve günde bir kez antihistaminik tedavi başlandı. Histopatolojik inceleme sonucu spongiotik dermatit ile uyumlu olarak raporlandı.Başlanan tedaviye rağmen lezyonlarda gerileme izlenmemesi üzerine hastaya klinik olarak düşünülen yaygın pitriazis rosea lezyonlarına yönelik sistemik kortikosteroid tedavisi planlandı. Bu kapsamda sırasıyla 15 gün süreyle 40 mg/gün, 10 gün süreyle 30 mg/gün, 15 gün süreyle 20 mg/gün ve 15 gün süreyle 10 mg/gün metilprednizolon tedavisi uygulandı. Ancak 10 mg/gün dozunda hastanın şikayetlerinde artış gözlenmesi üzerine yeniden biyopsi alınması planlandı. Biyopsi sonucu beklenirken hastaya 20 gün süreyle 20 mg/gün sistemik metilprednizolon tedavisine devam edildi.Sağ lomber bölgeden tekrar alınan punch biyopsinin mikroskopik incelemesinde; hafif akantoz, spongioz ve parakeratoz gösteren epidermis altında dermiste hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon ve yer yer eritrosit ekstravazasyonu izlendi. Bu bulgular eşliğinde olguya ‘Pitriazis rosea’ tanısı verildi. Biyopsi materyalinde Mikozis Fungoides’i düşünderecek atipik lenfoid hücre infiltrasyonu izlenmedi. Bunun üzerine hastanın tedavisi yeniden düzenlenerek asiklovir 400 mg günde 5 kez iki hafta, azalan dozda sistemik metilprednizolon (3 gün 15 mg/gün, 3 gün 10 mg/gün, 3 gün 5 mg/gün) ve topikal kortikosteroid

tedavisi başlandı. 2 hafta sonra sistemik asiklovir tedavi bitiminde lezyonların tama yakın regrese olduğu izlendi (Resim 2).

Resim 1:



Gövde ön yüzde multipl, dağınık yerleşimli, eritemli yakacık skuamlı plaklar

Resim 2:



Sistemik asiklovir tedavisi sonrası lezyonlarda tama yakın regresyon

Sonuç: Asiklovir kullanımı için yüksek kanıt düzeyi sınırlı olsa da bu olguda elde edilen başarılı klinik yanıt, pitriazis rosea patogenezinde viral etkenlerin (HHV-6/7) rolünü ve buna bağlı olarak antiviral tedavinin etkinliğini desteklemektedir. Özellikle topikal ve sistemik kortikosteroid tedavisine direnç gösteren veya doz azaltımı sırasında alevlenme (rebound) yaşayan yaygın pitriazis rosea olgularında, sistemik asiklovir tedavisinin hızlı ve tam regresyon sağlayabilen, gereksiz immünsüpresif maruziyetini önleyen bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: asiklovir, human herpes virüsü, pitriazis rosea

Yayın No: P-216
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Zosteriform Dev Verrüköz Plak: Lenfanjiyoma Sirkumskriptum'un Sıra Dışı Sunumu

Yağız Üstündağ[1], Ceylan Avcı[1], Yasemin Çakır[2], Safiye Aktaş[2], Sevgi Akarsu[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Lenfanjiyoma sirkumskriptum (LS), lenfatik sistemin gelişimsel anomalisi sonucu ortaya çıkan, deri ve subkutan dokuda dilate yüzeyel lenf kanalları ile karakterize nadir görülen benign bir malformasyondur. En sık deri veya mukozada kümelenmiş translüsent vezikül ve papüllerden oluşan plaklar şeklinde izlenirken, nadiren verrüköz görünüm sergileyerek verruka, fungal enfeksiyonlar ve kutan tüberküloz ile karışabilmektedir. Bu olguda, zosteriform, dev verrüköz plak şeklinde prezente olan LS'nin klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulguları sunularak, verrüköz lezyonların ayırıcı tanısında bu nadir malformasyonun da akılda tutulması gerektiğinin vurgulanması amaçlandı.

Olgu: On yedi yaşında erkek hasta, 7 sene önce sağ kalçadaki sertlik şeklinde başlayıp zaman içerisinde giderek büyüyen lezyon nedeniyle polikliniğe başvurdu. Lezyonda ara ara kaşıntı, kızarıklık ve ağrı yakınmaları tariflenmekle birlikte kanama veya akıntı öyküsü bulunmamaktaydı. Ayrıca lezyon bölgesine ilişkin travma, cerrahi girişim veya enfeksiyon öyküsü de mevcut değildi. Hastaya daha önce yalnızca ismini hatırlayamadığı topikal tedaviler uygulanmıştı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde önemli bir özellik saptanmayan hastanın fizik muayenesi ve sistemik muayenesinde de herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Dermatolojik muayenede sağ posterior gluteo-femoral bileşkede, S1-S2 dermatomları boyunca zosteriform dağılım gösteren, yaklaşık 20 × 7 cm boyutlarında, pembe zemin üzerinde yerleşen, periferinde satellit papül ve veziküllerle devamlılık gösteren, palpasyonla hassas olmayan, hiperkeratotik, verrüköz, lobüle kontürlü dev plak izlendi (Resim 1A). Dermoskopik bakıda, belirgin hiperkeratoza bağlı beyaz-sarı skuamlarla örtülü, pembe-viyole zeminde lakün benzeri polilobüler yapılar, yer yer hemorajik krutlar (Resim 1B, C), ince beyaz septalarla ayrılan çok sayıda sarımsı-pembe translüsen laküner yapıların oluşturduğu tipik "kurbağa yumurtası" görünümü, yer yer hemorajik lakünler, beyaz skuam ve hiperkeratotik alanlar (Resim 1D), ve bazı lakünlerde hipopiyon benzeri görünüm (Resim 1E) izlendi. Lenfanjiyoma sirkumskriptum, verrüköz hemanjiyom, tüberkülozis verrukoza kutis ve kutan leishmaniasis ön tanılarıyla alınan insizyonel deri biyopsinin histopatolojik incelemesinde, epidermiste belirgin akantoz ve hiperkeratoz ile yüzeyel dermiste tek sıra yassı endotelyal hücrelerle döşeli çok sayıda dilate, ince duvarlı lenfatik kanal izlendi (H&E, ×100) (Resim 2A). D2-40 immünohistokimyasal boyamasında dilate lenfatik kanalların endotelyal hücrelerinde pozitif boyanma saptanarak lenfatik diferansiyasyon konfirme edildi (D2-40, ×100) (Resim 2B). Klinik, dermoskopik, histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular doğrultusunda LS tanısı doğrulandı. Hastaya

cerrahi eksizyon ve lazer tedavisi seçenekleri sunuldu; ancak hasta önerilen tedavileri kabul etmedi.

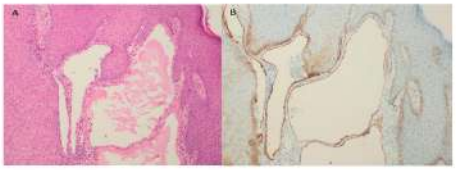
Resim 1. Klinik ve dermoskopik görünüm.



Resim 1. Klinik ve dermoskopik görünüm. (A) sağ posterior gluteofemoral bileşkede, S1-S2 dermatomları boyunca zosteriform dağılım gösteren, yaklaşık 20 × 7 cm boyutlarında; pembe zemin üzerinde yerleşen, periferinde satellit papül ve veziküllerle devamlılık gösteren, hiperkeratotik, verrüköz, lobüle kontürlü dev plak. (B, C) Belirgin hiperkeratoza bağlı beyaz-sarı skuamlarla örtülü, pembe-viyole zeminde lakün benzeri polilobüler yapılar, yer yer hemorajik krutlar. (D) İnce beyaz septalarla ayrılan çok sayıda sarımsı-pembe translüsen laküner yapının oluşturduğu tipik "kurbağa yumurtası" görünümü, yer yer hemorajik lakünler, beyaz skuam ve hiperkeratotik alanlar. (E) Hipopiyon benzeri görünüm.

(A) sağ posterior gluteofemoral bileşkede, S1-S2 dermatomları boyunca zosteriform dağılım gösteren, yaklaşık 20 × 7 cm boyutlarında; pembe zemin üzerinde yerleşen, periferinde satellit papül ve veziküllerle devamlılık gösteren, hiperkeratotik, verrüköz, lobüle kontürlü dev plak. (B, C) Belirgin hiperkeratoza bağlı beyaz-sarı skuamlarla örtülü, pembe-viyole zeminde lakün benzeri polilobüler yapılar, yer yer hemorajik krutlar. (D) İnce beyaz septalarla ayrılan çok sayıda sarımsı-pembe translüsen laküner yapının oluşturduğu tipik "kurbağa yumurtası" görünümü, yer yer hemorajik lakünler, beyaz skuam ve hiperkeratotik alanlar. (E) Hipopiyon benzeri görünüm.

Resim 2. Histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular



Resim 2. Histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular A) Histopatolojik incelemede, epidermiste belirgin akantoz ve hiperkeratoz ile yüzeyel dermiste tek sıra yassı endotelyal hücrelerle döşeli çok sayıda dilate, ince duvarlı lenfatik kanal izlenmektedir (H&E, ×100). (B) D2-40 immünohistokimyasal boyamasında dilate lenfatik kanalların endotelyal hücrelerinde pozitif boyanma izlenerek lenfatik diferansiyasyon doğrulanmaktadır (D2-40, ×100).

A) Histopatolojik incelemede, epidermiste belirgin akantoz ve hiperkeratoz ile yüzeyel dermiste tek sıra yassı endotelyal hücrelerle döşeli çok sayıda dilate, ince duvarlı lenfatik kanal izlenmektedir (H&E, ×100). (B) D2-40 immünohistokimyasal boyamasında dilate lenfatik kanalların endotelyal hücrelerinde pozitif boyanma izlenerek lenfatik diferansiyasyon doğrulanmaktadır (D2-40, ×100).

Sonuç: Lenfanjiyoma sirkumskriptum (LS), embriyolojik dönemde lenfatik sistem gelişim bozukluğuna bağlı gelişen yüzeyel lenfatik malformasyondur. Dev boyutlu, verrüköz ve zosteriform varyantlar oldukça nadirdir. Verrüköz olgular verruka, tüberküloz verrükoza kutis ve kutanöz leishmaniasis; zosteriform olgular ise herpes zoster ile karışabilmektedir. Olgumuz, çocuklukta başlayıp adölesan dönemde dev boyutlara ulaşan, gluteal bölgede S1–S2 dermatomları boyunca zosteriform dağılım gösteren belirgin verrüköz morfolojide sıra dışı bir LS sunumudur. Dermoskopide belirgin hiperkeratoza rağmen ince beyaz septalarla ayrılan translüsent lakünler ve hipopiyon benzeri görünüm, histopatolojik bulgular ve D2-40 immünohistokimyasal pozitifliği ile birlikte LS tanısını desteklemiştir. Patel ve ark.'nın bildirdiği zosteriform dev LS olgusuna benzer şekilde, olgumuz da Peachey'nin tanımladığı klinik spektrum içinde nadir bir varyant olarak değerlendirilebilir. Sonuç olarak, gluteal bölgede zosteriform dağılım gösteren dev verrüköz LS olgumuz, belirgin hiperkeratoza rağmen karakteristik dermoskopik laküner patern ve hipopiyon benzeri görünümün korunabildiğini ortaya koyması açısından dikkat çekmekte; klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesinin doğru tanıya katkısını ve LS'nin özellikle verrüköz plakların ayırıcı tanısında akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: hipopiyon, lenfanjiyoma sirkumskriptum, zosteriform

Yayın No: P-217
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Upadasitinib Tedavisi Altındaki Ülseratif Kolit Hastasında Herpes Zoster: Olgu Sunumu

Doğukan Kasırga[1], Merve Güneş[1], Pelin Hızlı[1], Arzu Kılıç[1], İlkay Can[1], Teoman Doğru[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Gastroenteroloji Bölümü, Balıkesir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Orta-ağır ülseratif kolit tedavisinde endike olan selektif Janus Kinaz (JAK) 1 inhibitörü upadasitinib, JAK-STAT sinyal yolağı üzerinden tip I ve tip II interferon bağımlı antiviral yanıtı suprese etmektedir. Bu immünsüpresif mekanizma, varisella zoster virüsünün latent dönemini sürdüren konak savunmasını zayıflatarak viral reaktivasyona zemin hazırlamaktadır. Bu bağlamda herpes zoster, Janus Kinaz inhibitörleri için doz bağımlı olarak riski artan karakteristik bir advers etkidir. Burada; ülseratif kolit tanısıyla yüksek doz upadasitinib (45 mg/gün) tedavisi altında iken herpes zoster gelişen 27 yaşında bir erkek hasta sunularak, Janus Kinaz inhibitörü kullanan hastalarda bu doz bağımlı advers etkiye yönelik klinik farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Dört yıldır ülseratif kolit tanısı olan 27 yaşında erkek hasta, sol inframammarian bölgede 3 gün önce başlayan veziküler lezyonlar nedeniyle üniversitemiz gastroenteroloji kliniğinden, kliniğimize konsülte edildi. Öyküsünde mesalazin ve azatiyopürin tedavilerinden fayda görmediği, ardından 8 ay önce 5 doz adalimumab kullandığı ancak yine yeterli yanıt alınamadığı öğrenildi. Hasta yaklaşık 5 ay 45 mg/gün, son 1 aydır 30 mg/gün upadasitinib tedavisi aldığını belirtti. Ülseratif kolit dışında ek bir sistemik hastalığı yoktu. Dermatolojik muayenede sol inframammarian bölgede orta hattı geçmeyen, T4-T5 dermatomu ile uyumlu, eritemli-ödematöz zeminde gruplaşmış veziküller izlendi (Resim 1). Hastaya mevcut bulgularla herpes zoster tanısı konularak valasiklovir tablet 3×1000 mg/gün peroral 7 gün boyunca ve topikal tedavisi düzenlendi. Tedavi süresince upadasitinib tedavisine ara verildi. Bir hafta sonraki kontrol muayenede hastanın deri lezyonlarının tama yakın gerilediği, veziküllerin krutlandığı ve yeni vezikül çıkışının olmadığı izlendi (Resim 2).

Resim 1



Tedavi öncesi; sol inframammarian bölgede orta hattı geçmeyen, eritemli-ödematöz zeminde gruplaşmış veziküller.

Bulgular ve Sonuç: Herpes zoster; Varisella zoster virüs reaktivasyonuyla gelişen, ileri yaş, kadın cinsiyeti ve diyabet gibi komorbiditeler ile immünsüpresif tedavilerle ilişkili, akut veya kronik morbiditeye yol açan yaygın bir enfeksiyondur. Ülseratif kolit gibi immün aracılı hastalıkların tedavisinde etkili olan Janus Kinaz inhibitörleri ise sınıf olarak herpes zoster reaktivasyonu açısından artmış bir risk taşımakta olup, bu risk özellikle yüksek dozlarda belirginleşmektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda, günde 45 mg upadasitinib tedavisinin herpes zoster riskini anlamlı biçimde arttırdığı gösterilmiştir. Yüksek doz upadasitinib ile herpes zoster gelişimi arasındaki bu güçlü ilişkiyi vurgulayan olgumuz; klinik yaklaşımda, immünsüpresif tedavi alan hastalarda dermatomal veziküler lezyonlar saptandığında herpes zosterin ayırıcı tanıda öncelikli olarak düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca ülseratif kolit hastaları, hastalığın kendisine ve kullanılan immünsüpresif tedavilere bağlı olarak zaten artmış herpes zoster riskine sahiptir. Bu bağlamda, Janus kinaz inhibitörü planlanan hastalarda tedavi öncesi herpes zoster aşılamasının değerlendirilmesi, tedavi sürecinde ise erken tanı ile hızlı antiviral tedaviye başlanması olası komplikasyonların önlenmesinde kritik önem taşımaktadır.

Resim 2



Tedavi sonrası lezyonlarda gerileme; veziküllerin krutlanması, ince skuamlı-hemorajik krutlu papüller.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster, Ülseratif kolit, Upadasitinib

Yayın No: P-219
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Kapesitabin Tedavisine Bağlı Palmar-Plantar Eritrodizestezi: Bir Olgu Sunumu

candan celik[1], nagehan çepik[2]

[1]malatya eğitim ve araştırma hastanesi
[2]gazi yaşargil eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş ve Amaç: Kapesitabin, çeşitli solid tümörlerin tedavisinde kullanılan oral bir kemoterapötik ajandır. Palmar-plantar eritrodizestezi (el-ayak sendromu), kapesitabin tedavisi sırasında görülebilen önemli kutanöz advers reaksiyonlardan biridir. Bu olguda, kapesitabin tedavisi sırasında gelişen palmar-plantar eritrodizestezinin klinik özelliklerinin ve tedavi yaklaşımının sunulması amaçlandı.

Yöntem: Kolon karsinomu nedeniyle kapesitabin tedavisi alan ve üçüncü kür sonrasında el ve ayaklarda yanma, batma, belirgin hiperkeratoz ve deskuamasyon yakınmaları gelişen hasta dermatoloji kliniğinde değerlendirildi. Hastanın semptomları, dermatolojik muayene bulguları ve kapesitabin kullanım öyküsü birlikte değerlendirilerek kutanöz advers reaksiyon açısından klinik değerlendirme yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Hastanın üçüncü kür kapesitabin tedavisi sonrasında el ve ayaklarında yanma ve batma hissi ile birlikte belirgin hiperkeratoz ve deskuamasyon geliştiği (resim 1,resim 2); yürürken zaman zaman dengesizlik yaşadığı ancak ciddi fonksiyon kaybının bulunmadığı belirlendi. Günlük yaşamını tamamen engelleyen şiddetli ağrı, ülserasyon veya büllöz lezyon saptanmadı. Klinik bulgular kapesitabine bağlı palmar-plantar eritrodizestezi (el-ayak sendromu), CTCAE Grade 2 ile uyumlu değerlendirildi. Kapesitabin tedavisinin bulgular Grade 1 düzeyine gerileyene kadar durdurulması ve ardından doz azaltılarak yeniden başlanması; %20 üre içeren nemlendirici, ağrılı eritemli alanlara kısa süreli topikal kortikosteroid kullanılması ve mekanik irritasyondan kaçınılması önerildi.Kapesitabin tedavisi sırasında palmar-plantar eritrodizestezinin erken tanınması ve uygun şekilde yönetilmesi, hastanın yaşam kalitesinin korunması ve antineoplastik tedavinin sürdürülebilmesi açısından önem taşımaktadır.

resim 1



resim 2



Anahtar Kelimeler: Kapesitabin, palmar-plantar eritrodizestezi, el-ayak sendromu

Yayın No: P-221
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Piyoderma Gangrenozumlu Hastada Ardışık İmmünolojik Darbeler Sonucu Gelişen Makrofaj Aktivasyon Sendromu

Pınar Korkmaz[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları A.B.D.

Giriş ve Amaç: Piyoderma gangrenozum (PG) nadiren sistemik inflamasyona ilerleyebilen nötrofilik bir dermatozdur. Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), kontrolsüz immün aktivasyonla seyreden yaşamı tehdit edici bir hiperinflamasyon tablosudur. Bu olguda, kontrolsüz PG zemininde ardışık immünolojik ve mekanik uyaranların katkısıyla geliştiği düşünülen, çoklu organ disfonksiyonu ile sonuçlanan MAS tablosu sunulmaktadır.

Olgu: Kırk yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır PG tanısıyla dış merkezlerde izlenmekteydi. Önce sistemik kortikosteroid, ardından 4 mg/kg/gün dozundan siklosporin tedavisi almıştı. Sistemik kortikosteroidi düzensiz kullanmış, siklosporin ise mukozal kandidiyazis ve hipertansiyon gelişimi nedeniyle hızlı şekilde kesilmişti. Daha sonra adalimumab başlanmış, önce iki haftada bir, yanıtsızlık gözlenmesi üzerine haftada bir olacak şekilde toplam üç ay kullanılmıştı. Tnf-alfa blokürüne yanıt vermeyen ve bacaktaki ülseratif lezyonu gittikçe ilerleyen hastaya bunun üzerine tek doz intravenöz immünglobulin verilmiş ve ardışık vakum destekli kapama tedavisi uygulanmıştı. Hastanın alt ekstremitedeki ülseri başlangıca göre son üç ayda progresif olarak genişlemiş, izlemde uylukta ikinci bir ülseratif odak daha gelişmişti (Şekil 1 ve 2). Genel durum bozukluğu nedeniyle yoğun bakım ünitesine kabul edilen hasta, MAS geliştiği dönemde tarafımıza danışıldı. Dermatolojik muayenede, sağ alt ekstremitede diz altından bacak distaline uzanan geniş, derin, düzensiz sınırlı ülser izlendi. Ülser zemini siyah nekrotik-eskar alanları ve sarı fibrinöz materyal ile kaplıydı. Ek olarak sol uylukta inguinal bölge komşuluğunda, eritematöz zeminde ülseratif, yer yer kurutlu alanlar içeren ikinci bir lezyon izlendi. Laboratuvar incelemelerinde belirgin hiperferritinemi, hipofibrinojenemi, dirençli ağır hiponatremi, trombositopeni, yüksek LDH ve trigliserid düzeyleri, hepatik disfonksiyon ve hemolitik anemi saptandı. Kemik iliği aspirasyon biyopsisinde hemofagositoz görüldü. Bulgular MAS (sekonder HLH) tablosu ile uyumluydu. İzlemde çoklu organ yetmezliği gelişen hasta kaybedildi.

Şekil 1



Başlangıç lezyonun görünümü

Şekil 2



Tarafımıza konsülte edildiği sırada lezyonların görünümü

Sonuç: Bu olgu, PG'un sadece deriye lokalize ülser olarak değerlendirilmemesi gerektiğini göstermektedir. PG'da yetersiz veya düzensiz immünsüpresyon, TNF-α blokajı sonrası yeniden şekillenen immün yanıt ve mekanik doku uyaranları ardışık immünolojik darbeler oluşturarak inflamatuar yanıtı bozabilir. Bu süreç, lokal nötrofilik inflamasyondan sistemik hiperinflamasyona ve nihayetinde MAS tablosuna ilerleyen basamaklı bir immün disregülasyon modeliyle açıklanabilir. Olgu, PG'da klinik seyirin yalnızca ne tedavi verildiğiyle değil; hangi immünolojik zeminde, hangi sırayla ve hangi aşamada uygulandığıyla da ilişkili olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Piyoderma gangrenozum, makrofaj aktivasyon sendromu

Yayın No: P-224
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

İnfantil Dönemde Gelişen Alopesi Totalis: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Ali Yıldırım[1]

[1]Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları AD.

Giriş ve Amaç: Alopesi areata(AA), sıklıkla erişkinleri etkileyen, skatrisyel olmayan kıl kaybıyla seyreden, otoimmün olduğu kabul edilen bir cilt hastalığıdır. Yenidoğan ve infantil dönemde, çok nadiren bildirilmiştir. AA henüz net aydınlatılamamış bir etiyopatogeneze sahiptir. Yama tipi tutulum, saçlı derinin tümden etkilendiği a. totalis, oksipital ve temporal saçlı deride bant tarzı kıl kaybıyla giden ofiazis patern ve tüm vücut yüzeyinin etkilendiği a. üniversalis gibi tutulum paternleri vardır. Aile öyküsü olan geniş tutulumun olduğu ve kronik seyreden hastalarda tedaviye yanıt azdır. Günlük dermatoloji pratiğinde çocuk ve erişkin yaşta hastalarla sıklıkla karşılaşmaktayız. Ancak infantil dönemde AA ile karşılaşmak oldukça nadir olup, sunulan hastadaki yaygın tutulum da göz alınırsa bu hasta için tedavi kararı da zor olduğundan, bu olgu bildirilmek istenmiştir.

Olgu: 11 Aylık kız hasta, ailesi tarafından saçlarının hiç çıkmaması, kaş ve kirpiklerinde dökülme şikatetiyle getirildi. Aile hekimi kontrolünde, çocukta kötü huylu bir hastalık olabileceği söylenerek, dermatoloji polikliniğine yönlendirildiği öğrenildi. Dermatolojik muayenede saçlı deride birkaç dağınık vellüs tipi tüylenme alanı dışında diffüz alopesi vardı. SALT skoru 100 olarak değerlendirildi, kirpiklerinde ve kaşlarında yamasal alopesi plakları görüldü(Fotoğraf 1a, 1b). Vücudunda da tüylenme görülmedi. Tırnakları ve dişleri normal görünümdeydi. Aile, çocukta hiç saç çıkmadığını son 1-2 haftadır kaş ve kirpiklerinde dökülme olduğunu söyledi. Benzer bir kliniğe sahip başka bir aile öyküsü yoktu. Çocuğun bilinen başka bir hastalığı , ilaç kullanımı yoktu, mental ve motor gelişiminde bir sorun olmadığı ve vücut ölçülerinin yaşı ile uygun sınırlarda olduğu görüldü. Terlememe, göz yaşı gelmemesi gibi bulguları da yoktu. Dermatoskopla saçlı deri hasta harektleri nedeniyle net muayene edilemedi ancak sarı noktalar dikkat çekti(Fotoğraf 2). Tiroid otoantikorları da dahil hemogram ve biyokimya sonuçları normal sınırlardaydı. Aile hastalığın iyi huylu tabiatı hakkında bildirildi, bu hastalığın adölesan ve erişkinlerde özellikle kozmetik kaygılar nedeniyle sorun oluşturduğu ancak infantil dönemdeki hastada zamanla iyileşme olabileceği anlatıldı. Son haftalarda hızlı ilerleme olduğu için 1mg/kg sistemik metilprednizolon 20 gün doz azaltarak kullanmak üzere ve topikal olarak meilprednizolon-asetoponat içerikli losyon ile multivitamin, çinko replasmanı reçetelendi bir ay sonra kontrolü planlandı.

Fotoğraf 1



Fotoğraf 1: a; saçlı deri, kaş ve kirpiklerde alopesi

Fotoğraf-2



Dermatoskopla görülen follikuler sarı nokta

Sonuç: AA, sık görülen, patogenezde saç follikülünün immün ayrıcalığının çeşitli ve henüz saptanamamış nedenlerle sonlanmasının suçlandığı inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık öncesi psikolojik stres, enfeksiyon, travma gibi faktörler bulunabilir. Diğer otoimmün hastalıklar ve psoriazis, atopik dermatit gibi otoinflamatuvar hastalıklarında AA hastalarında daha sık görüldüğü bilinmektedir(1). Gündelik pratikte, AA gelişen hastaların çoğundan stres öyküsü alınabilir. Sağ kalım, fiziksel aktivite üzerine belirgin bir negatif etkisi olmayan AA'nın,

psikolojik yükü, farklı görünme hissi en önemli morbiditesidir(2). Topikal kortikositeroid tedavilerinden, sistemik immünsüpresan ilaçlara, fototerapiden, kontakt immünoterapiye ve son yıllarda geliştirilen JAK1/JAK2 inhibitörlerine kadar çok çeşitli tedavi seçeneği vardır ancak yaygın hastalığa sahip hastalarda tedavi zorludur ve hastalık sıklıkla tekrarlar. Bu olgu, hayatın çok erken döneminde hastalığın ortaya çıkması, geniş tutulum olması ve saptanabilir bir tetikleyici faktör olmaması ile ilginçtir. AA'nın sadece emosyonel stresörlerle tetiklenmediğini, anne karnında bile başlayabilen bir immünopatogenezinin olabileceğini işaret etmektedir. Literatürde konjenital ya da infantil AA bildirilen vaka sayısı çok az olup çoğunda yama tarzı tutulum bildirilmiştir. Hastaya, AA'nın en önemli morbiditesi kozmetik kaygıları hissetmeyecek yaşta olduğundan ve kullanılabilecek tedavi yöntemlerinin olası yan etkileri göz önüne alındığında agresif olmayan bir tedaviyle takip yaklaşımında bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Alopesi Areata, İnfant

Yayın No: P-227
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Sistemik Lupus Eritematozus Zemininde Gelişen Çoklu Otoimmün Hastalık Birlikteliği: Kronik Spontan Ürtiker, Diskoid Lupus Eritematozus, Alopesi Totalis ve Vitiligo Olgusu

Ece Temür[1], Özben Yalçın[2], Ezgi Aktaş[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Deri ve Zühveri Hastalıkları Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), farklı organ sistemlerini etkileyebilen ve diğer otoimmün hastalıklarla birlikte görülebilen kronik otoimmün bir hastalıktır. Kronik spontan ürtiker(KSÜ), alopesi areata ve vitiligo gibi otoimmün hastalıkların SLE'ye eşlik etmesi nadir olmakla birlikte, bu birliktelikler ortak immünopatogenetik mekanizmaları düşündürmektedir. Barisitinib, alopesi areata tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir janus kinaz inhibitörü olmakla birlikte, SLE zemininde gelişen alopesi totalis olgularındaki deneyim sınırlıdır.

Yöntem: Kırk dört yaşında kadın hastaya, 2018 yılında el parmaklarında şişlik ve saçlı deride lezyonlar nedeniyle yapılan değerlendirme sonucunda sistemik lupus eritematozus (SLE) tanısı konuldu. Özgeçmişinde ek hastalık öyküsü bulunmuyordu. Hidroksiklorokin ve mikofenolat mofetil tedavisi ile SLE bulguları ve saçlı deri lezyonları gerileyerek hastalık remisyona girdi.Nisan 2022'de yaygın kaşıntılı döküntüler ve saçlı deride yeniden gelişen lezyonlar nedeniyle dermatoloji kliniğine başvurdu. Dermatolojik muayenede yaygın ürtikeryal plaklar ile saçlı deride eritemli-skuamlı anüler plaklar izlendi. Trikoskopik incelemede belirgin telenjiektaziler ve foliküler tıkaçlar saptanırken, histopatolojik inceleme diskoid lupus eritematozus (DLE) ile uyumlu bulundu. Klinik, laboratuvar ve histopatolojik değerlendirme sonucunda ürtikeryal vaskülit dışlanarak KSÜ tanısı konuldu. Mevcut tedaviye topikal takrolimus, topikal kortikosteroid ve intralezyonel kortikosteroid eklenirken, antihistaminik tedavisine yanıtsız KSÜ nedeniyle Aralık 2022'de omalizumab 300 mg/4 hafta tedavisi başlandı ve ürtikeryal lezyonlarda tam kontrol sağlandı.İzlem sırasında hızla ilerleyen yaygın saç dökülmesi gelişti.Trikoskopik incelemede sarı noktalar ve ünlem saçlar izlenirken, histopatolojik inceleme alopesi areata ile uyumlu bulundu. Topikal tedavilere ve sistemik siklosporine rağmen hastalık alopesi totalise ilerledi.SALT skorunun %90'ın üzerinde olması üzerine, immünsüpresyonun artırılmaması amacıyla romatoloji ile ortak değerlendirme yapılarak mikofenolat mofetil kesildi ve barisitinib 4 mg/gün tedavisi başlandı. Yaklaşık bir yıllık tedavi sonunda saç tam çıkışı yeniden sağlandı ve barisitinib kesilerek mikofenolat mofetil tedavisi yeniden başlandı. Bu süreçte hastanın el ve ayaklarında lokalize vitiligo lezyonları gelişti. Hasta bu lezyonlar için tedavi istemediğinden klinik izlem kararı alındı.2025 yılında DLE'de reaktivasyon gelişmesi üzerine metotreksat başlandı; ancak lökopeni nedeniyle tedavi kesilerek oral takrolimus tedavisine geçildi. Haziran 2026 itibarıyla hasta hidroksiklorokin, düşük doz

metilprednizolon ve sekiz haftada bir omalizumab tedavisi ile izlenmekte olup KSÜ tam remisyonda, DLE ve vitiligo lezyonları stabil seyretmekte, alopesi totaliste ise barisitinib ile elde edilen tam klinik yanıt korunmaktadır.

Bulgular ve Sonuç: SLE zemininde DLE, KSÜ, alopesi totalis ve vitiligonun birlikte görülmesi oldukça nadir bir otoimmün hastalık birlikteliğidir. Bu olgu, otoimmün hastalığı olan bireylerde yeni gelişen dermatolojik bulguların ek otoimmün hastalıklar açısından dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini ve refrakter alopesi totalis tedavisinde barisitinibin etkili bir seçenek olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Alopesi Totalis, Barisitinib, Sistemik Lupus Eritematozus

Yayın No: P-228
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Selektif IgA Yetmezliği Olan Bir Hastada Liken Simpleks Kronikus ve Prurigo Nodülarisin Eşlik Ettiği Atipik Yerleşimli Becker Nevüsü

Özlem Özen[1], Ferhat Özden[2], Filiz Topaloğlu Demir[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Becker nevüsü, çoğunlukla gövde ve üst ekstremitelerde yerleşen, hipertrikozun eşlik edebildiği unilateral hiperpigmente yama ve plaklarla karakterize benign bir kutanöz hamartomdur. Genellikle adölesan dönemde ortaya çıkar ve erkeklerde daha sık izlenir. Alt ekstremite yerleşimi ve özellikle diz altına uzanan tutulum nadirdir. Becker nevüsü çoğunlukla asemptomatik olup, lezyon üzerinde gelişen sekonder inflamatuvar dermatozlar nadir bildirilen birliktelikler arasındadır. Egzamatöz dermatit, prurigo nodülaris, liken planus ve liken simpleks kronikus gelişen sınırlı sayıda vaka tanımlanmıştır. Ancak selektif IgA yetmezliği ile birlikteliği bugüne kadar bildirilmemiştir. Bu atipik lokalizasyonlu Becker nevüsü olgusu, eşlik eden liken simpleks kronikus ve prurigo nodülaris ile birlikte selektif IgA yetmezliği bulunan bir hastada görülmesi nedeniyle sunulmaktadır.

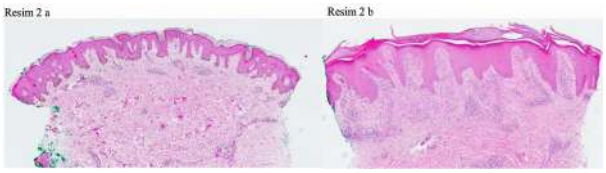
Olgu: On dört yaşında erkek hasta, annesi tarafından erken çocukluk döneminde güneş maruziyeti sonrasında fark edilen sağ bacak lezyonunda son birkaç yıldır pigmentasyon artışı ve papüler kabarıklıkların gelişmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde selektif IgA yetmezliği ve yaygın besin alerjisi mevcuttu. Dermatolojik muayenede sağ kruriste, diz seviyesinden ayak bileğine kadar lineer uzanım gösteren, medial yüz dışında krurisin büyük kısmını tutan, keskin sınırlı, düzensiz konturlu kahverengi plak izlendi (Resim 1a-c). Plak üzerinde yaygın dağılım gösteren viyolase-kahverengi papüller mevcuttu. Lezyon alanında kontralateral ekstremiteye göre hafif hipertrikoz izlendi. Histopatolojik inceleme amacıyla plak komponentinden ve plak üzerindeki milimetrik papüllerden birer adet olmak üzere iki adet 3 mm'lik punch biyopsi alındı. Plak alanından alınan biyopside hafif papillomatöz yapılanma, rete çıkıntılarında uzama ve anastomozlaşma ile bazal tabakada melanin pigmentasyonunda artış izlenmiş olup, bulgular Becker nevüsü ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 2a). Papüler lezyondan alınan biyopside ise epidermiste belirgin kompakt ortohiperkeratoz, düzensiz akantoz; üst dermiste damar proliferasyonu, perivasküler lenfohistiyositik infiltrasyon ve rete çıkıntılarına paralel uzanan kollajen demetleri saptandı (Resim 2b). Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya atipik lokalizasyonlu Becker nevüsüne eşlik eden liken simpleks kronikus ve prurigo nodülaris tanıları konuldu.

Becker nevüs



Resim 1a-c: Sağ kruriste, diz seviyesinden ayak bileğine uzanan, keskin sınırlı düzensiz konturlu, üzerinde viyolase-kahverengi papüller gözlenen kahverengi plak.

Histopatoloji



Resim 2a: Epidermiste hafif papillomatöz yapılanma gösteren akantoz, rete uçlarında uzama ve anastomozlaşma ile bazal tabakada artmış melanin pigmentasyonu izlenmekte olup Becker nevüsü görünümü ile uyumludur (H&E, ×10). Resim 2b: Epidermiste kompakt ortohiperkeratoz, hipergranüloz ve düzensiz akantoz; üst dermiste damar proliferasyonu, perivasküler lenfohistiositik inflamasyon, artmış fibroblastik aktivite ve retelere paralel uzanan kollajen demetleri izlenmektedir (H&E, ×10).

Sonuç: Alt ekstremite yerleşimli Becker nevüsü nadir görülen bir prezentasyon olup, lezyon üzerinde gelişen sekonder inflamatuvar dermatozlar da sınırlı sayıda bildirilmiştir. Becker nevüsüne eşlik eden liken simpleks kronikus/prurigo nodülaris patogenezinde, lezyonel deride gösterilen artmış innervasyon ve nöropeptid reseptör ekspresyonunun rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bu vaka, Becker nevüsünün liken simpleks kronikus ve prurigo nodülaris gibi sekonder dermatozlarla birlikte görülebileceğini ve bu birlikteliğin altta yatan lezyonun klinik görünümünü değiştirerek tanısal güçlük yaratabileceğini göstermektedir. Ayrıca, literatür taramamızda selektif IgA yetmezliği ile birlikte bildirilen Becker nevüsü olgusuna rastlanmamış olup, olgumuzun bu açıdan literatüre özgün katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Becker nevüs, liken simpleks kronikus, prurigo nodülaris

Yayın No: P-229
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Multipl Dermatofibrom: Dört Olguluk Seri

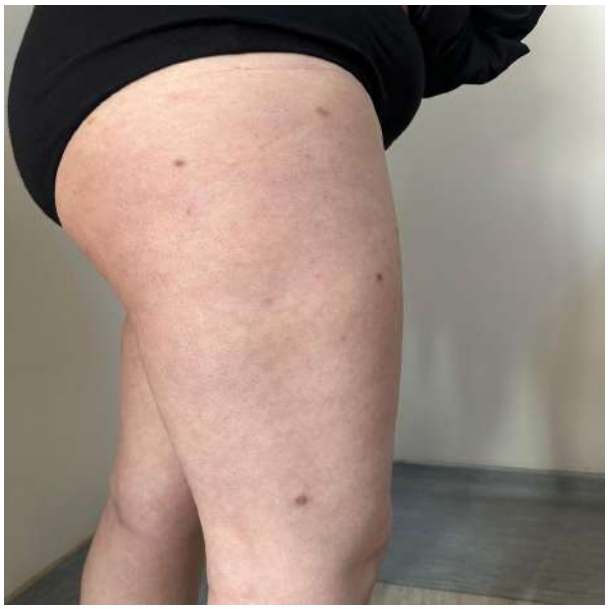
Büşra Solak Esen[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Dermatofibrom, hiperpigmente papül veya nodül şeklinde görülen, iyi huylu fibrohistiyositik dermal bir tümördür. Sıklıkla tek lezyon şeklinde görülür ve hayatın üçüncü-dördüncü dekatlarında ortaya çıkar. Birden fazla dermatofibrom lezyonu bulunan olgular multipl dermatofibrom olarak tanımlanır. Multipl eruptif dermatofibrom (MEDF) tanımı kısa süre içerisinde ortaya çıkan 15 ve üzeri dermatofibrom olgularını veya dört ay içerisinde ortaya çıkan 5 ve üzeri dermatofibrom olgularını ifade eder ve çok nadir görülür. Sistemik lupus eritematozus gibi otoimmün hastalıklar, HIV, böbrek transplantasyonu, hematolojik maligniteler, sistemik immünsupresif ilaç kullanımı MEDF etiyolojisinde suçlanmaktadır. Bu olgu serisinde, 15, 10 ve ikisinde 5 adet olmak üzere multipl dermatofibromu bulunan toplam dört kadın hasta sunulacaktır.

Olgu: İlk olgumuz bilinen hashimoto hipotiroidisi olan 41 yaşında kadın hasta olup, yaklaşık 10 yıl içerisinde ortaya çıkan 15 adet hiperpigmente nodül şikayeti ile polikliniğe başvurdu (şekil 1). Hastanın vücudundaki lezyonlar dermoskopik ve klinik inceleme ile dermatofibrom olarak değerlendirildi ve histopatolojik olarak tanı netleştirildi. İkinci olgumuz bilinen ek hastalığı olmayan 47 yaşında kadın hasta olup, 4 yıl içerisinde ortaya çıkan 10 adet hiperpigmente nodül şikayeti ile polikliniğe başvurdu (şekil 2). Lezyonlar klinik, dermoskopik ve histopatolojik değerlendirme sonucunda dermatofibrom olarak değerlendirildi. Üçüncü olgumuz, bilinen ek hastalığı olmayan 29 yaşında kadın hasta olup 4 ay içerisinde gelişen 5 adet dermatofibromu mevcuttu. Dördüncü olgumuz ise bilinen ek hastalığı olmayan 42 yaşında kadın hasta olup 4 yıl içerisinde gelişen 5 adet dermatofibrom nedeniyle polikliniğe başvurdu. Olgular kullanılan sistemik ilaçlar açısından sorgulandığında hashimoto hipotiroidisi olan ilk olgu hariç diğer olgularda sürekli sistemik ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Tüm olgularda eşlik eden otoimmün hastalık, immün yetmezlik ve enfeksiyöz etiyoloji açısından değerlendirme yapıldı. Antinükleer antikor (ANA), anti-dsDNA, anti-Ro, anti-La antikorları ile HIV, hepatit C, hepatit B ve sifiliz serolojisi tüm olgularda negatif saptandı. Hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyonları tüm olgularda normaldi. İlk olgu hariç diğer olguların tiroid fonksiyonları normaldi. Hastaların hiçbirinde hematolojik malignite öyküsü, organ transplantasyonu ve immünsüpresif tedavi kullanımı öyküsü yoktu. Hastalarda hashimoto tiroiditi dışında multiple dermatofibrom gelişimi ile ilişkilendirilebilecek ek neden saptanmadı.

şekil 1



bacakta multipl dermatofibrom

şekil 2



bacakta multipl dermatofibrom

Tablo 1

Özellik	**Olgu 1**	**Olgu 2**	**Olgu 3**	**Olgu 4**
Yaş/Cinsiyet	41/K	47/K	29/K	42/K
Dermatofibrom	15	10	5	5

sayısı				
Gelişim süresi	10 yıl	4 yıl	4 ay	4 yıl
Eşlik eden hastalık	Hashimoto tiroiditi	Yok	Yok	Yok
Sürekli sistemik ilaç kullanımı	Levotiroksin	Yok	Yok	Yok
Otoimmün panel (ANA, anti-dsDNA, anti-Ro, anti-La)	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
HIV, hepatit B, hepatit C ve sifiliz serolojisi	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif

Multipl Dermatofibrom Olgu Serisi Tablosu

Sonuç: Literatüre bakıldığında yaklaşık 100 MEDF olgusu tanımlanmış olup, olgular çoğunlukla 30-40 yaş arası kadınlardan oluşmaktadır. MEDF olgularının yaklaşık üçte ikisinde eşlik eden otoimmün hastalık, HIV enfeksiyonu, malignite ve immünsupresif ilaç kullanımı mevcuttur. Bizim olgu serimizde Hashimoto tiroiditi bulunan bir olgu dışında ilişkili sistemik hastalık saptanmamıştır. Literatürde MEDF tanımı, lezyon sayısı ve ortaya çıkış süresi açısından tartışmalıdır. Serimizde 15 adet dermatofibromu bulunan olguda lezyonların 10 yıl gibi uzun bir sürede ortaya çıkmış olması literatürdeki MEDF tanımını tam karşılamamaktadır. Buna karşın, dört ay içerisinde gelişen beş dermatofibromu bulunan 29 yaşındaki olgu MEDF spektrumunda değerlendirilebilir. Bu bulgular, hızlı gelişim gösteren eruptif olguların immün disregülasyon ile daha güçlü ilişkili olabileceğini, yıllar içerisinde yavaş gelişen multipl dermatofibrom olgularının ise farklı bir klinik alt grubu temsil edebileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, multipl dermatofibrom saptanan hastalarda eşlik eden sistemik hastalıkların araştırılması önemini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: Multipl dermatofibrom, Multipl eruptif dermatofibrom, Sistemik hastalık

Yayın No: P-230
Bildiri Grubu: Genel / Fotodermatozlar

DUPİLUMAB TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN FOTOKONTAKT DERMATİT BENZERİ ERÜPSİYON: OLGU SUNUMU

CAN GÜLEN[1]

[1]19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Dupilumab, orta ve ağır atopik dermatit tedavisinde etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, interlökin-4 (IL-4) ve interlökin-13 (IL-13) sinyal yolaklarını inhibe eden biyolojik bir ajandır. Bununla birlikte tedavi sürecinde yüz-boyun dermatiti, eritemli skuamlı erüpsiyonlar ve fotosensitiviteyi taklit eden reaksiyonlar bildirilmektedir. Dupilumab ilişkili yüz-boyun dermatitinin patogenezi tam olarak açıklanamamış olup malassezia hipersensitivitesi, kontakt dermatit, demodex ilişkili inflamasyon ve fotoduyarlılık benzeri mekanizmaların rol oynadığı düşünülmektedir. Bu olguda, dupilumab tedavisi sonrasında gelişen ve başlangıçta fotokontakt dermatit olarak değerlendirilen klinik tablonun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi yıldır kaşıntılı plaklar nedeniyle takip edilen erkek hasta, dönemsel olarak topikal kortikosteroid tedavileri kullanmaktaydı. Serum total immünoglobulin E (IgE) düzeyi 1189 IU/mL olarak saptandı. Topikal tedavilere yetersiz yanıt alınması üzerine yapılan deri biyopsisinde kompakt hiperkeratoz, yaygın parakeratoz, düzensiz akantoz, spongioz, inflamatuar hücre ekzositozu, dermal ödem ve seyrek eozinofil içeren perivasküler lenfositik infiltrasyon izlendi. Histopatolojik bulgular subakut spongiotik dermatit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Aralık 2025 tarihinde dupilumab tedavisi başlandı. 4 ay dupilumab tedavisi aldı. Tedavi sonrasında kaşıntıda belirgin gerileme gözlenmesine karşın hastanın takiplerinin düzensiz olduğu öğrenildi. İzlem sürecinde özellikle yüz, boyun ve el sırtları gibi fotoekspoze alanlarda kaşıntı, eritem, skuamlanma ve ödem gelişti. Klinik görünüm başlangıçta fotokontakt dermatit lehine değerlendirilmekle birlikte lezyonların tedavi süreci ile zamansal ilişkisi dupilumab ilişkili reaksiyonu düşündürdü. 10 gün boyunca 32 mg metilprednisolon ve topikal kortikosteroid tedavisi verildi. Belirgin tedavi yanıtı alındı.

Tedavi öncesi



Tedavi sonrası



Sonuç: Dupilumab tedavisi sırasında gelişen yüz-boyun ve fotoekspoze alan tutulumlu dermatitler fotokontakt dermatiti taklit edebilir. Bu nedenle dupilumab kullanan hastalarda benzer klinik bulgular geliştiğinde ayırıcı tanıda dupilumab ilişkili yüz-boyun dermatiti göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik öykü, lezyonların dağılımı ve tedavi ile zamansal ilişkinin dikkatle değerlendirilmesi doğru tanıya ulaşılması ve gereksiz tedavi değişikliklerinin önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dupilumab, Atopik dermatit, Fotokontakt dermatit

Yayın No: P-231
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Kutanöz B Hücreli Lenfomalarda Tedavi Yaklaşımı: Olgu Serisi

METE DEMİR[1], CEYDA TETİK AYDOĞDU[1], SUZAN DEMİR PEKTAŞ[1], EMİNE TUĞBA ALATAŞ[1]

[1]Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Primer kutanöz B hücreli lenfomalar, tanı anında deri dışı tutulum belirtisi olmaksızın deride ortaya çıkan non-Hodgkin lenfomalardır.Primer kutanöz lenfomaların %25'i B-hücre kökenlidir.İndolent(Agresif olmayan) lenfomalar arasında primer kutanöz marjinal zon lenfoma, primer kutanöz folikül merkez lenfoma yer alırken, primer kutanöz diffüz büyük B hücreli lenfoma (bacak tipi)orta ila agresif tiplerdendir.Lokalize indolent lenfoma ile yaygın indolent lenfoma/agresif lenfoma tiplerinde tedavi seçenekleri değişiklik göstermektedir. Bu çalışmamızda Primer kutanöz B hücreli lenfomaların farklı klinik alt tiplerinde uygulanan tedavi yaklaşımlarını ve tedavi seçiminde etkili olan klinik özellikleri olgu serisi eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu: Bu olgu serimizde 1 adet kutanöz marjinal zon lenfomalı 65 yaş kadın hastayı, 2 adet primer kutanöz diffüz büyük B hücreli lenfomalı (bacak tipi) 63 yaş erkek ve 91 yaş kadın hastayı sunuyoruz.Marjinal zonlu lenfomalı hastamızda lezyonlar 5 yıl önce sırtta başlayıp sonrasında göğüs ve bacaklara da yayılan kaşıntılı ağrısız eritemli nodüllerle karakterizeydi. Hastanın lezyonlarına intralezyonel kortikosteroid ve topikal steroid tedavisi uygulandı.Ek olarak haftada 2 kez toplam 20 seans dar band UVB tedavisi aldı.Hastamız KT-RT tedavisi almadı. Diğer primer kutanöz diffüz büyük B hücreli lenfoma bacak tipi hastalarımızdan ilki 2 aydır bacakta başlayıp kol, gövdeye yayılan eritemli nodüller ve yer yer akıntılı ülserlerle polikliniğe başvurdu.Yapılan fizik muayene, usg ve bt çalışmaları sonucunda hastanın evrelemesi T3N3M1 olarak yapıldı, hastaya R-CHOP kemoterapisi verildi. İkinci hastamız ise 1 aydır olan sol bacakta morumsu noduler lezyonlarla polikliniğe başvurdu.Yapılan fizik muayene, usg ve bt çalışmaları sonucunda hastanın evrelemesi T2N0M0 olarak yapıldı.Hastamız 91 yaşındaydı, kalp hastalığı da mevcuttu.Bu yüzden R-CHOP kemoterapisi verilemedi, R-CP tedavisi aldı.

Fİgür-1



primer kutanöz diffüz büyük B hücreli lenfoma bacak tipi

Figür-2



primer kutanöz marjinal zon lenfoma

Sonuç: Primer kutanöz b hücreli lenfomalar üç ana entiteye ayrılmaktadır.Primer kutanöz marjinal zon lenfoma, primer kutanöz folikül merkez lenfoma daha indolen seyirliyken, primer kutanöz diffüz büyük B-hücreli lenfoma bacak tipi daha agresif seyirlidir. PCMZL ve PCFCL'da daha lokal tedaviler(radyoterapi, eksizyon, ils vb.) verilebilirken, PCDLBCL, Ltde kemoterapi+radyoterapi tedavileri ön plandadır.(En sık önerilen tedavi düzeni R-CHOP+radyoterapi). Primer kutanöz B hücreli lenfomalarda tedavi seçimi tek tip değildir; alt tip, lezyon yaygınlığı ve hastaya özgü özellikler tedavi yaklaşımını belirlemektedir. Bu olgu serisi, bu farklılıkları gerçek yaşam deneyimi üzerinden ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: kutanöz b hücreli lenfoma, primer kutanöz marjinal zon lenfoma, primer kutanöz diffüz büyük B hücreli lenfoma bacak tipi

Yayın No: P-232
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

İntermammarian bölge yerleşimli foliküler liken planus olgusu

Ceyda Çaytemel[1], Özgür Timurkaynak[1], Cüyan Demirkesen[2], Ceren Kabak[1]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Foliküler liken planus, kıl folliküllerini hedef alan likenoid inflamasyonla karakterize, nadir görülen bir liken planus varyantıdır. Klinik bulgularının değişken olması, özellikle atipik yerleşimlerde tanısal güçlüğe ve foliküler ya da adneksiyal dermatozlarla karışmasına yol açabilir. İntermammarian bölge tutulumu oldukça nadirdir ve bu lokalizasyonda görülen perifoliküler pigmente papüller tanısal güçlük oluşturabilir. Bu olguda, intermammarian bölgede yerleşen perifoliküler pigmente papüllerin klinik, dermoskopik ve histopatolojik özellikleri sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi altı yaşında kadın hasta, bir aydır göğsünde sayıları giderek artan kahverengi kabarıklıklar şikayeti ile başvurdu. Hashimoto tiroiditi dışında özgeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenede; intermammarian ve inferior presternal bölgede, 1–3 mm çaplı, monomorfik, düzgün sınırlı, çok sayıda, birbirinden ayrı yerleşimli, folikül merkezli kahverengi papüller izlendi (Resim 1).Dermoskopik incelemede; folikül ostiumları çevresinde ince gri-kahverengi granüler pigmentasyon (perifoliküler peppering) dikkati çekti (Resim 2). Klinik görünümü nedeniyle ayırıcı tanıda siringoma, foliküler liken planus ve liken planus benzeri keratoz düşünüldü.Histopatolojik incelemede epidermiste kıl follikülü ostiumu ve infundibulumunda genişleme, lümen içerisinde keratotik tıkaç ve vellus kıllar izlendi. Bazal tabakada yer yer hidropik dejenerasyon, kolloid cisimcikleri ve lenfositler mevcuttu. Üst dermiste bant oluşturma eğiliminde perifoliküler alana uzanan lenfohistiositik infiltrasyon ile seyrek pigment yüklü makrofajlar ve aynı kıl follikülü çevresinde yabancı cisim tipi dev hücreler izlendi. Bulgular foliküler liken planus ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya topikal klobetazol propiyonat tedavisi başlandı. Topikal steroid ile lezyonlarda gerileme gözlendi.

İntermammarian bölgede kahverengi papüller



İntermammarian bölgede, 1–3 mm çaplı, monomorfik, düzgün sınırlı, folikül merkezli kahverengi papüller

Dermoskopik görünüm



Dermoskopik incelemede folikül ostiumları çevresinde izlenen ince gri-kahverengi granüler pigmentasyon

Sonuç: Foliküler liken planus, liken planusun nadir görülen ve klinik olarak farklı dermatozları taklit edebilen bir varyantıdır. Olgumuzda lezyonların intermammarian ve presternal bölgede sınırlı, monomorfik foliküler papüller şeklinde ortaya çıkması alışılmadık bir klinik prezentasyon oluşturmuştur. Dermoskopide saptanan perifoliküler gri-kahverengi granüler pigmentasyon, foliküler düzeydeki interfaz dermatiti ve pigment inkontinansını yansıtan tanısal bir ipucu olabilir. Klinik ve dermoskopik bulguların histopatolojik inceleme ile birlikte değerlendirilmesi, benzer görünüme sahip foliküler ve adneksiyal dermatozlardan ayrımda önemlidir. Bu olgu, foliküler liken planusun gövdede lokalize kahverengi foliküler papüllerin ayırıcı tanısında akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Foliküler liken planus, Dermoskopi

Yayın No: P-233
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Canakinumab Tedavisi Sonrası Gelişen Paradoksal Psoriazis: Sistemik Juvenil İdiyopatik Artritli Pediatrik Bir Olgu

Büşra Çiçekcibaşı[1], Ali İmran Özatak[1], Erkan Alpsoy[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Sistemik juvenil idiopatik artrit tedavisinde interlökin-1 inhibitörleri etkinliği kanıtlanmış tedavi seçeneklerindendir. Paradoksal psöriasis ise bu tedavilere bağlı nadiren gelişen, immun sistemin psöriasiform inflamasyona yönelmesiyle ortaya çıkan advers etkidir. Bu nadir advers olay en sık TNF-alfa inhibitörleri ile ilişkilendirilmiş olup IL-1 inhibitörlerine bağlı olgular oldukça azdır. Bu pediatrik olguda canakinumab tedavisi sonrasında gelişen paradoksal psöriasis ve olası immünolojik mekanizmaların tartışılması, bu advers etkinin erken tanısının öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Anakinra tedavisi sırasında karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik nedeniyle tedavisine canakinumab ile devam edilen sistemik juvenil idopatik artritli dokuz yaşındaki kız hasta; ilk canakinumab dozundan yaklaşık 14 gün sonra saçlı deri ve gövdede eritemli skuamlı plaklar gelişmesi nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Hastanın kişisel ve aile öyküsünde psöriasis öyküsü bulunmuyordu, fizik muayenede tırnak ve eklem tutulumu bulunmamaktaydı. Klinik olarak psöriasis düşünüldü ve deri biyopsisinde psoriazis ile uyumlu histopatolojik bulgular saptandı. Bunun üzerine canakinumab tedavisi kesilerek yeniden anakinra başlandı ve psöriasis tedavisi için metotreksat eklendi. Tedavinin üçüncü ayında deri lezyonlarında tam remisyon sağlandı ve sonraki 6 aylık izlem süresince de rekürrens izlenmedi.

paradoksal psoriasis



paradoksal psöriazis



Sonuç: Paradoksal psoriazisin patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır, biyolojik ajanların sitokin dengesini değiştirerek tip I interferon ve IL-23/Th17 yolağını aktive ettiği düşünülmektedir. Anakinra ve canakinumab aynı immün yolu hedeflese de etki mekanizmaları farklıdır. Anakinra, IL-1 reseptör antagonisti olarak hem IL-1α hem de IL-1β sinyallerini bloke ederken, canakinumab yalnızca IL-1β'ya karşı geliştirilmiş uzun etkili monoklonal antikordur. Bu seçici ve daha uzun süreli IL-1β inhibisyonunun sitokin ağında farklı bir yeniden düzenlenmeye yol açarak paradoksal psoriazisi tetiklemiş olabileceği düşünülmektedir. Hastamızda anakinra kullanımı sırasında psoriazis gelişmemesi, buna karşın ilk canakinumab dozundan kısa süre sonra tipik lezyonların ortaya çıkması ve ilacın kesilmesini takiben tam klinik düzelme sağlanması bu olası ilişkiyi desteklemektedir. Bu olgu, aynı sitokin yolunu hedefleyen biyolojik ajanlar arasında dahi immünolojik etkilerin farklılaşabileceğini göstermesi ve canakinumab ilişkili paradoksal psoriazisin erken tanınmasının uygun tedavi düzenlenmesi açısından önemini vurgulaması nedeniyle literatüre katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: paradoksal psoriazis, canakinumab, sistemik juvenil idiopatik artrit

Yayın No: P-235
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Oral Liken Planus Zemininde Gelişen Skuamöz Hücreli Karsinom Olgusu

BÜŞRA DEMİREL[1], SEMA AYTEKİN[1], PEMBE GÜL GÜNEŞ[2]

[1]NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DERMATOLOJİ ANA BİLİM DALI, TEKİRDAĞ
[2]BAHÇELİEVLER MEMORİAL HASTANESİ , İSTANBUL

Giriş ve Amaç: Oral liken planus (OLP), oral mukozada beyaz striyasyonlar , papüller, eritem, erozyon veya ülserasyonlarla seyreden kronik, T-hücre aracılı otoimmün bir mukokutanöz hastalıktır. Genel erişkin popülasyonunda prevalansı yaklaşık %1–3 olup OLP, potansiyel malign oral mukoza bozukluğu kabul edilmekte ve ortalama %1,09 oranında oral skuamöz hücreli karsinoma (SCC) dönüşüm riski taşımaktadır. Oral malignitelerin en sık görülen histolojik tipini oluşturan SCC, yüksek mortalite oranlarına sahip olup, tanı anında sıklıkla ileri evrede tespit edilmektedir. Oral SCC klasik olarak ileri yaş erkeklerde, tütün ve alkol kullanımı ile ilişkili görülse de; OLP zemininde gelişen SCC vakaları belirgin bir kadın baskınlığı göstermekte ve hastaların yarıdan fazlasında geleneksel tütün/alkol risk faktörleri bulunmamaktadır. Her iki klinik tabloda da dil en sık etkilenen ve malign dönüşümün en yoğun gözlendiği anatomik bölgedir. Malign transformasyonda, OLP'nin yarattığı kronik inflamatuar yanıtın neden olduğu oksidatif stres ve sitokin salınımının epitelyal hasarı tetiklemesi rol oynamaktadır. Bu olgu sunumunun amacı, oral liken planus zemininde gelişen oral SCC vakasının klinik, histopatolojik ve tanısal süreçlerini sunmak; pre-malign potansiyel taşıyan atrofik/erosif OLP hastalarında düzenli takibin, erken biyopisin ve klinik şüphe halinde rebiyopsinin önemini vurgulamaktır.

Olgu: Elli dokuz yaş kadın hasta dilde yara şikayeti ile başvurdu. Sekiz yıldır olduğu ve son bir buçuk yıl içinde değişim gösterdiği, ağrının eşlik etttiği öğrenildi.Kanama tarfilenmiyordu. Yaklaşık on yıl önce OLP tanısı aldığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede dil sol lateralinden başlayıp orta hatta uzanım gösteren yaklaşık 3,5*4,5 cm boyutlarında palpasyonla yaklaşık iki cm endurasyonu olan vejetatif, verrüköz lezyon görüldü. Rutin tetkiklerinde ve serolojisinde özellik yoktu. Sigara öyküsü yoktu.Hastadan alınan biyopsi incelemesi mantar enfeksiyonu olarak raporlanan hastanın biyopsi materyali tekrar incelendi. Proliferatif verrüköz lökoplazi / SCCayrımı yapılamadığı için rebiyopsi önerildi. Rebiyopsi histopatolojisinde; büyük bir kısmı verrüköz paternde skuamöz epitel prolifersyonu, fokal birkaç odakta mukoza yüzeyinde fungus izlendi .Subepitelyal alanda birkaç adet hücreden oluşan küçük gruplar halinde yüzeyel invaazyon saptandı ve yüzeyel invaziv scc olarak raporlandı. Çekilen manyetik rezonans görüntülemelerde bilateral submandibular bölge ve servikal zincirlerde büyüğü bir cm level 1b ve level 2 lenf nodu + olarak raporlandı. Hastaya İnvazif SCC tanısı konulup tedavi için ilgili branşlara yönlendirildi.

Sonuç: Sonuç olarak, Oral Liken Planus (OLP) yalnızca kronik ve semptomatik bir T-hücre aracılı inflamatuar mukoza hastalığı değil, hayat boyu yakından izlenmesi gereken potansiyel bir

pre-malign tablodur. Özellikle dil yan kenarı tutulumu gösteren, atrofik veya erosif tipte dirençli lezyonlara sahip OLP hastaları malign transformasyon açısından en yüksek riski taşımaktadır. Klasik oral SCC olgularının aksine, OLP zemininde gelişen malign dönüşümler sigara veya alkol öyküsü bulunmayan, ileri yaş kadın hastalarda da sıklıkla ortaya çıkabilmektedir. OLP tanısından SCC gelişimine kadar geçen sürenin ortalama 4–5 yıl kadar uzun olabileceği unutulmamalı; semptomlar gerilese dahi tüm OLP hastaları en az 6 aylık periyotlarla rutin kontrole çağrılmalıdır. Klinik görünümde lezyonun yapısının değişmesi, ülserasyon gelişmesi veya tedaviye direnç gözlenmesi durumunda zaman kaybetmeksizin tekrar biyopsi yapılması, hayat kurtarıcı niteliktedir.

resim 1



resim2



Anahtar Kelimeler: oral liken planus, malign transformasyon, skuamöz karsinom

Yayın No: P-236
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Difenilsiklopropenon (DPCP) Tedavisi Sonrasında Yeni Gelişen Psöriasis Plakları: Nadir Bir Olgu Sunumu

Ecem Etli[1], Ertan Yılmaz[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Deri Ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Antalya

Giriş ve Amaç: Difensipron (Difenilsiklopropenon DPCP), 1972'den beri literatürde hem insanlarda hem de hayvanlarda güçlü bir temas alerjeni olarak tanımlanmıştır. DPCP, insan derisinde gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonlarına neden olan bir hapten olup, alopesi areata, siğiller ve kutanöz melanom metastazlarının topikal tedavisinde kullanılan immünoterapi ajanıdır. Potansiyel yan etkileri arasında, nadiren kullanımı sınırlayan, şiddetli kontakt dermatit, kaşıntı, ürtiker, bölgesel lenfadenopati, postinflamatuar hiperpigmentasyon veya hipopigmentasyon, eritema multiforme benzeri lezyonlar, depigmentasyon ve yaygın egzama bulunmaktadır. DPCP'nin immün yanıtı modüle etme yeteneği, bazı durumlarda psöriasis gibi inflamatuvar dermatozların tetiklenmesine neden olabilir. Literatürde DPCP tedavisi sonrası psöriasis gelişimi nadir olarak bildirilmiştir. Biz ise DPCP tedavisi sonrası psoriasis gelişen olgumuzu paylaşacağız.

Yöntem: Alopesi areata tanısıyla topikal difenilsiklopropenon (DPCP) tedavisi uygulanan ve takip sırasında yeni gelişen psöriatik plaklar saptanan bir hastanın klinik ve dermoskopik bulguları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastanın demografik özellikleri, uygulanan tedavi protokolü, gelişen yan etkiler ve klinik seyri hasta dosyası üzerinden incelendi.

Bulgular ve Sonuç: Kırk bir yaşında alopesi universalis tanılı erkek hastaya daha önce uygulanan topikal ve sistemik tedavilere yanıt alınamaması üzerine DPCP tedavisine başlandı. Uygun doz titrasyonu sonrası hasta, %0,01 konsantrasyonda DPCP ile ev tedavisine devam etti. Tedavinin ikinci ayında, DPCP uygulanan bölgelerle sınırlı, eritemli ve gümüşi skuamlarla kaplı plaklar gelişti. Klinik muayenede mum lekesi bulgusu pozitifti ve dermoksopik incelemesinde düzenli noktasal damar yapıları mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde bilinen psoriasis öyküsü bulunmamaktaydı. Bulgular, DPCP tedavisine sekonder gelişen psoriasis olarak değerlendirildi ve tedavi sonlandırıldı. DPCP'nin kesilmesini takiben lezyonlarda gerileme izlendi. Bu olgu, DPCP tedavisinin nadir fakat klinik açıdan önemli bir advers etkisi olan psöriasis indüksiyonunu göstermektedir. DPCP, özellikle köbnerizasyon riski taşıyan kronik dermatolojik hastalığı bulunan bireylerde dikkatli kullanılmalıdır. Tedavi öncesinde ayrıntılı dermatolojik değerlendirme yapılması, potansiyel risklerin gözden geçirilmesi aynı zamanda hastaların vitiligo ve psöriasis gibi inflamatuvar dermatozların gelişme olasılığı konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir.

Şekil 1



Hastanın sağ occipital bölgesinde bulunan psoriasis plakları

Şekil 2



Hastanın sol frontoparietal bölgesinde bulunan psoriasis plakları

Anahtar Kelimeler: Difenilsiklopropenon (DPCP), Alopesi areata, Psöriasis

Yayın No: P-237
Bildiri Grubu: Genel / Fotodermatozlar

Erişkin Yaşta Atipik Klinik Bulgularla Seyreden Hidroa Vaksiniforme Olgusu

Berfin Didar Kılınç[1], İlknur Kıvanç Altunay[1], Serıie Gamze Gemicioğlu[1]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hidroa vaksiniforme, çoğunlukla çocukluk çağında başlayan, güneş maruziyeti sonrası gelişen vezikül, bül ve nekrotik lezyonların varioliform skarlarla iyileşmesiyle karakterize nadir bir fotodermatozdur. Erişkin yaşta görülmesi ve klasik foto-dağılım dışındaki alanların tutulması tanısal güçlüklere neden olabilir. Burada erişkin yaşta, atipik yerleşimli deri lezyonları ile başvuran ve klinikopatolojik değerlendirme sonucunda hidroa vaksiniforme tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Kırk yaşında, ek hastalığı bulunmayan erkek hasta, yaklaşık bir yıldır aralıklı olarak devam eden ve son bir ayda şiddeti artan göğüs ön yüzü ve alt ekstremitelerdeki deri lezyonları nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede uyluk iç yüzünde anüler skar ile iyileşen lezyonlar ve göğüs orta hatta eritemli, yer yer eksüdatif, figüre yayılım eğilimi gösteren plaklar izlendi. Degos hastalığı ve lökositoklastik vaskülit ön tanılarıyla deri biyopsisi ve direkt immünfloresan inceleme yapıldı. Histopatolojik incelemede ortokeratoz, hipergranüloz, yüzeyel dermiste dilate vasküler yapılar ve hafif lenfoplazmositer infiltrasyon saptandı; vaskülit lehine tanısal bulgu izlenmedi. Vaskülit etiyolojisine yönelik laboratuvar incelemelerinde belirgin patoloji saptanmadı.Klinik ve histopatolojik bulguların uyumsuzluğu nedeniyle Dowling-Degos hastalığı, hidroa vaksiniforme ve atrofik liken ön tanılarıyla histopatolojik yeniden değerlendirme yapıldı. Tekrarlanan biyopsinin incelenmesinde epidermiste minimal akantoz; yüzeyel dermiste fibroblastik hücre proliferasyonu, ödem, vaskülarite artışı ve kollajen lifleri arasında Alcian blue pozitif müsinöz materyal izlendi. Histopatolojik bulguların geç dönem, hafif skarla iyileşmiş hidroa vaksiniforme lezyonu ile ilişkili olabileceği değerlendirildi. Klinikopatolojik korelasyon ve histopatolojik yeniden değerlendirme sonucunda hidroa vaksiniforme tanısı konuldu. Müsinöz birikim nedeniyle olası hematolojik hastalık açısından değerlendirilen hastada periferik yaymada atipi veya displazi izlenmedi; serum ve idrarda monoklonal protein saptanmadı ve sistemik plazma hücre diskrazisi lehine bulgu bulunmadı.Hastaya oral asiklovir 400 mg üç kez/gün başlandı. Tedavi sonrasında mevcut lezyonlarda eritemde azalma gözlenmekle birlikte yeni lezyon çıkışının devam ettiği izlendi. Hidroksiklorokin tedavisi planlandı; ancak hasta başlangıçta oftalmolojik değerlendirmesini tamamlayamadığı ve tedaviyi kullanmak istemediği için hidroksiklorokin başlanamadı. Bir ay sonraki kontrolünde lezyonlarda kısmi gerileme izlendi; ancak tam klinik yanıt elde edilemedi. Takibinde hidroksiklorokin tedavisini kabul eden hastaya oftalmolojik değerlendirme sonrasında hidroksiklorokin başlandı. İzleyen kontrollerde mevcut lezyonlarda belirgin gerileme ve yeni lezyon çıkışının olmadığı gözlendi.

Hidroa Vaksiniformenin Klinik Görünümü



Göğüs ön yüzü ve gövdede eritemli, yer yer eksüdatif ve krutlu papül ve plaklar ile farklı evrelerde skar bırakarak iyileşen lezyonlar.

Alt Ekstremitede Skar Bırakarak İyileşen Lezyonlar



Uylukta eritemli papül ve plaklar ile anüler, atrofik skar bırakarak iyileşen lezyonlar.

Sonuç: Hidroa vaksiniforme tipik olarak çocukluk çağında başlayan ve güneş gören alanları etkileyen nadir bir fotodermatoz olmakla birlikte, erişkin yaşta ve atipik anatomik dağılımla da seyredebilir. Olgumuz, erişkin yaşta ortaya çıkması ve klasik foto-dağılım dışındaki alanların tutulması nedeniyle atipik özellikler göstermektedir. Klinik ve histopatolojik bulguların özgül olmaması vaskülit, Degos hastalığı ve müsin birikimiyle seyreden dermatozlarla tanısal karışıklığa yol açabilir. Erişkin hastalarda tekrarlayan ve skar bırakarak iyileşen vezikülopapüler

veya nekrotik lezyonlarda hidroa vaksiniforme ayırıcı tanıda akılda tutulmalı; doğru tanıya ulaşmada klinikopatolojik korelasyon ve gerektiğinde histopatolojik yeniden değerlendirmenin önemi göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hidroa vacciniforme, Photodermatoses, Clinicopathological correlation

Yayın No: P-238
Bildiri Grubu: Genel / Kozmetik dermatoloji

Kulak Memesi Dolgusu: Küçük dokunuşlar büyük farklar yaratır

Emine Buket Bayram[1]

[1]Serbest Hekim

Giriş ve Amaç: Kronolojik ve dışsal yaşlanma tüm yüz bölgesini etkilemektedir. Genellikle kulak memesi yüz gençleştirme uygulamalarında ihmal edilmektedir. Tarih boyunca kulak süslemesi kadınlar için önemli olmuştur. Kulak memesinin hacminin azalması küpenin kulakta duruşunu etkilemektedir. Hyaluronik asit (HA) dolgu enjeksiyonları ile kulak memesinde zamanla oluşan hacim kaybı düzeltilebilir. Bu bildiride HA dolgu uygulamalarına yeni bir bakış açısı kazandırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanın her iki kulak memesine Allergan® firmasının 24mg/ml hyaluranik asit jel ve %0.3 lidokain hydrochloride içeren Juvaderm ultra 3 ürünü subkutan 0.3 cc olmak üzere toplamda 0.6 cc uygulandı. Tedavi sonrası hastanın yakınması düzeldi.

Bulgular ve Sonuç: 75 yaşında hasta kulak memelerinde küçülme ve küpe takamama yakınması ile başvurdu (Resim-1). Küpe taktığında kulağında istediği gibi durmadığı için kendini mutsuz hissediyordu. Kulak memesi için "buruşmuş üzüm tanesi" tabirini kullanmaktaydı. Yapılan dermatolojik muayenesinde her iki kulak memesinde hacim kaybı olduğu saptandı. Sonuç olarak HA dolgu uygulaması sonrası tüm yakınmaları düzeldi ve istediği gibi küpe takabildi (Resim-2). HA dolguları, kulak memesinin hacmini düzeltmede hızlı ve kolay bir yöntemidir. Yan etkiler ile iyileşme süresi minimum düzeydedir.

Resim-1 Uygulama öncesi.



Resim-2 Uygulamadan 2 ay sonrası



Anahtar Kelimeler: hyaluronik asit, dolgu, kulak memesi

Yayın No: P-239
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

El Ekzeması Hastalarında Metilprednizolon Aseponat ve Triticum Vulgare Ekstresi Tedavisinin Etkinliği ve Üç Farklı Büyük Dil Modelinin Görsel Skorlamada Klinisyen Skorlarıyla Uyumluluğu: Prospektif Pilot Çalışma

İREM YILMAZ[1], Fatma Aslı Hapa[1], Fatma Elif Yıldırım[1]

[1]Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

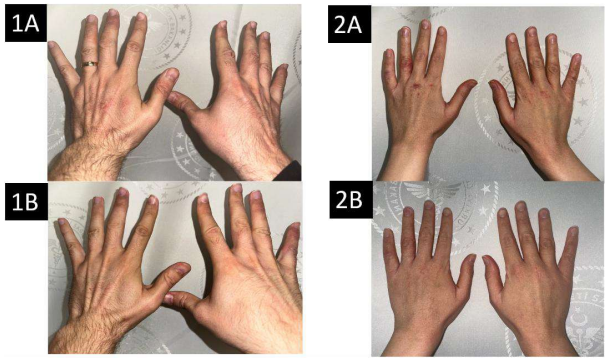
Giriş ve Amaç: Giriş: El ekzeması, yaşam kalitesini belirgin biçimde bozan kronik bir dermatozdur. Tedavide ilk seçenek olan topikal kortikosteroidler (TKS) inflamasyonu baskılarken, bariyeri doğrudan onarmaz. Bu nedenle 4. kuşak bir TKS olan metilprednizolon aseponata Triticum vulgare ekstresi eklenmesi patogenezi çok yönlü hedefler. Triticum vulgare; keratinosit proliferasyonunu, epidermal lipid/seramid sentezini ve bariyer onarımını uyarırken güçlü bir antiinflamatuar etki sunar. Ayrıca son yıllarda büyük dil modellerinin (BDM) dermatolojik görsel değerlendirmedeki performansı ilgi çekmektedir. Amaç: Bu çalışmanın amacı; el ekzemasında metilprednizolon aseponat monoterapisi ile metilprednizolon aseponat + Triticum vulgare kombinasyonunun klinik etkinliğini karşılaştırmak ve üç farklı genel amaçlı BDM'nin (Claude, Gemini, ChatGPT/GPT-4o) görsel skorlamada klinisyen skorlarıyla uyumluluğunu keşifsel olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Yöntem: Prospektif, açık uçlu, karşılaştırmalı pilot çalışmaya el ekzeması tanısı alan 16 hasta (Grup 1: TKS monoterapi, n=7; Grup 2: TKS + Triticum vulgare, n=9) dahil edildi. 0., 2. ve 4. haftalarda eritem, skuam ve fissür (0-3 puan) ile genel şikayetler VAS (0-10) ile değerlendirildi. Görsel skorlama için 6 hastanın 12 klinik fotoğrafı anonimleştirilerek Claude, Gemini ve ChatGPT/GPT-4o modellerine standart Türkçe prompt ile skorlatıldı. İstatistisel analizlerde Wilcoxon, Mann-Whitney U, Fisher exact testleri, ICC(2,1), ağırlıklı Cohen kappa ve Bland-Altman analizi kullanıldı.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: Hastaların medyan yaşı 48,0 olup 14'ü kadındı. Her iki grupta 4. haftada tüm klinik parametrelerde ve VAS'ta anlamlı düşüş saptandı ($p < 0,05$). Grup 2 başlangıçta daha ağır bir tabloya sahip olmasına rağmen (T0 toplam skor: 8,0 vs 6,0; $p=0,023$) 4. haftada monoterapi grubuyla benzer iyileşmeye ulaştı (toplam skor her iki grupta 2,0). 2. hafta iyileşme hızı (Δ-skor) analizinde Grup 2 lehine trend (medyan Δ: 4,0 vs 3,0 puan) gözlense de fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,356$). Hiçbir hastada yan etki gözlenmedi. Yapay zeka analizinde üç BDM de klinisyenle sınırlı/zayıf uyum sergiledi (Claude ICC=0,52; Gemini ICC=0,26; ChatGPT ICC=0,24) ve tüm modeller sistematik olarak daha düşük skorlama eğilimi (bias: +2,08 ile +2,92 arası) gösterdi. Fissür tespitinde modeller sırasıyla %44 (Claude), %89 (ChatGPT) ve %100 (Gemini) oranında eksik saptama yaptı. Sonuç: Metilprednizolon aseponat ve Triticum vulgare kombinasyonu, başlangıçta daha ağır vakalarda dahi monoterapiye benzer yüksek etkinlik sağlamakta ve iyileşme sürecini hızlandırma potansiyeli sunmaktadır. Genel

amaçlı BDM'lerin görsel klinik skorlamadaki ve özellikle fissür gibi detaylı lezyonları saptamadaki performansı şu aşamada klinik kullanım için yetersizdir.

Hasta fotoğrafları



47 Yaş erkek hasta, Laboratuvar teknisyeni 0. gün ve 2. hafta kontrolü el ekzeması fotoğrafları ve . 24 Yaş kadın hasta, ev hanımı, 0. ve 2. hafta kontrolü el ekzeması fotoğrafları

Tablo 1. * p<0,05 (Wilcoxon). G1: TKS monoterapi; G2: TKS + Triticum vulgare.

Parametre	G1 H0	G1H4	G1p	G2H0	G2H4
Eritem	2,0	1,0	0,016*	3,0	1,0
Skuam	2,0	1,0	0,023*	2,0	0,0
Fissür	2,0	0,0	0,016*	3,0	1,0
Toplam	6,0	2,0	0,016*	8,0	2,0
VAS	8,0	0,0	0,016*	5,0	2,0

Tedavi gruplarının 0. ve 4. haftalardaki klinik skor ve VAS değişimleri.

Tablo 2. Üç BDM'nin klinisyenle uyum düzeyi. Hiçbir model klinik uygulama için yeterli uyuma ulaşamamıştır.

Model	ICC(2,1) toplam	Ağırlıklı κ	Bland-Altman bias	Yorum
Claude (Anthropic)	0.52 (0.26–0.91)	0.45	+2.08	Orta

Gemini (Google)	0.26 (-0.08–0.82)	0.19	+2.92	Zayıf
ChatGPT/GPT-4o	0.24 (-0.25–0.76)	0.17	+2.17	Zayıf

Yapay zeka modellerinin klinisyenle uyum (ICC, κ) ve sapma (bias) değerleri.

Anahtar Kelimeler: El ekzeması, triticum vulgare, yapay zeka

Yayın No: P-240
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Conradi–Hünermann–Happle'ı Taklit Eden CHILD Sendromu: Retinoide Dirençli Blaschkoid Hiperkeratozda Genetik Tanının Rolü

Ceyda Vatansever Öztürk[1], Elif Bilge Şimşek[1], Ezgi Aktaş[1], Özben Yalçın[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi,Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi,Deri ve Zührevi AD
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi,Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi,Patoloji AD

Giriş ve Amaç: CHILD sendromu, "congenital hemidysplasia with ichthyosiform nevus/erythroderma and limb defects" ifadesinin kısaltması olup, kolesterol biyosentez yolunda görev alan NSDHL genindeki patojenik varyantlarla ilişkili, nadir görülen X'e bağlı dominant bir genodermatozdur. Klasik olarak unilateral, sarımsı-mumsu skuamlarla kaplı, inflamatuvar iktiyoziform plaklar ve ipsilateral ekstremite anomalileri ile karakterizedir. Lezyonlar Blaschko hatlarını izleyebilir ve histopatolojik olarak hiperkeratotik epidermal nevüs görünümüyle karşımıza çıkabilir. Tırnak distrofisi, periungual hiperkeratoz ve iskelet anomalileri eşlik edebilir. Bu klinik özellikler nedeniyle CHILD sendromu, özellikle kısa boy, rizomelik ekstremite kısalığı, yüz dismorfizmi ve Blaschkoid skuamlı lezyonlarla seyreden Conradi–Hünermann–Happle sendromu ile karışabilir.Bu olguda; klinik olarak Conradi–Hünermann–Happle sendromu ön tanısı düşünülen, deri lezyonlarının histopatolojik incelemesi hiperkeratotik epidermal nevüs ile uyumlu bulunan, ancak genetik değerlendirme sonucunda CHILD sendromu ile uyumlu mutasyon saptanan 16 yaşındaki kız hastanın sunulması ve retinoid dirençli CHILD lezyonlarında literatürde bildirilen ketokonazol deneyimlerine dikkat çekilmesi amaçlandı.

Olgu: On altı yaşında kız hasta, çocukluk döneminden beri mevcut olan ve zamanla belirginleşen hiperkeratotik deri lezyonları nedeniyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde bilinen kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı veya ek sistemik yakınma öyküsü yoktu. Soygeçmişinde, anne ve babasının birinci derece kuzen olduğu öğrenildi. Aile bireylerinde benzer dermatolojik yakınmalar yoktu. Hastanın dermatolojik muayenesinde sol aksillada, bilateral el dorsumu,sol el 3.parmak ve sağ el 1.parmak dorsalinde, sol kol fleksör yüzde, sol tibia arka yüzde, sol inguinal bölgede sarı renkli, hiperkeratotik, yer yer krutlu, lineer-Blaschkoid uzanım gösteren plaklar izlendi. Sol el üçüncü tırnakta median onikoreksis ve distrofik görünüm mevcuttu. Sistemik muayenede boy kısalığı, rizomelik dwarfizm, kaba yüz görünümü, hipertelorizm ve uzun filtrum dikkat çekti. Sağ kulakta unilateral işitme kaybı mevcuttu. Ortopedik değerlendirmede torakal vertebrada skolyotik değişiklikler saptandı. Blaschkoid hiperkeratotik lezyonlara rizomelik ekstremite kısalığı, yüz dismorfizmi, tırnak distrofisi ve iskelet bulgularının eşlik etmesi nedeniyle ön planda Conradi–Hünermann–Happle sendromu düşünüldü. Sol üst ekstremitedeki hiperkeratotik lezyondan alınan deri punch biyopsisinin histopatolojik incelemesi hiperkeratotik epidermal nevüs ile uyumlu olarak raporlandı. Sendromik bulgular nedeniyle hasta tıbbi genetik bölümüne yönlendirildi ve yapılan tetkikler sonucunda CHILD sendromu ile uyumlu NSDHL

mutasyonunu saptandı. CHILD sendromuna eşlik edebilecek kardiyolojik ve nörolojik bulgular açısından hasta ilgili branşlara konsülte edildi fakat bu sistemlerle ilgili anlamlı patoloji saptanmadı.

Sonuç: Bu olgu, CHILD sendromunun Conradi–Hünermann–Happle sendromunu taklit edebileceğini ve hiperkeratotik epidermal nevüs histopatolojisinin sendromik bulgularla birlikte yorumlanması gerektiğini göstermektedir. Blaschkoid sarı hiperkeratotik lezyonlara tırnak distrofisi, kısa boy, rizomelik ekstremite bulguları ve iskelet anomalileri eşlik ettiğinde CHILD sendromu ayırıcı tanıda yer almalıdır. Literatürde CHILD sendromunda keratinizasyonu hedefleyen klasik tedavilere değişken yanıtlar bildirilirken, patogenez temelli tedaviler ön plana çıkmaktadır. Kolesterol eksikliği ve toksik sterol ara ürünlerinin birikimi nedeniyle topikal statin/kolesterol kombinasyonları ve ketokonazol içeren tedaviler bildirilmiştir. Retinoidlere dirençli az sayıda olguda %2 ketokonazol krem ile deri lezyonlarında belirgin düzelme bildirilmişse de bu konuda kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu olgu CHILD sendromunun Conradi–Hünermann–Happle sendromunu taklit edebileceğini ve deri lezyonlarında alternatif bir tedavi olarak topikal ketakonazolun akılda tutulabileceğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Anahtar Kelimeler: CHILD sendromu, genodermatoz, ketokonazol

Yayın No: P-241
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

İki Yıldır Tanı Almayan Progresif Pretibial Papüllerle Seyreden Liken Amiloidoz: Erken Klinik Tanının Önemi

FATMA ZORLU KÜÇÜKKAYA[1], ZAFER TÜRKOĞLU[1], İBRAHİM HALİL YAVUZ[1]

[1]BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

Giriş ve Amaç: Primer lokalize kutanöz amiloidoz (PLKA), sistemik organ tutulumu olmaksızın amiloid materyalinin yalnızca deri ile sınırlı olduğu nadir bir hastalık grubudur. Liken amiloidoz (LA), PLKA'nın en sık görülen klinik alt tipi olup çoğunlukla pretibial bölgelerde yerleşen, yoğun pruritusun eşlik ettiği hiperkeratotik hiperpigmente papüller ile karakterizedir. Hastalığın etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, kronik kaşıma ve mekanik travmaya bağlı epidermal keratinosit dejenerasyonu sonucu oluşan keratin kaynaklı amiloid materyalin papiller dermiste birikmesinin temel mekanizma olduğu kabul edilmektedir. Her ne kadar karakteristik morfolojik özelliklere sahip olsa da kronik kaşıntılı dermatozlarla klinik benzerliği nedeniyle tanı gecikebilmekte ve hastalık yıllar içerisinde progresyon gösterebilmektedir. Bu olgu, karakteristik klinik görünümüne rağmen uzun süre tanı alamayan ve progresyon gösteren liken amiloidoz olgusunu sunarak erken klinik farkındalığın önemini vurgulamayı amaçlamaktadır.

Olgu: Kırk dört yaşında kadın hasta, yaklaşık iki yıldır her iki ayak bileği çevresinde devam eden şiddetli kaşıntı ve giderek artan kahverengi kabarıklıklar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Lezyonların başlangıçta birkaç papül şeklinde ortaya çıktığı, zaman içerisinde sayı ve boyutlarının arttığı, birleşerek daha geniş plaklar oluşturduğu öğrenildi. Hasta bu süreçte farklı sağlık kuruluşlarına başvurmasına rağmen kesin tanı alamadığını ifade etti. Daha önce uygulanan topikal tedavilerden belirgin fayda görmediğini belirtti.Dermatolojik muayenede bilateral pretibial ve distal krural bölgelerde simetrik dağılım gösteren, çok sayıda monomorfik, hiperkeratotik, hiperpigmente papüllerin birleşmesiyle oluşmuş, belirgin pürtüklü yüzeye sahip kahverengi plaklar izlendi. Mukozal ve tırnak tutulumu saptanmadı.Klinik olarak liken amiloidoz ön planda düşünülmekle birlikte hipertrofik liken planus, liken simpleks kronikus, papüler müsinözis, pigmente kontakt dermatit ve erken dönem mikozis fungoides ayırıcı tanıda değerlendirildi. Punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste ortokeratotik hiperkeratoz, hipergranüloz ve düzensiz akantoz; papiller dermiste amorf eozinofilik materyal birikimleri izlendi. Amiloid birikiminin histokimyasal doğrulaması amacıyla Kongo kırmızısı boyası uygulandı ve pozitif boyanma saptandı. Klinik, histopatolojik ve histokimyasal bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya liken amiloidoz tanısı konuldu.

Şekil 1. Liken amiloidozun klinik görünümü.



Distal pretibial bölgede, hiperpigmente zemin üzerinde kümelenme eğilimi gösteren, monomorfik, hiperkeratotik papüller ve yer yer birleşerek plak görünümü oluşturan lezyonlar izlenmektedir.

Şekil 2. Liken amiloidozda bilateral pretibial tutulum.



Her iki distal pretibial bölgede, solda daha belirgin olmak üzere simetrik dağılım gösteren hiperpigmente, hiperkeratotik papüller ve papüllerin birleşmesiyle oluşan plaklar izlenmektedir

Sonuç: Liken amiloidoz, primer lokalize kutanöz amiloidozun sık görülen klinik varyantı olmasına rağmen, günlük dermatoloji pratiğinde görece seyrek karşılaşılan ve kronik pruritik dermatozlarla klinik benzerliği nedeniyle tanısı gecikebilen bir hastalıktır. Kronik kaşıntıya bağlı gelişen kaşıntı-kaşıma döngüsü, epidermal keratinosit hasarını artırarak keratin kaynaklı amiloid birikimini hızlandırmakta ve zaman içerisinde papüllerin birleşerek daha geniş, likenifiye plaklara dönüşmesine katkıda bulunmaktadır. Bu durum yalnızca hastalık yükünü artırmakla kalmayıp yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya da neden olmaktadır.Sunulan olguda yaklaşık iki yıl boyunca tanı konulamamış olması ve bu süreçte lezyonların progresif genişleme göstermesi, klinik farkındalığın önemini ortaya koymaktadır. Buna karşın bilateral pretibial yerleşim, simetrik dağılım, yoğun pruritus öyküsü ve monomorfik hiperkeratotik papüllerin oluşturduğu karakteristik morfoloji, dikkatli dermatolojik değerlendirme ile biyopsi öncesinde dahi liken amiloidozun güçlü şekilde öngörülebileceğini göstermektedir. Histopatolojik inceleme ise tanının doğrulanması ve hipertrofik liken planus, liken simpleks kronikus ile diğer kronik papüler dermatozların dışlanması açısından vazgeçilmezdir.Liken amiloidoz nadir görülmesinden ziyade, karakteristik klinik özelliklerinin yeterince tanınmaması nedeniyle tanısal gecikmeye yatkın bir hastalık olarak değerlendirilmelidir. Bu olgu, kronik, bilateral ve pretibial yerleşimli kaşıntılı hiperkeratotik papüllerde liken amiloidozun erken dönemde ayırıcı tanıya dahil edilmesinin tanısal gecikmeyi azaltabileceğini ve gereksiz tedavi yaklaşımlarını önleyebileceğini göstermektedir. Erken klinik şüphe ile zamanında gerçekleştirilen biyopsi, doğru tanıya ulaşılmasını sağlayarak uygun tedavi stratejisinin planlanmasına ve hastalığın kronik pruritus döngüsünün kırılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: liken amiloidoz, pruritus, kutanöz.

Yayın No: P-242
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Standart Rozasea Tedavisi Sonrası Alevlenen Atipik Bir Rosacea Fulminans Olgusu: Akut Dönemde Kortikosteroid Köprüsü ve Doksisiklin ile Klinik Yanıt

Melik Şah Çelik[1], Burçe Can Kuru[1], Ece Uğurer[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Giriş ve Amaç:Rosacea fulminans (RF), ani başlangıçlı, nadir ve şiddetli inflamatuvar bir rozasea varyantıdır. Klinik olarak eritemli ve ödemli zemin üzerinde papül, püstül, nodül, kistik lezyon ve krutlanmalarla karakterizedir. Klasik olarak genç-orta yaş kadınlarda bildirilmekle birlikte, erkek ve ileri yaş hastalarda görülen atipik olgular tanısal güçlük oluşturabilir. Bu bildiride, papülopüstüler rozasea tanısıyla başlanan standart tedavi sonrası akut klinik alevlenme gelişen, sistemik kortikosteroid ve doksisiklin tedavisiyle hızlı yanıt alınan 63 yaşında erkek bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Olgu:Altmış üç yaşında erkek hasta, yüzünde kızarıklık ve sivilcelenme şikâyetiyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Dermatolojik muayenesinde burun, malar bölge ve alın yerleşimli eritemli papülopüstüler lezyonlar saptandı. Papülopüstüler rozasea tanısıyla topikal metronidazol, topikal sodyum sülfasetamid ve oral azitromisin tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci gününde yüzde eritemin belirgin şekilde arttığı, alın ve yanak bölgesindeki püstüler lezyonların hızla yaygınlaşarak ağrılı hale geldiği gözlendi. Kontrol muayenesinde frontal, nazofrontal, periorbital ve malar bölgelerde eritemli-ödemli zemin üzerinde birleşme eğiliminde yaygın püstüler lezyonlar ve yer yer impetiginize sarı krutlu alanlar izlendi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı, C-reaktif protein, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri değerlendirildi; sistemik inflamasyon veya ek patoloji lehine anlamlı bir özellik saptanmadı. Klinik tablo; RF, topikal tedaviye bağlı irritan/fotokontakt dermatit ve impetiginize papülopüstüler rozasea alevlenmesi ön tanılarıyla değerlendirildi. Lezyonların akut başlangıçlı, centrofasiyal yerleşimli, eritemli-ödemli zeminde yoğun püstüler karakterde olması nedeniyle olgu RF spektrumunda kabul edildi. Mevcut topikal ve sistemik tedaviler kesildi. Akut inflamasyonu baskılamak amacıyla tek doz 40 mg intramüsküler metilprednizolon uygulandı. Eş zamanlı olarak oral doksisiklin 100 mg 2x1 ve kısa süreli topikal fusidik asit + hidrokortizon tedavisi başlandı. Birinci hafta kontrolünde yüzdeki ödem ve püstüler lezyonlarda belirgin gerileme izlendi. Tedavi oral doksisiklin 100 mg 1x1 olacak şekilde doz azaltılarak idameye geçildi ve topikal tedavi sonlandırıldı. Birinci ay kontrolünde papülopüstüler lezyonların tama yakın gerilediği, yalnızca hafif rezidüel eritemin kaldığı saptandı. İkinci ay kontrolünde aktif papülopüstüler lezyon izlenmedi ve belirgin skatris gelişmeden klinik remisyon sağlandı.

TOPİKAL METRONİDAZOL SONRASI 2. GÜN



TEDAVİ SONRASI



Bulgular ve Sonuç: Sonuç:İleri yaş erkek hastalarda akut başlangıçlı, centrofasiyal yerleşimli, eritemli-ödemli ve yaygın püstüler lezyonlar görüldüğünde RF ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Topikal rozasea tedavileri nadiren de olsa mevcut inflamatuvar zeminde paradoksal alevlenmeyi tetikleyebilir. İzotretinoin kullanımının riskli olduğu veya gerekli görülmediği seçilmiş atipik olgularda, kısa süreli sistemik kortikosteroid ve doksisiklin tedavisi hızlı klinik kontrol sağlayabilecek etkili bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: Rosacea fulminans, Topikal Metronidazol., Doksisiklin

Yayın No: P-243
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Granulomatöz rozasea : Nadir Bir Rozasea Varyantı Olgusu

Özlem Türkyaman Coşkun[1], Kaan Gündüz[1], Elif Demirci Sadet[1], Aleyna Oruç[2], Özay Gököz[2]

[1]Atılım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji ABD, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji ABD, Ankara

Giriş ve Amaç: Granülomatöz rozasea (GR), histopatolojik olarak granülomatöz inflamasyonla karakterize, yüzde sert papül ve nodüllerle seyreden nadir bir rozasea varyantıdır. Lezyonlar en sık perioral bölge, çene ve yüzün lateral kısımlarında yerleşir; nadiren boyunda da görülebilir. Tüm rozasea olgularının yaklaşık %1-2'sini oluşturur; diğer rozasea alt tiplerinden farklı histopatolojik özellikler taşıması nedeniyle ayrı bir varyant olarak kabul edilmektedir ve tedaviye daha dirençlidir.Patogenezi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte, immün disregülasyon ve inflamatuar yolaklardaki bozulmanın rol oynadığı düşünülmektedir.Ek olarak, uzun süreli topikal kortikosteroid kullanımının rozasea benzeri tabloyu tetiklediği ve var olan inflamasyonu şiddetlendirebildiği deneysel olarak gösterilmiştir.Bu bildiride, uzun süreli topikal kortikosteroid kullanımı zemininde gelişen ve klinik -histopatolojik olarak ayırıcı tanı güçlüğü yaratan bir granülomatöz rozasea olgusu sunulmaktadır.

Yöntem: Altmış iki yaşında kadın hasta, yaklaşık bir ay önce yüz ve boyunda başlayan kızarıklık ve kabarıklık yakınmasıyla başvurdu. Bu şikâyetlerle daha önce kullandığı fusidik asit/betametazon kombinasyonuna yanıt alınmadığı öğrenildi. Detaylı öyküsünde hastanın yaklaşık bir yıl boyunca haftada 3-4 gün potent topikal kortikosteroid (klobetazol propiyonat) ve çeşitli topikal ajanları(hamamelis virginiana ve centella asiatica) kullandığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede perioral bölgede ve boyunda yaygın eritemli, palpasyonla sert papüller saptandı (Resim 1a-b) ; diğer güneş gören alanlarda ve vücut bölgelerinde lezyon saptanmadı. Dermoskopik incelemede eritemli zemin üzerinde sarımsı-kahverengi papüller (Resim 2a) görülmesi üzerine granülomatöz hastalıklar açısından ileri tetkik planlandı. Laboratuvar incelemelerinde sedimentasyon hızı ve rutin biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. Akciğer grafisinde patolojik bulgu izlenmedi. Yüzeyel deri biyopsisinde demodeks görülmedi. Boyun bölgesinden alınan deri biyopside epidermiste hafif spongioz ve lenfosit ekzositozu; dermiste perivasküler lenfositik inflamasyon, solar elastoz ve seri kesitlerde çevresinde belirgin lenfositler içeren histiyositik granülomlar (Resim 2b-c) izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede CD3 yaygın pozitif, CD4/CD8 oranı yaklaşık 1,5/1 idi; bulgular granülomatöz bir süreçle uyumluydu. Ayırıcı tanıda klinik seyirde skar gelişmemesi ve histopatolojide kazeifiye granülomların bulunmaması nedeniyle lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF) düşünülmedi. Sarkoidoz açısından ise hastada sistemik semptomların (ateş, kilo kaybı, yorgunluk, pulmoner yakınmalar) bulunmaması, akciğer grafisinin normal olması ve granülomların sarkoidozun aksine yoğun lenfositik infiltrasyonla çevrelenmesi nedeniyle dışlandı. Klinik ve histopatolojik bulguların eşliğinde hastaya granülomatöz rozasea tanısı konuldu. Tedavide, öncelikle topikal kortikosteroidler kesilerek hastaya oral doksisiklin, topikal pimekrolimus ve topikal

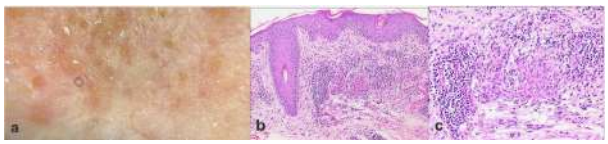
metronidazol başlandı; hastanın izleminde dördüncü ve sekizinci haftalarda lezyonlarda belirgin gerileme sağlandı. (Resim 1c-d)

Resim 1.



Tedavi öncesi klinik görünüm. (a) Perioral bölge, çenede ve (b) boyunda monomorfik, eritemli ve palpasyonla sert papüller. Tedavi sonrası klnik yanıt. (c) Dördüncü hafta (d) sekizinci hafta.

Resim 2.



(a) Dermoskopik incelemede eritemli zemin üzerinde kahverengi papüller ve yer yer eşlik eden ince skuamlar. (b) Folikül çevresinde belirgin lenfositik reaksiyonun eşlik ettiği granülom yapıları (H&E, ×10). (c) Granülom yapılarının büyük büyütmedeki görünümü (H&E, ×20).

Bulgular ve Sonuç: Granülomatöz rozasea, özellikle santral yüz yerleşimli papüllerle seyrettiğinde LMDF ve sarkoidozdan klinik olarak ayırt edilemeyebilir; histopatolojik granülomatöz görünüm de bu antiteler ile örtüşebildiğinden kesin tanı klinik-histopatolojik korelasyona dayanır. Bu olgu, uzun süreli topikal kortikosteroid maruziyetinin granülomatöz rozasea gelişiminde olası bir tetikleyici faktör olabileceğini ve uygun tedavi yaklaşımı ile klinik düzelme sağlanabileceğini göstermektedir. Topikal kortikosteroidlerin keratinositlerde Toll like receptor-2 ekspresyonunu artırarak rozasea benzeri kliniğe yol açabildiğine dair deneysel bulgular bu durumu desteklemektedir. Bu nedenle uzun süreli topikal steroid kullanan hastalarda nadir bir varyant olan granülomatöz rozasea gelişiminin akılda tutulması uygun tedaviye başlanması açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz rozasea, lupus miliaris disseminatus faciei, topikal kortikosteroid

Yayın No: P-244
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

İki Pemfigus Hastasında Metotreksat Ve Steroid Tedavisi Sırasında Gelişen Fırsatçı Enfeksiyon: İnvaziv Pulmoner Aspergillozis

Mustafa ANDIÇ[1], Sena nur DİNÇER[1], Ayşe Deniz YÜCELTEN[1], Lütfiye MÜLAZİMOĞLU DURMUŞOĞLU[2], Caner ÇINAR[3], Cansu YILDIZ[3], Dilek SEÇKİN[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi , Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı , İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi , Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı , İstanbul
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi , Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı , İstanbul

Giriş ve Amaç: İnvaziv pulmoner aspergillozis (İPA),özellikle Aspergillus fumigatus başta olmak üzere,çevrede yaygın bulunan saprofit mantarların neden olduğu,mortalitesi yüksek,fırsatçı bir enfeksiyondur.Hematolojik malignitesi olan nötropenik hastalarla ilişkilendirilmiş olsa da,yoğun bakım hastalarında,kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda,COVID-19 ve influenza gibi şiddetli viral enfeksiyonlar sonrasında ve kortikosteroid gibi immünsupresif ajan kullanan non-nötropenik popülasyonda da artan sıklıkta görülmektedir.Burada, otoimmün büllü hastalık nedeniyle sistemik kortikosteroid ve metotreksat tedavisi almakta iken İPA gelişen iki olgu tartışılacaktır.

Yöntem: OLGU-1Bilinen hiperlipidemi ve prolaktinoma tanıları olan 63 yaşında kadın hasta,ağız içinde yaralar yakınması ile polikliniğe başvurdu.Yapılan fizik muayene,histopatolojik inceleme ve laboratuvar testleri ile hastaya pemfigus vulgaris tanısı konularak 64mg/gün metilprednizolon ve 1000mg rituksimab infüzyonu ile tedaviye başlandı.Şiddetli oral ülserler nedeniyle tedavisine 15mg/hafta subkutan metotreksat eklendi.Hastanın prolaktinoma öyküsü olması nedeniyle malignite taraması amacıyla istenen Toraks BT'de sol akciğer alt lobda yaklaşık 8mm boyutunda buzlu cam dansitesi saptandı.Balgam ve öksürük yakınması olan hasta Göğüs Hastalıkları'na konsülte edildi.Bronkoalveolar lavaj (BAL) yapıldı.BAL materyalinde galaktomannan pozitif saptanması üzerine İPA tanısı konulan hastaya Vorikonazol 2x6mg/kg yükleme takiben 2x4mg/kg idame tedavisi başlandı.Tek doz metotreksat sonrası sitopeni gelişmesi ve İPA varlığı nedeniyle metotreksat kesilip, steroid dozu azaltıldı ve intravenöz immunglobulin tedavisine geçildi.Sitopenisi gerileyen, dirençli oral ülserleri devam eden hastaya,25 mg/gün dozunda azatiopürin başlandı ancak tekrar sitopeni gelişmesi üzerine azatiopürin de 1 aylık kullanım sonrası kesildi.3 ay vorikonazol kullanımı sonrası öksürük şikayeti devam eden ve toraks BT'de her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansiteleri görülen hastaya enfeksiyon hastalıklarının önerisiyle piperasilin-tazobaktam başlandı.Takiplerinde dispne,desatürasyon ve hipotansiyon gelişen hasta yoğun bakım ünitesine sevk edildi.Genel durumunda stabilleşme sağlandıktan sonra hematolojik malignite açısından değerlendirilmesi planlandı.OLGU-2Bilinen diyabet, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığı olan, diyabeti nedeniyle linagliptin kullanmakta olan 68 yaşında erkek hasta,ellerde büllöz lezyonlar şikayetiyle dermatoloji polikliniğine başvurdu.Histopatoloji ve laboratuvar testleri ile linagliptin ilişkili büllöz pemfigoid tanısı konan hastaya 2x100mg/gün doksisiklin ve 24mg/gün

metilprednizolon tedavisi başlandı.İzlemi sırasında ayaklarda yeni büllöz lezyonlar gelişmesi üzerine tedavisine 7.5 mg/hafta dozunda metotreksat eklendi.Sol ayakta ortaya çıkan yumuşak doku enfeksiyonunun tedavisi için servise yatırılan hastanın çekilen Toraks BT'de görülen 3 cm çaplı kavitasyon içeren dansite ve BAL materyalinde galaktomannan pozitifliği ile İPA tanısı konulan hastaya Vorikonazol 2x6mg/kg yükleme takiben 2x4mg/kg idame tedavisi başlandı.Hastanın tedavisi, steroid dozunu 8 mg/gün'e azaltıp, metotreksatı kesmek ve 2x500mg/gün dozunda sulfasalazin başlamak şeklinde değiştirildi.Takiplerde gerek deri lezyonları,gerekse respiratuar semptomları gerileyen,ancak toraks BT'de konsolide alanları devam eden hastanın vorikonazol tedavisinin 3 aya tamamlanması planlandı.

Resim 1



OLGU 1: Toraks BT'de sol akciğer alt lobda görülen yaklaşık 8 mm boyutunda konsolidasyon

Resim 2



OLGU 2: Toraks BT'de sağ akciğer üst lobda görülen yaklaşık 3 cm boyutunda kavitasyon

Bulgular ve Sonuç: İPA için klasik risk grubu,hematolojik maligniteli ve nötropenik hastalar olsa da,uzun süreli steroid kullanan ve metotreksat gibi immün supresif ajanlarla tedavi edilen hastalarda da İPA gelişebileceği bildirilmiştir.Özellikle kortikosteroidler,alveolar makrofajların fonksiyonunu baskılar,nötrofillerin fungusidal etkinliğini inhibe eder ve T hücre yanıtını azaltır.Prednizonun 3 haftadan uzun 20mg/gün dozundan daha yüksek kullanımının İPA açısından anlamlı risk oluşturduğu bilinmektedir.Dermatoloji pratiğinde,farklı endikasyonlarda

çok sık kullanılan metotreksat,tek başına güçlü bir risk oluşturmasa da,steroid ile kombine kullanımında İPA riskini belirgin olarak arttırır.Burada sunulan her iki olgu da,respiratuar semptomları ön planda olmadan,otoimmün büllöz hastalık nedeniyle izlemleri sırasında yapılan tetkiklerle İPA tanısı almıştır.Tanıdaki en büyük zorluk,non-nötropenik hastalarda klinik şüphenin düşük olmasıdır.Özellikle immünsupresif tedavi alan hastalarda,klinik şüphe eşiği düşük tutulmalı ve tanıya yönelik testler hızlıca yapılmalıdır.Hedefe yönelik antifungal tedavinin erken dönemde başlanması prognozu iyileştiren en önemli faktördür.

Anahtar Kelimeler: İnvaziv Pulmoner Aspergillozis, Otoimmün Büllöz Hastalıklar, Fırsatçı enfeksiyonlar

Yayın No: P-246
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Angioma Serpiginosum Olgu Sunumu

Oğuzhan Cengiz[1], Büşra Ersan ERDEM[2], Züleyha Hakyemez[1], Yusuf Berke KÖKSAL[1], İbrahim Erkut GÜNEY[2], Gamze SERARSLAN[1]

[1]Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı,

Giriş ve Amaç: Angioma serpiginosum (AS) ilk kez Hutchinson tarafından 1889 yılında tanımlanan; yama veya segmental şekilde kırmızı renkli maküllerden oluşan vasküler bir hastalıktır. Hastalık daha sık kadınlarda görülmekte olup, genellikle ilk iki dekatta ortaya çıkmaktadır (1). Lezyonlar en sık alt ekstremiteyi tutarken nadir olarak meme ve palmoplantar tutulum da bildirilmiştir (2). Diaskopide purpura benzeri basmakla solmayan kırmızı renkte punktat görünüm tipiktir. Histopatolojisinde en önemli bulgu, dermal papilla ve üst dermiste dilate ve kıvrımlı kılcal damarların varlığıdır (3). Bu olgu sunumunda kadın bir hastada atipik yerleşim ve öykü özellikleri nedeniyle ayırıcı tanı açısından önem taşıyan bir AS olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

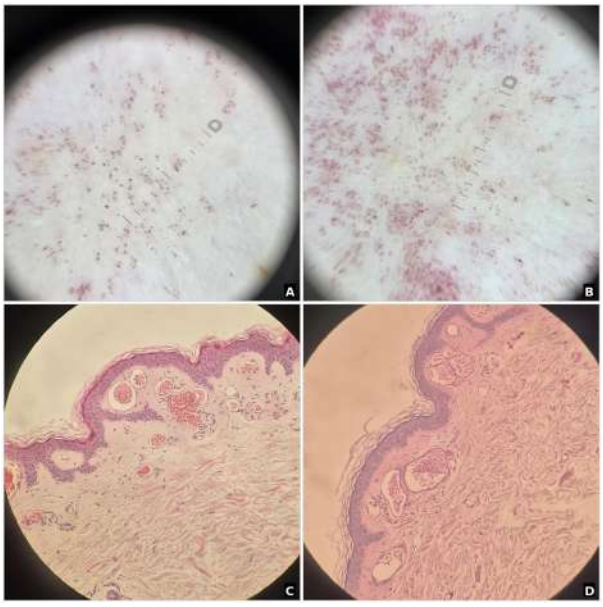
Olgu: 60 yaşında kadın hasta on yıldır sağ kolunda gerilemeyen kırmızı renkte lekeler şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Zaman içerisinde bu lekelerin meme başına doğru uzandığını belirtti. Hastanın özgeçmişinde, beş yıl önce meme kitlesi nedeniyle cerrahi operasyon geçirdiği ve altı yıl önce in vitro fertilizasyon amacıyla hormon replasman tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın mevcut komorbiditeleri arasında hipertansiyon, diabetes mellitus ve hipotiroidi yer almaktaydı. Aile öyküsünde benzer lezyon varlığı saptanmadı. Fizik muayenesinde; sağ üst ekstremitenin dış yüzünden falankslara kadar uzanan, sırtın sağ yarısında orta hattı geçmeyen ve sağ inframammaryan bölgede yerleşim gösteren, palpasyonla solmayan, multipl milimetrik çaplı kırmızı renkli maküller saptandı.Dermoskopik incelememizde kümelenmiş çok sayıda parlak kırmızı renginde lagünler görülmüştür.Klinik ön tanı olarak AS, unilateral nevoid telenjiektazi, pigmente purpurik dermatoz ve anjiyokeratom düşünüldü ve tanısal amaçla punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede papiller dermiste ince duvarlı, yer yer ektatik yapıda kapiller damar yapıları görülmüş olup PAS ile kapiller damar duvarında birikim saptanmıştır. Bu bulgular ışığında tanımız AS ile uyumlu geldi.

ŞEKİL 1



Kadın hastanın sağ inframammaryan bölgesi ve sağ üst ekstremitesinde multiple maküler lezyonlar

ŞEKİL 2



A-B: Dermoskopik incelemede kümelenmiş, çok sayıda parlak kırmızı lagünler izlenmektedir.
C-D: H&E ve PAS boyamasında histopatolojik görünüm

Sonuç: Sonuç olarak, sunulan bu olgu; AS'nin atipik yaşta (geç başlangıç) ve alışılmadık anatomik dağılımda ortaya çıkabileceğini bir kez daha vurgulayan, ender bildirilen vakalar arasında önemli bir yer tutmaktadır. AS'nin nasıl geliştiği ve nasıl kalıtıldığı üzerine farklı

teoriler ortaya atılmıştır. Literatürde, hastalığın kalıtımında otozomal dominant, sporadik ve X'e bağlı dominant kalıtım paternlerinin etkili olabileceği bildirilmiştir (4). Hastalığın kadınlarda daha çok görülmesi, ergenlerde hızlı ilerlemesi, gebelikte yayılımının artması gibi nedenlerle östrojenin hastalığının patogenezinde rol aldığı hipotezi ortaya atılmıştır (2,5). Bu hipoteze karşıt argümanlar bulunsa bu konuda bilgimiz kısıtlıdır (6).AS klinikte benzer şikayetlerle ortaya çıkabilen unilareral nevoid telenjiektazi ile karışabilmektedir. İki hastalık ayırımında histopatolojik bulgulardan faydalanırız. AS'de görülen damar proliferasyonu ve damar yüzlerinde PAS birikimi tipiktir ve unilateral nevoid telenjiektazide görülmez. Olgumuzda gerçekleştirilen dermoskopik ve histopatolojik değerlendirme, AS'de bu tanı araçlarının önemini göstermektedir. Bu olguda AS'nin geç başlangıç yaşında ve atipik yerleşimle karşılaşılabileceğinin göz önünde bulundurulması ve ayırıcı tanıda daima akılda tutulması gerektiği sonucuna varmaktayız. Ayrıca olgumuz, AS ile hormonal maruziyet arasındaki ilişkiyi araştırmaya yönelik çalışmalara duyulan ihtiyacı göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Angioma Serpiginosum, Atipik, unilateral nevoid Telejiektazi

Yayın No: P-249
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Sebase Tümörle Başvuran Bir Olguda Muir-Torre Sendromu Tanısı

Ebsar Nur Velioğlu[1], Mustafa Karagöz[1], Yavuz Semiz[1], Özben Yalçın[2], Ezgi Aktaş[1]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği
[2]Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Muir-Torre sendromu, Lynch sendromunun nadir bir varyantı olup sebase neoplaziler ve visseral maligniteler ile karakterizedir. Sebase tümörlerin varlığı, özellikle eşlik eden kişisel veya ailesel malignite öyküsü bulunan hastalarda herediter kanser sendromlarının ilk bulgusu olabilir. Bu olguda, dermatolojik değerlendirme sırasında Muir-Torre sendromu tanısına ulaşılan patojenik MSH2 mutasyonu taşıyan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: Elli altı yaşında erkek hasta, burun ucunda ve sol ala nasi bölgesinde sekiz aydır giderek büyüyen papüler lezyonlar nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde iki yıl önce sol skapulada sebase karsinom ve sırtta iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinom nedeniyle cerrahi tedavi, skuamöz hücreli karsinom için ek radyoterapi öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenede burun ucunda ve sol ala nasi bölgesinde yaklaşık 1 cm çaplı iki papül ile alın, yanaklar ve burun sağ lateralinde multipl subsantimetrik papüller saptandı. Dermoskopide burun ucundaki lezyonda ülserasyon, hemorajik krut ve lineer damar yapıları; ala nasi lezyonunda ise periferik elevasyon ve santral hiperkeratotik krut izlendi. Sebase adenom, sebase karsinom, skuamöz hücreli karsinom ön tanıları ile alınan 4.0 mm punch biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde orta derece nükleer atipi ve şüpheli nekroz odakları izlendi. İmmünhistokimyasal incelemede tümör hücrelerinde MSH-2 ve MSH-6 ekspresyon kaybı saptandı. Sebase adenom ile iyi diferansiye sebase karsinom ayrımı için lezyonun tam eksizyonu planlandı. Ayrıntılı anamnezde hastanın yaklaşık 10 yıl önce kolorektal malignite nedeniyle opere edildiği ve adjuvan kemoterapi aldığı, babasında ve kardeşlerinde kolorektal malignite ve benzer yüz lezyonları bulunduğu öğrenildi. Bu bulgular üzerine gerçekleştirilen herediter kanser panelinde MSH2 NM_000251.3:c.942+3A > T heterozigot patojenik varyantı saptandı ve hasta Muir-Torre sendromu tanısıyla genetik danışmanlık ve aile taraması için yönlendirildi.

Şekil 1-Klinik Görünüm



Burun ucunda ve sol ala naside yerleşimli popüler lezyonların klinik görünümü

Sonuç: Sebase karsinom veya multipl sebase lezyonların kişisel ya da ailesel kolorektal malignite öyküsü ile birlikte bulunması Muir-Torre sendromu açısından uyarıcı olmalıdır. Bu olgu, dermatolojik bulguların herediter kanser sendromlarının tanınmasında kritik rol oynayabileceğini ve ayrıntılı anamnez, genetik değerlendirme ile multidisipliner yaklaşımın erken tanı ve aile taraması açısından önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Muir-Torre sendromu, Sebase karsinom

Yayın No: P-250
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Stevens-Johnson Sendromu: 90 Yaşında Bir Olgu

Hacı SÜTİÇEN[1], Hasibe Nergiz DUMAN[1]

[1]Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Stevens-Johnson sendromu (SJS), sıklıkla ilaçlara bağlı gelişen, epidermal nekroz ve belirgin mukoza tutulumu ile karakterize, nadir ancak yaşamı tehdit edebilen ciddi bir mukokutanöz reaksiyondur. Antibiyotikler, antiepileptikler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve allopurinol sık bildirilen etkenler arasındadır. SJS her yaş grubunda görülebilmekle birlikte çok ileri yaşta bildirilen olgu sayısı sınırlıdır. Bu bildiride, 90 yaşında bir erkek hastada gelişen SJS olgusunun klinik, histopatolojik ve prognostik özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Olgu:Doksan yaşında erkek hasta, iki gündür devam eden ateş, halsizlik ve yutma güçlüğü yakınmalarıyla acil servise başvurmuştu. Bu başvuru sırasında sefalosporin grubu bir antibiyotik reçete edildiği öğrenildi. Hastanın izleminde ayaklardan başlayıp gövde ve yüze yayılan döküntü gelişmesi üzerine tekrar acil servise başvurdu ve kliniğimize danışıldı.Öz geçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalığı, benign prostat hiperplazisi ve gut hastalığı mevcuttu. Düzenli ilaçları arasında metformin, duloksetin, alfa lipoik asit, dutasterid, silodosin, irbesartan-hidroklorotiyazid, vitamin B12, magnezyum ve yaklaşık bir ay önce başlanmış allopurinol bulunmaktaydı.Fizik muayenede genel durumu orta, bilinci açık ve koopereydi. Dermatolojik muayenede yüzde malar bölgelerde belirgin, gövdede dağınık yerleşimli eritemli makülopapüler lezyonlar; avuç içleri ve parmak uçlarında atipik hedef benzeri lezyonlar izlendi. Her iki gözde pürülan akıntı ve konjonktival hiperemi mevcuttu. Dudaklarda hemorajik krutlu erozyonlar, oral mukozada yaygın erozyonlar ve sağ bukkal mukozada ayrışma saptandı. Genital mukoza tutulumu izlenmedi.Odinofaji nedeniyle yapılan boyun bilgisayarlı tomografisinde retrofarengeal apse dışlandı. Sistemik tutulum açısından yapılan incelemelerde anlamlı patoloji saptanmadı.Hasta SJS ön tanısı ileyoğun bakım ünitesinde izleme alındı, SCORTEN skoru 2 olarak hesaplandı.Şüpheli ilaçları kesilerek parenteral beslenme, ağız bakımı, göz bakımı ve diğer destek tedavileri uygulandı. Lezyondan alınan deri biyopsisinde tam kat epidermal nekroz ve subepidermal ayrışma izlenmesi tanıyı histopatolojik olarak destekledi. Klinik izlemde deri ve mukoza bulgularında gerileme gözlendi ve hasta iyileşerek taburcu edildi.

Bulgular ve Sonuç: Sonuç:İleri yaşta SJS nadir görülmekte olup eşlik eden komorbiditeler ve çoklu ilaç kullanımı tanı ve tedavi sürecini güçleştirebilmektedir. Bu olgu, ileri yaş bir hastada SJS gelişebileceğini göstermesi ve klinik bulguların histopatolojik inceleme ile desteklenmesi nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

Şekil-1



Her iki palmar bölgede izlenen eritemli-morumsu, atipik hedef benzeri lezyonlar.

Anahtar Kelimeler: dermatolojik acil, allopurinol, Steven Johnson Sendromu

Yayın No: P-251
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

YAYGIN GRİ-KAHVERENGİ HİPERPİGMENTASYONUN NADİR BİR NEDENİ: ERİTEMA DİSKROMİKUM PERSTANS OLGUSU

Bircan Boğa[1], Burçe Can Kuru[1]

[1]2. Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Eritema Diskromikum Perstans (EDP), Ashy Dermatosis olarak da bilinen, etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış,edinilmiş bir dermal makular hiperpigmentasyon bozukluğudur. Klinik olarak gri-kül renginde, simetrik yerleşimlimakül ve yamalarla karakterizedir; sıklıkla yüz, boyun, gövde ve ekstremitelerde görülür. Görünümü nedeniyle likenplanus pigmentozus, postinflamatuar hiperpigmentasyon, ilaç ilişkili hiperpigmentasyon ve Riehl melanozu ilekarışabilmektedir. Bu bildiride, yaygın hiperpigmentasyon ile başvuran ve klinik-histopatolojik korelasyonsonucunda EDP tanısı alan 65 yaşında bir kadın olgu sunulmuştur.

Yöntem: Altmış beş yaşında kadın hasta, yüz, boyun ve üst ekstremitelerde giderek artan koyu renkli lekeler nedeniyledermatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde uterus kanseri nedeniyle opere edildiği ve adjuvan radyoterapialdığı öğrenildi. Hasta pigmentasyonların yaklaşık 10 yıl önce başladığını ve yıllar içinde yavaş progresyongösterdiğini ifade etti.Dermatolojik muayenesinde bilateral malar bölgelerde, çenede, submental bölgede ve her iki ön kolun ekstansöryüzlerinde gri-kahverengi renkte, düzensiz sınırlı, yer yer birleşme eğiliminde hiperpigmente makül ve yamalarizlendi. Lezyonlar özellikle güneşe maruz kalan alanlarda belirgindi. Sistemik sorgulamada eşlik eden semptomsaptanmadı.Klinik değerlendirme sonucunda hastaya Eritema Diskromikum Perstans tanısı konuldu. Hasta güneşten korunma önerileriyle birlikte tedavi seçenekleri açısından değerlendirilerek klinik takibe alındı.

Bulgular ve Sonuç: Eritema Diskromikum Perstans, ilk kez 1957 yılında Ramirez tarafından tanımlanmış olup kül rengi görünümünedeniyle Ashy Dermatosis adıyla da anılmaktadır. Günümüzde EDP; liken planus pigmentozus, idiyopatik eruptifmakular pigmentasyon ve Riehl melanozu ile birlikte, etiyolojisi belirsiz edinilmiş dermal makularhiperpigmentasyon başlığı altında değerlendirilmektedir. Etiyopatogenezi tam aydınlatılamamış olmakla birlikteilaçlar, temas allerjenleri, enfeksiyöz ajanlar ve hücresel immün mekanizmalar sorumlu tutulmuştur. Erkenlezyonların kenarında geçici, eritemli ve hafif kabarık bir sınır izlenebilir. Histopatolojik incelemede bazal vakuolerdejenerasyon, pigment inkontinansı, papiller dermiste melanofajlar ve perivasküler lenfositik infiltrasyonkarakteristiktir; ancak bu bulgular liken planus pigmentozus ile belirgin örtüşme gösterdiğinden tanı yalnızcahistopatolojiye dayandırılmamalı, klinik dağılım ve morfoloji ile birlikte değerlendirilmelidir. Ayırıcı tanıdaözellikle ilaç ilişkili pigmentasyon, postinflamatuar hiperpigmentasyon ve makular amiloidoz dışlanmalıdır.Tedavisi güçtür ve çoğu seçeneğin sonuçları değişken ve yetersizdir; topikal takrolimus ile dar bant ultraviyole B(UVB) fototerapisi umut verici bulunurken klofazimin etkili olmakla birlikte yan etkileri sınırlayıcıdır,

dapson veizotretinoin ile nüksler bildirilmiş, lazer uygulamaları ise büyük ölçüde etkisiz kalmıştır. Sonuç olarak yaygın gri-kahverengi hiperpigmentasyonla başvuran, özellikle uzun süreli ve yavaş ilerleyen olgularda EDP ayırıcı tanıdaakılda tutulmalı; klinik farkındalığın artırılması ve klinik-histopatolojik korelasyonun sağlanması tanısalgecikmelerin önlenmesinde önem taşımaktadır.

ASHY DERMATOSİS YÜZ



ASHY DERMATOSİS EKSTREMİTE



Anahtar Kelimeler: eritema diskromikum perstans, ashy dermatosis, hiperpigmentasyon

Yayın No: P-252
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Sistemik Ruksolitinibe Yanıt Veren Graft Versus Host Hastalığı İle İlişkili Vitiligo Olgusu

Büşra Dereli Çamlı[1], Nilgün Sayman[1], Özgür Mehtap[2]

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Allojenik hematopoietik kök hücre nakli sonrası gelişen graft versus host hastalığı (GVHH), donör kaynaklı T lenfositlerin alıcı dokularda oluşturduğu immün yanıt sonucu ortaya çıkan ve önemli morbiditeye yol açabilen bir komplikasyondur. Akut GVHH ilk nakil sonrası genellikle 100 gün içinde gelişir ve en sık deri, gastrointestinal sistem ve karaciğeri tutar. Kutanöz tutulumda sıklıkla makülopapüler döküntü ve pigmentasyon değişiklikleri görülür. Allojenik hematopoietik kök hücre nakli sonrası vitiligo gelişimi nadir olmakla birlikte, literatürde vitiligonun kök hücre nakli yapılan hastalarda genel popülasyona kıyasla daha sık görüldüğü ve çoğu olguda GVHH ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Burada sistemik ruksolitinib ve sadece yüze uygulanan topikal kortikosteroidle büyük ölçüde iyileşme sağlanan GVHH ilişkili yaygın vitiligolu bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Otuz yedi yaşındaki erkek hastaya, Hematoloji bölümü tarafından periferik T hücreli lenfoma tanısı ile sistemik ve kutanöz tutulum saptanması üzerine yüksek doz siklofosfamid ve radyoterapiyi takiben kardeşten allojenik hematopoietik kök hücre nakli yapılmıştır. Hasta nakil sonrası siklosporin profilaksisi altındayken yaklaşık ikinci ayında hastada yaygın hiperpigmentasyon, kserosis ve eşlik eden eklem tutulumu görülmesi üzerine akut GVHH tanısı konularak 10mg/gün sistemik ruksolitinib tedavisi başlanmıştır. Tedavinin yaklaşık 3. ayında hasta yüz ve vücutta depigmente alanlar gelişmesi üzerine Dermatoloji kliniğine yönlendirilmiştir. Dermatolojik muayenede yüzde sentrofasiyal alanda belirgin olmak üzere yaygın, boyunda, presternal bölgede, kol ve bacaklarda, bilateral el dorsumunda yaygın keskin sınırlı depigmente makül ve yamalar izlendi (Resim 1). Ayırıcı tanıda postinflamatuvar hipopigmentasyon ve ilaca bağlı lökoderma düşünülmekle birlikte lezyonların simetrik yerleşimi, progresyon paterni, Wood bakısıyla keskin sınırlı beyaz parlak floresan veren alanların görülmesi nedeniyle ön planda GVHH ilişkili vitiligo düşünülmüştür. Hastanın almakta olduğu sistemik ruksolitinib tedavisine ek olarak yüzüne ilk üç ay topikal mometazon furoat ardından üç ay klobetazon 17-butirat krem 3 hafta süreyle günde iki kez sürülüp 1 hafta ara verilecek şekilde 3 siklus uygulanmış ve etkin güneşten korunma önerilerek aylık kontrollerle izlenmiştir. Ayrıca Hematoloji kliniği tarafından ruksolitinib tedavisi eş zamanlı devam etmiştir. Altı ay sonra yapılan kontrolde yüz bölgesinde belirgin repigmentasyon ve beraberinde topikal kortikosteroid tedavisi uygulanmayan gövde ve ekstremite bölgelerinde de kısmi repigmentasyon geliştiği gözlenmiştir (Resim 2).

Resim 1



Başlangıçta yüzde ve vücutta yaygın depigmente makül ve yamalar

Resim 2



Sistemik ruksolitinib ve yüze uygulanan topikal kortikosteroid tedavisi sonrası gelişen repigmentasyon

Sonuç: GVHH ile ilişkili hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon, poikiloderma, vitiligo gibi çeşitli pigmentasyon bozuklukları görülebilmektedir. GVHH ile ilişkili vitiligo nadir görülen bir kutanöz bulgu olup, olgumuzda lezyonların ruksolitinib tedavisi sırasında ortaya çıkması başlangıçta ilaca bağlı bir etki olasılığını düşündürse de izlemde topikal tedavi uygulanmayan alanlarda da repigmentasyon izlenmesi ve ruksolitinib tedavisine rağmen depigmentasyonun ilerlememesi bu olasılığı zayıflatmıştır. Ruksolitinib krem, 12 yaş ve üzeri segmental olmayan vitiligo hastalarında halen tedavide kullanılmaktadır. Ancak literatürde sistemik ruksolitinib

tedavisi ile repigmentasyon gelişimi sağlanan vitiligo olgusu sadece bir tane bildirilmiştir. Akut GVHH sırasında artmış sitotoksik T lenfosit aktivitesi ve interferon-gama aracılı inflamasyon melanosit hasarına yol açabilirken ruksolitinib ile JAK–STAT yolunun baskılanması vitiligonun patogenezinde rol oynayan sitokin aracılı inflamasyonu azaltabilmektedir. Bu olgu allojenik hematopoietik kök hücre nakli sonrası GVHH gelişen hastalarda vitiligo görülebileceğini ve hastalığın tedavisinde kullanılabilecek ruksolitinib ile repigmentasyon sağlanabileceğini göstermek amacı ile sunulmaktadır. Hastanın primer hastalığı ile ilgili klinik ve laboratuar bulguları düzeldiği için dermatolojik açıdan güneşten koruma ile takibi halen devam etmektedir. Gözlemlenen bu tedavi başarısı vitiligo tedavisinde sistemik ruksolitinibin de gelecekte bir tedavi alternatifi olabileceği fikrini güçlendirmektedir.

Anahtar Kelimeler: vitiligo, graft versus host hastalığı, ruksolitinib

Yayın No: P-253
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

İmpetijinize Tinea Corporis Tedavisi Sırasında Lulikonazole Bağlı Jeneralize Kontakt Dermatit: Bir Olgu Sunumu

Selen Taner Akbay[1]

[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay

Giriş ve Amaç: Topikal antifungal ilaçlara bağlı kontakt dermatit nadir görülmekle birlikte, tedavi sırasında lezyonlarda alevlenmeye ve enfeksiyonun ilerlediği şeklinde yanlış değerlendirmelere yol açabilir. Lulikonazol, dermatofit enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılan imidazol grubu bir topikal antifungaldir. Bu bildiride, impetijinize tinea corporis ön tanısıyla tedavi edilirken lulikonazole bağlı jeneralize kontakt dermatit gelişen pediatrik bir olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu: On iki yaşında erkek hasta, kollarında ve bacaklarında yaygın, eritemli, kaşıntılı ve kabuklu döküntüler nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Daha önce ekzema tanısıyla topikal kortikosteroid kullanan hastanın lezyonlarında artış olduğu öğrenildi. İlk bakteriyel kültürde üreme saptanmazken tekrarlanan kültürde Staphylococcus aureus üredi. Potasyum hidroksit incelemesinde maya elemanları pozitif, hif negatif olarak değerlendirildi; mantar kültüründe üreme olmadı. Dermatolojik muayenede bilateral üst ve alt ekstremitelerde keskin sınırlı, eritemli ve skuamlı plaklar ile plakların üzerinde yaygın impetijinize krutlar ve pürülan akıntı izlendi. Gövdede ayrıca kaşıntılı eritemli papüller mevcuttu. Klinik bulgularla sekonder bakteriyel enfeksiyonun eşlik ettiği tinea corporis düşünüldü. İmpetijinize alanlara povidon-iyot solüsyonu ve topikal mupirosin uygulanırken, sistemik antibiyotik olarak fusidik asit ve sistemik antifungal olarak terbinafin tedavileri başlandı. Topikal antifungal olarak naftifin ve lulikonazol kullanıldı. Tedavi sonrasında yaygın eritem ve kaşıntı gelişmesi, mevcut lezyonlardaki akıntının artması üzerine jeneralize kontakt dermatit düşünüldü. Sistemik terbinafin dışındaki tüm topikal tedaviler kesildi ve hastaya üç gün süreyle 40 mg metilprednizolon verildi. Kontrolde lezyonlarda belirgin gerileme görüldü. Sorumlu topikal ajanı belirlemek amacıyla lulikonazol yeniden başlandığında kısa sürede kaşıntı, eritem ve akıntılı lezyonlarda belirgin artış gelişti. Klinik düzelmenin ilacın kesilmesiyle sağlanması ve yeniden kullanım sonrasında bulguların tekrarlaması nedeniyle lulikonazole bağlı kontakt dermatit düşünüldü ve tedavi sonlandırıldı.

Sonuç: Antifungal tedavi sırasında lezyonlarda beklenmeyen alevlenme, yaygın kaşıntı, eritem ve akıntı gelişmesi yalnızca enfeksiyonun ilerlemesi olarak değerlendirilmemeli; topikal antifungal ajanlara bağlı kontakt dermatit de akılda tutulmalıdır. İlacın kesilmesiyle düzelme ve yeniden uygulanmasıyla bulguların tekrarlaması, sorumlu ajanın belirlenmesinde önemli bir klinik ipucudur.

Anahtar Kelimeler: Lulikonazol, kontakt dermatit, tinea corporis

Yayın No: P-255
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Adalimumab Biyobenzeri Tedavisi Sonrasında Gelişen Paradoksal Püstüler Psöriazis: İki Olgunun Sunumu

Ezgi Kaçar Karahan[1], Berat Karahan[1], Necip Enis Kaya[1], Emine Çölgeçen[1]

[1]Yozgat Bozok Üniversitesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Tümör nekroz faktör alfa (TNF-α) inhibitörleri; ankilozan spondilit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve romatolojik hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, bu ajanlar nadir olarak paradoksal psöriazis gelişimine neden olabilmektedir. Paradoksal psöriazis, anti-TNF tedavisi sırasında yeni başlangıçlı psöriaziform lezyonların ortaya çıkması veya mevcut psöriazisin alevlenmesi ile karakterize olup en sık palmoplantar püstüler varyant şeklinde izlenmektedir. Bu olgu sunumunda amacımız adalimumab biyobenzeri tedavisi sonrasında gelişen paradoksal psöriazisli iki olgunun klinik özelliklerini sunmak ve anti-TNF ilişkili kutanöz advers reaksiyonlara dikkat çekmektir.

Olgu: İlk olgu otuz dokuz yaşında erkek hasta, ankilozan spondilit nedeniyle yaklaşık üç aydır adalimumab biyobenzeri kullanmaktaydı. El içi ve ayak tabanlarında yaklaşık bir hafta önce başlayan püstüler döküntüler nedeniyle başvurdu. Kişisel ve ailesel psöriazis öyküsü bulunmamaktaydı. Günde bir paket sigara kullanımı mevcuttu. Dermatolojik muayenede bilateral palmoplantar bölgelerde, plantar yüzlerde daha belirgin olmak üzere eritemli zemin üzerinde birleşme eğiliminde steril püstüller, skuam ve yüzeyel krutlanmalar izlendi. Tırnak ve saçlı deri tutulumu saptanmadı. Paradoksal palmoplantar püstüler psöriazis düşünüldü. Topikal kalsipotriol/betametazon dipropiyonat ve %2 borik asit solüsyonu başlandı. Tedavi sonrası lezyonlarda gerileme izlendi. Adalimumab biyobenzeri kesilerek secukinumab tedavisine geçildi. Yaklaşık iki hafta önce stresli bir dönemi takiben lezyonların nüks ettiği öğrenildi.İkinci olgu kırk dokuz yaşında kadın hasta, yaklaşık yirmi yıldır Takayasu arteriti tanısıyla takip edilmekteydi. Yaklaşık dört ay önce metotreksat ve adalimumab tedavisi başlanmasını takiben saçlı deri, inframammar bölge, el parmakları ve ayak tabanlarında döküntüler gelişti. Dermatolojik muayenede saçlı deride yağlı skuamlar, inframammar bölgelerde eritemli plaklar üzerinde püstüller ile el parmakları ve ayak tabanlarında püstüler lezyonlar izlendi. İnframammar bölgeden alınan punch biyopsi örneğinde fokal parakeratoz, foliküler tıkaç oluşumu, perifoliküler lenfohistiyositik infiltrasyon ve nötrofiller izlendi. Bulgular paradoksal püstüler psöriazis lehine değerlendirilmekle birlikte klinikopatolojik korelasyon önerildi. Topikal mometazon furoat tedavisinden fayda gören hasta ayrıca biyolojik tedavinin yeniden planlanması amacıyla romatoloji kliniğine yönlendirildi.

olgu 1



plantar yüzde eritemli zeminde yaygın püstüller

Sonuç: Paradoksal psöriazis, TNF-α inhibitörlerinin nadir ancak iyi tanımlanmış kutanöz advers etkilerinden biridir. Psöriazis öyküsü olmayan hastalarda da gelişebilmesi tanısal açıdan önem taşımaktadır. Sunulan olgularda lezyonların anti-TNF tedavisini takiben ortaya çıkması, püstüler morfolojinin ön planda olması ve ilk olguda biyolojik ajan değişikliğine rağmen rekürrens izlenmesi dikkat çekicidir. İkinci olguda histopatolojik incelemenin tanıyı desteklemesi, klinik değerlendirmenin önemini artırmaktadır. Bu olgular, paradoksal psöriazisin farklı klinik paternlerde ortaya çıkabileceğini ve multidisipliner yaklaşım gerektirdiğini göstermektedir. Anti-TNF tedavisi alan hastalarda yeni gelişen püstüler veya psöriaziform erüpsiyonlarda paradoksal psöriazis ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken tanı, uygun dermatolojik tedavi ve biyolojik ajan tedavisinin multidisipliner olarak yeniden değerlendirilmesi hastalık yönetiminde önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: paradoksal psöriazis

Yayın No: P-256
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Granülomatöz Mastit Eritema Nodozum ve Artralji Birlikteliği: Bir Olgu Sunumu

Fatmanur ÜNLÜ[1], Soner UZUN[1]

[1]Antalya Akdeniz Üniversite Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Granülomatöz mastit (GM), çoğunlukla üreme çağındaki kadınlarda görülen, meme lobüllerini tutan nadir ve benign inflamatuvar bir hastalıktır. Eritema nodozum (EN), çeşitli enfeksiyöz, inflamatuvar ve sistemik hastalıklarla ilişkili olabilen septal panniküllittir. GM ile EN birlikteliği nadiren bildirilmekte olup eklem yakınmalarının eşlik ettiği olgular, hastalığın meme dışı inflamatuvar bulgularını gündeme getirmektedir. Bu olguda GM, EN ve artralji birlikteliğinin sunulması amaçlandı.

Olgu: Otuz altı yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta, bilateral meme ağrısı ve akıntı nedeniyle değerlendirilmiş ve cerrahi işlem uygulanmıştı. Gebelik ve emzirme öyküsü yoktu. Meme biyopsisi granülomatöz lobüler mastit ile uyumlu bulundu ve hasta bilateral GM tanısıyla izleme alındı. Meme ultrasonografisinde sağ memede apse ile uyumlu görünümler izlenmesine rağmen püy kültüründe üreme olmadı.İzlem sırasında her iki alt ekstremitede palpasyonla hassas, lokal ısı artışının eşlik ettiği eritemli subkutan nodüller gelişti. Klinik olarak EN, sarkoidoz ve nodüler vaskülit ön tanılarıyla değerlendirildi. Deri biyopsisinde derin dermiste ve subkutan yağ dokusu sınırında lenfohistiyositik infiltrasyon ve dev hücreler izlendi. Direkt immünfloresan inceleme negatifti.İmmünoglobulin ve kompleman düzeyleri normal; antinükleer antikor, antinötrofil sitoplazmik antikor ve romatoid faktör negatifti. Eritrosit sedimentasyon hızı 30 mm/saat, C-reaktif protein 8 mg/L idi. İnterferon-gama salınım testi ile brusella, sifiliz ve Francisella tularensis testleri negatifti. Anjiyotensin dönüştürücü enzim düzeyi normaldi. Akciğer bilgisayarlı tomografisinde bilateral hafif buzlu cam dansiteleri izlenirken patolojik mediastinal lenfadenopati saptanmadı. Sekonder nedenlere yönelik incelemelerde destekleyici bulgu saptanmaması üzerine GM ile ilişkili EN düşünüldü.Hasta özellikle gün sonunda ve uzun süre ayakta kalmakla artan bilateral diz ve ayak bileği ağrıları tarifliyordu. Eklem muayenesinde inflamatuvar artrit bulgusu saptanmadı ve yakınmaları artralji olarak değerlendirildi. Spesifik tedavi başlanmayan hastanın izleminde nodüler lezyonlar spontan olarak gerilemeye başladı ve pretibial bölgelerde yer yer postinflamatuvar hiperpigmente yamalar gelişti.

Alt ekstremitede eritemli subkutan nodül



Sağ pretibial bölgede palpasyonla hassas ve ısı artışının izlendiği eritemli subkutan nodüler lezyonlar

Alt ekstremitede eritemli subkutan nodül



Sol bacakta eritemli ve palpabl subkutan nodül

Sonuç: GM ile EN birlikteliği, GM'nin meme dokusuyla sınırlı olmayan inflamatuvar bulgularla seyredebildiğini düşündürmektedir. GM'li hastalarda yeni gelişen ağrılı eritemli subkutan nodüller varlığında EN akılda tutulmalı ve hastalar eşlik eden eklem yakınmaları açısından

değerlendirilmelidir. Olgumuz, GM ve EN birlikteliğine objektif artrit bulgusu olmaksızın artraljinin de eşlik edebileceğine dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz mastit, Eritema nodozum, Artralji

Yayın No: P-257
Bildiri Grubu: Genel / Bağ doku hastalıkları

Alt Ekstremite Tutulumlu Bir Vaskülit Olgusu: Kutanöz Bulgular Eşliğinde Ayırıcı Tanı

Fatma Aslı Hapa[1], Elif Ayyıldız[1]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Kutanöz vaskülitler, küçük ve orta çaplı damarları tutan, klinik ve etiyolojik açıdan heterojen bir hastalık grubudur. Özellikle alt ekstremitede yerleşen nekrotik ve ülseratif lezyonlar enfeksiyöz etiyolojiler, piyoderma gangrenozum ve diğer inflamatuvar dermatozlarla benzer klinik özellikler gösterebildiğinden tanısal güçlük oluşturabilmektedir. Kesin tanıda klinik değerlendirme, laboratuvar incelemeleri ve histopatolojik bulgular birlikte ele alınmalıdır. Bu olguda, alt ekstremitede ülseratif vaskülitik lezyonlarla başvuran bir hastada ayırıcı tanı süreci, histopatolojik değerlendirme ve uygulanan tedavi yaklaşımının sunulması amaçlandı.

Yöntem: Alt ekstremitede yaklaşık üç haftadır devam eden ağrılı ülseratif lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvuran 44 yaşındaki erkek hastanın klinik özellikleri, laboratuvar bulguları, histopatolojik inceleme sonuçları, uygulanan tedavi ve izlem süreci değerlendirildi. Hastanın klinik seyri ve tedaviye yanıtı incelendi.

Bulgular ve Sonuç: Hastanın dermatolojik muayenesinde her iki tibia ön yüzde nekrotik, ülseratif ve çevresinde purpurik alanların eşlik ettiği ağrılı lezyonlar izlendi. Laboratuvar incelemelerinde CRP ve sedimentasyon yüksekliği dışında belirgin patoloji saptanmadı. İlk değerlendirmede enfeksiyöz etiyoloji ön planda düşünülerek deri biyopsisi alındı ve ampirik sefuroksim ile topikal fusidik asit tedavisi başlandı. Bir hafta sonraki kontrolde antibiyotik tedavisine rağmen belirgin klinik yanıt alınmaması ve histopatolojik incelemede vaskülit ile uyumlu bulguların saptanması üzerine oral metilprednizolon ve siklosporin tedavisine geçildi. Dördüncü hafta kontrolünde lezyonlarda belirgin gerileme ve klinik iyileşme gözlendi. Bu olgu, alt ekstremite ülserlerinde yalnızca klinik görünümle tanıya gitmenin yanıltıcı olabileceğini; histopatolojik doğrulamanın, enfeksiyöz nedenlerin dışlanmasının ve uygun immünsüpresif tedavinin zamanında başlanmasının başarılı klinik sonuçlar açısından kritik önem taşıdığını göstermektedir.

Alt ekstremitede nekrotik ülseratif lezyonlar



Lezyonun biyopsi sonucu beklenirken sefuroksim ve topikal fusidikasit tedavisi altındaki görüntüsü

Pretibial bölgede iyileşme eğiliminde eritemli ülseratif plaklar



Metilprednizolon ve siklosporin sonrası 4. hafta kontrolü

Anahtar Kelimeler: Kutanöz vaskülit, Alt ekstremite ülseri, Ayırıcı tanı

Yayın No: P-258
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Skuamöz Hücreli Karsinomu Taklit Eden Retroauriküler Yerleşimli Dirençli Hidradenitis Süpürativa Olgusu

Caner GÖLLÜ[1], İlkay CAN[1], Zeynep Gözde Mısırlı[2], Gülay Turan[2], Pelin Hızlı[1], Arzu Kılıç[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Hidradenitis süpürativa (HS), apokrin bez yoğunluklu bölgelerde foliküler oklüzyon zemininde gelişen; ağrılı nodül, abse ve fistülize sinüs traktları ile seyreden kronik, rekürren, skatrizan bir inflamatuvar deri hastalığıdır. Tipik yerleşim yerleri aksilla, inguinal bölge, perianal alan ve mammarian bölge olmakla birlikte, retroauriküler bölge gibi atipik lokalizasyonlarda görülmesi son derece nadirdir ve tanısal karmaşaya yol açabilmektedir. Baş-boyun bölgesindeki yerleşimler klinisyeni öncelikle enfeksiyöz, granülomatöz veya neoplastik süreçler yönünde düşündürerek tanıyı geciktirebilmektedir. Bu olguda, kulak arkasında yerleşen, klinik olarak skuamöz hücreli karsinomu (SHK) taklit eden ve tedaviye dirençli seyreden bir HS vakasının, ayırıcı tanı ve tedavi sürecindeki güçlüklere dikkat çekmek amacıyla sunulması hedeflenmiştir.

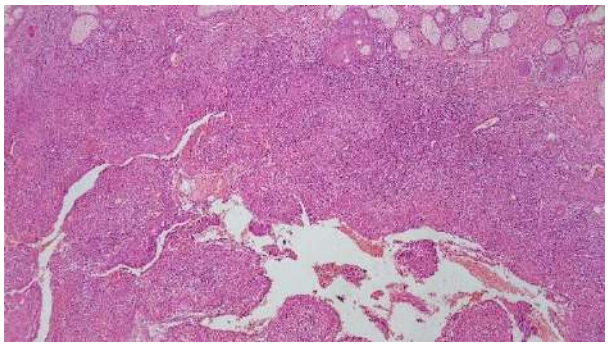
Olgu: Altmış beş yaşında, soliter böbrek öyküsü dışında bilinen kronik hastalığı ve sigara kullanımı olmayan erkek hasta, sağ kulak arkasında aylardır süren, gerilemeyen ve akıntılı bir lezyon şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Muayenede sağ aurikula inferiorunda, merkezinde fistülize açıklık ve hemorajik krutlanma barındıran, pürülan ve serosanjinöz akıntılı, eritematoviyolase renkli endüre nodüler bir plak izlendi; aksiller ve inguinal bölgeler doğaldı. Klinik bulguları Hurley Evre II ile uyumlu bulunmuş, IHS4 skoru 5 olarak hesaplanarak orta şiddetli hastalık ile örtüşmüştür. Laboratuvar bulguları normal sınırlarda olan ve yara kültürü cilt florasıyla uyumlu bulunan hastaya, klinik ön tanı olarak HS düşünülerek üç hafta süreyle sistemik doksisiklin (2×100 mg/gün) ve topikal klindamisin tedavisi başlandı. Medikal tedaviden yalnızca kısmi yanıt alınması üzerine eozinofilik anjiyolenfoid hiperplazi, SHK, lupus vulgaris ve HS ayırıcı tanılarını netleştirmek amacıyla lezyondan Tzanck smear ve biyopsi örnekleri alındı; histopatolojik inceleme kronik faz HS ile uyumlu raporlandı. Dirençli seyir nedeniyle tedavi subkutan adalimumab ve intralezyonel kortikosteroide geçildi, ancak üç aylık biyolojik tedaviden de yanıt alınamadı. Bunun üzerine Plastik Cerrahi kliniğince lezyonun eksizyonel biyopsisi gerçekleştirildi. Histopatolojik değerlendirmede dermiste perifoliküler ve periadneksiyal kronik inflamatuvar infiltrasyon ile düzensiz sinüs traktları saptandı; immünohistokimyasal incelemede Keratin 5/6 pozitifliği izlenirken p53 ve Ki-67 ile artmış immünreaktivite gözlenmedi, atipik proliferasyon dışlanarak HS tanısı kesinleştirildi.

Şekil 1



Sağ aurikula inferiorunda, merkezinde fistülize açıklık ve hemorajik krutlanma barındıran, pürülan ve serosanjinöz akıntılı, eritematoviyolase renkli endüre nodüler plak izlenmektedir.

Şekil 2



Dermiste perifoliküler ve periadneksial geniş alanları tutan yoğun kronik inflamatuvar infiltrasyon ve düzensiz sinüs traktları izlenmektedir (H&E, ×100).

Sonuç: Bu olgu, HS'nin klasik intertriginöz bölgeler dışında, literatürde önerilen "ektopik tip" spektrumu içinde değerlendirilebilecek atipik lokalizasyonlarda da ortaya çıkabileceğini ve bu durumda klinik görünümün SHK gibi malign süreçleri taklit edebileceğini göstermektedir. Basamaklı tedavi yaklaşımına (topikal/sistemik antibiyoterapi, intralezyonel kortikosteroid, biyolojik ajan) dirençli kalan atipik yerleşimli HS lezyonlarında, malign transformasyon olasılığını dışlamak amacıyla histopatolojik ve immünohistokimyasal değerlendirmenin yapılması, hem doğru tanı hem de gereksiz veya gecikmiş cerrahi/medikal girişimlerin önlenmesi açısından kritik önem taşımaktadır. Nadir lokalizasyonlu HS olgularının bildirilmesi, klinisyenlerin farkındalığını artırarak tanısal gecikmeleri azaltmaya katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis süpürativa, Skuamöz hücreli karsinom, Atipik lokalizasyon

Yayın No: P-261
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

İzole Vulvar Tutulum İle Kendini Gösteren Bir {White Sponge Nevus} Olgusu

Gökçe Nur Aş[1], Asuman Cömert Erkılınç[1], Özlem Akın[1], Mehmet Oktay Taşkapan[1], Fatih Kaya[2], Murat Aydın Sav[2]

[1]Yeditepe Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı
[2]Yeditepe Üniversitesi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: White Sponge Nevus (WSN), karakteristik beyaz-gri mukozal plaklarla seyreden, nadir görülen benign bir genodermatozdur. Otozomal dominant kalıtım gösteren hastalık, çoğunlukla KRT4 (Keratin 4) ve KRT13 (Keratin 13) genlerindeki mutasyonlar sonucu gelişmektedir. Genellikle çocukluk çağında ortaya çıkan hastalık, ağrısız ve kalıcı beyaz plaklarla karakterizedir. Hastalık en sık oral mukozada izlenmekte olup, KRT13 mutasyonlarına bağlı olgularda ender olarak ekstraoral tutulum da görülebilmektedir. İzole vulvar yerleşimli olguların literatürde daha önce bildirilmemiş olması nedeniyle klinik farkındalık düşüktür ve hastalık sıklıkla beyaz lezyonlarla giden diğer vulvar dermatozlarla karıştırılmaktadır. Bu olgu ile uzun yıllar farklı tanılar alan ve histopatolojik inceleme sonucunda White Sponge Nevus tanısı konulan izole vulvar yerleşimli bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Otuz altı yaşında kadın hasta, yaklaşık 10 yıldır sol vulvar bölgede bulunan beyaz renkli kabarıklıklar nedeniyle değerlendirildi. Dermatolojik muayenede sol labium minus lateralinde ve sol labium majusun üzerinde, kümelenme gösteren, 7–8 adet beyaz renkli, hiperkeratotik verrüköz papül saptandı. Hastanın özgeçmişinde ek hastalık ve düzenli ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Daha önce farklı merkezlerde kandidiyazis ve verruka tanıları aldığı ve uygulanan tedavilere rağmen lezyonlarında gerileme olmadığı öğrenildi. Klinik olarak liken planus, liken sklerozus, vulvar lökoplaki ve White Sponge Nevus ön tanıları düşünüldü. Punch biyopsi sonucunda epidermiste belirgin hiperkeratoz, parakeratoz, düzensiz akantoz, üst epidermal tabakalarda yaygın vakuolizasyon, anükleer keratinositler ve diskeratotik hücrelerde peri/paranükleer eozinofilik yoğunlaşmalar izlendi. İnflamasyon minimal düzeydeydi. Histopatolojik bulgular White Sponge Nevus ile uyumlu olarak değerlendirildi. Literatür eşliğinde olgunun klinik ve histopatolojik özellikleri gözden geçirildi.

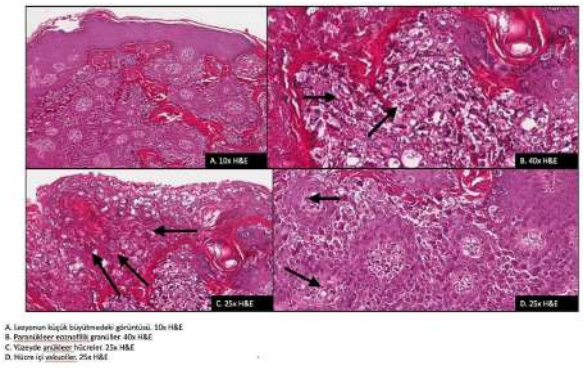
Klinik görünüm



Sol labium majus üzerinde lineer dağılım gösteren, beyaz renkli, hiperkeratotik ve verrüköz görünümlü papüller.

Bulgular ve Sonuç: White Sponge Nevus çoğunlukla çocukluk veya adölesan dönemde ortaya çıkan ve en sık oral mukozayı etkileyen kalıtsal bir mukozal keratinizasyon bozukluğudur. Vulva ve vajen tutulumu tanımlanmış olmakla birlikte oral lezyon olmaksızın izole vulvar yerleşim literatürde hiç bildirilmemiştir. Hastalığın klinik görünümü nonspesifik olduğundan kandidiyazis, verruka vulgaris, liken planus, liken skleroz ve lökoplaki ile karışabilmektedir. Sunulan olguda yaklaşık on yıllık tanı gecikmesi bulunması, bu durumun önemli bir örneğidir. WSN'nin histopatolojik incelemesinde geniş vakuolize keratinosit alanları ve karakteristik epitel değişiklikleri tanıyı desteklemektedir. Bizim olgumuzda da yaygın vakuolizasyon ve peri/paranükleer eozinofilik yoğunlaşmalar tanı koydurucu özellikler olarak değerlendirildi. Bu olgu, tedaviye dirençli ve uzun süreli beyaz vulvar papül veya plaklarda White Sponge Nevus'un da ayırıcı tanıda düşünülmesi ve gereksiz antifungal, antiviral veya destrüktif tedavilerin önlenmesi açısından önem taşımaktadır. White Sponge Nevus, kronik beyaz vulvar lezyonların nadir ancak önemli nedenlerinden biridir. Özellikle uzun süreli, tedaviye dirençli ve atipik görünümlü vulvar papül veya plaklarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Histopatolojik inceleme tanıda temel rol oynamakta ve gereksiz tedavilerin önüne geçmektedir.

Histopatolojik görünüm



A. Lezyonun küçük büyütmedeki görüntüsü. 10x H&E
B. Parakeratoz eozinofilik granüler. 40x H&E
C. Yüzeyde şişkinleşmiş hücreler. 25x H&E
D. Hücre içi vakuoller. 25x H&E

Anahtar Kelimeler: Genodermatoz, Vulva, White Sponge Nevus

Yayın No: P-262
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Merkel Hücreli Karsinom: Olgu Sunumu

Seda Oruç Aydın[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Rize

Giriş ve Amaç: Giriş ve Amaç: Merkel hücreli karsinom (MHK) çoğunlukla yüz, saçlı deri, boyun ve ekstremitelerde yerleşen nadir görülen ancak agresif seyirli bir deri kanseridir. Genellikle yaşlı bireylerde görülür ve etiyolojide ultraviyole maruziyeti ve immünsupresyon en önemli risk faktörleridir. Tipik lezyon hızlı büyüyen, asemptomatik, kırmızı-morumsu renkli soliter nodüldür. Burada karakteristik klinik özellikleri ve histopatolojik bulguları ile MHK tanısı konulan hasta, hastalığın nadir görülmesi nedeniyle sunulmaktadır.

Olgu: Olgu: Yetmiş yaşında erkek hasta burun üzerinde son 3 ayda hızla büyüyen ağrısız kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde burun sol kanadında yaklaşık 2.5 cm çaplı, düzgün sınırlı, pembe-kırmızı renkli, sert ve lobüle nodüler lezyon görüldü (Resim 1). Özgeçmişinde hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek hastalığı, rektum kanseri nedenli operasyon, kemoterapi ve radyoterapi öyküsü mevcuttu. Hastadan kutanöz lenfoma, deri metastazı, amelanotik melanom ve MHK ön tanılarıyla alınan deri punch biyopsisinin histopatolojik ve immünohistokimyasal incelenmesi MHK ile uyumlu olarak sonuçlandı. Hasta lezyonun total eksizyonu amacıyla Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi bölümüne, tümör evrelemesi ve tedavi planı için ise Tıbbi Onkoloji bölümüne yönlendirildi. Takiplerinde çekilen pelvis tomografisinde presakral alanda 7 x 2 cm boyutlu kitle lezyonu izlendi ancak hasta ileus ve genel durum bozukluğu nedeniyle yatırıldığı erişkin yoğun bakım ünitesindeki tedavisi sırasında kardiyak arrest sonucu vefat etti.

Sonuç: Sonuç: MHK tanısı, lezyonların spesifik olmayan klinik görünümü ve histopatoloji gerekliliği nedeniyle sıklıkla gecikmektedir. Burada nadir görülen bu hastalığın hızlı büyüyen baş-boyun lezyonlarının ayırıcı tanısında akılda tutulması gerektiği vurgulanmaktadır.

Resim 1



Burun sol kanadında yaklaşık 2,5 cm çaplı, düzgün sınırlı, pembe-kırmızı renkli, sert ve lobüle nodüler lezyon

Anahtar Kelimeler: merkel hücreli karsinom, dermatoonkoloji

Yayın No: P-263
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Heliks Piercingi Sonrası Gelişen Pseudomonas aeruginosa Perikondriti: Erken Mikrobiyolojik Değerlendirme ve Multidisipliner Yaklaşımın Önemi

İrem Yıldırım Yıldız[1], Elif Cömert Özer[1], Enfalcan Sezer[2], Mürüvvet Paksoy[2], Nahide Onsun[1]

[1]Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Son yıllarda kulak kıkırdağına uygulanan piercing işlemlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte piercing ilişkili perikondrit olgularında artış bildirilmektedir. Kulak kıkırdağının sınırlı vaskülarizasyonu nedeniyle enfeksiyonlar hızla ilerleyebilmekte, geciken tanı ve uygun olmayan tedavi kıkırdak nekrozu, kalıcı auriküler deformite ve rekonstrüktif cerrahi gereksinimi ile sonuçlanabilmektedir. Literatürde heliks piercingi sonrası gelişen perikondritlerde en sık etkenin Pseudomonas aeruginosa olduğu, buna karşın başlangıçta tercih edilen ampirik antibiyotiklerin yeterli antipsödomonal etkinlik göstermeyebileceği bildirilmektedir. Bu olguda, başlangıç ampirik tedaviye rağmen hızla ilerleyen, cerrahi drenaj gerektiren ve kültürde Pseudomonas aeruginosa izole edilen bir heliks perikondritinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bilinen ek hastalığı ve immünsüpresyonu olmayan 15 yaşındaki kadın hastada sağ heliks bölgesine piercing uygulanmasını takiben aynı gün ağrı ve ödem gelişmiştir. Şikâyetlerinin üçüncü gününde çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran hastaya sağ kulakta eritem ve şişlik saptanması üzerine oral amoksisilin-klavulanik asit tedavisi başlanmıştır. Tedavinin üçüncü gününde dermatoloji polikliniğimize başvuran hastanın dermatolojik muayenesinde sağ helikste belirgin eritem, yaygın ödem, pürülan akıntılı lezyon ve servikal ile postauriküler bölgede palpabl lenfadenopati saptanmıştır. Lezyondan mikrobiyolojik kültür örneği alınarak mevcut tedaviye oral klindamisin eklenmiştir. Üç gün sonraki kontrolde ağrı, ödem ve pürülan akıntının artması, lokal apse gelişiminin gözlenmesi üzerine hasta Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniğine konsülte edilmiştir. Hastaneye yatırılan olguya ameliyathane koşullarında insizyon ve drenaj uygulanmış, kültür sonucu beklenirken ampisilin-sulbaktam ve klindamisin tedavisi başlanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Kültürde Pseudomonas aeruginosa üremesi ve antibiyogram sonucuna göre antibiyoterapi meropenem ile değiştirilmiştir. Günlük yara bakımı ve hedefe yönelik tedavi sonrasında klinik bulgularda belirgin gerileme izlenmiş olup hastanın yataklı serviste tedavisi devam etmektedir.Literatürde kulak kıkırdağı perikondritlerinde, özellikle apse ile seyreden olgularda en sık izole edilen etkenin Pseudomonas aeruginosa olduğu; buna karşın apse gelişmeyen olgularda Staphylococcus aureus'un daha sık saptandığı bildirilmektedir. Benzer şekilde, ampirik β-laktam tedavisine rağmen ilk 48–72 saat içinde klinik progresyon gösteren veya apse gelişen hastalarda Pseudomonas aeruginosa enfeksiyonunun ön planda düşünülmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu olgularda mikrobiyolojik örneklemenin geciktirilmeden

yapılması, apsenin eşlik ettiği hastalarda erken cerrahi drenaj uygulanması ve antimikrobiyal tedavinin kültür-antibiyogram sonuçlarına göre hedefe yönelik olarak düzenlenmesi; kıkırdak nekrozu, kalıcı auriküler deformite ve rekonstrüktif cerrahi gereksinimini azaltan temel yaklaşımlar arasında kabul edilmektedir. Sunulan olgu, literatürle uyumlu olarak, heliks piercingi sonrası gelişen enfeksiyonların rutin deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarından farklı değerlendirilmesi gerektiğini; ampirik tedaviye erken dönemde yanıtsızlık gelişen hastalarda erken mikrobiyolojik değerlendirme, zamanında cerrahi müdahale ve dermatoloji ile Kulak Burun Boğaz Hastalıkları arasındaki multidisipliner yaklaşımın başarılı klinik sonuçlar açısından kritik önem taşıdığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: perikondrit, heliks piercing, Pseudomonas aeruginosa

Yayın No: P-265
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Konjenital Dev Pigmentli-Hipertrikotik Plakla Başvuran NF1: c.3975-2A>G Patojenik Varyantının Baba–Oğul Segregasyonu ve Aile İçi Fenotipik Değişkenlik

FATMA ZORLU KÜÇÜKKAYA[1], İbrahim Halil Yavuz[1], Zafer Türkoğlu[1]

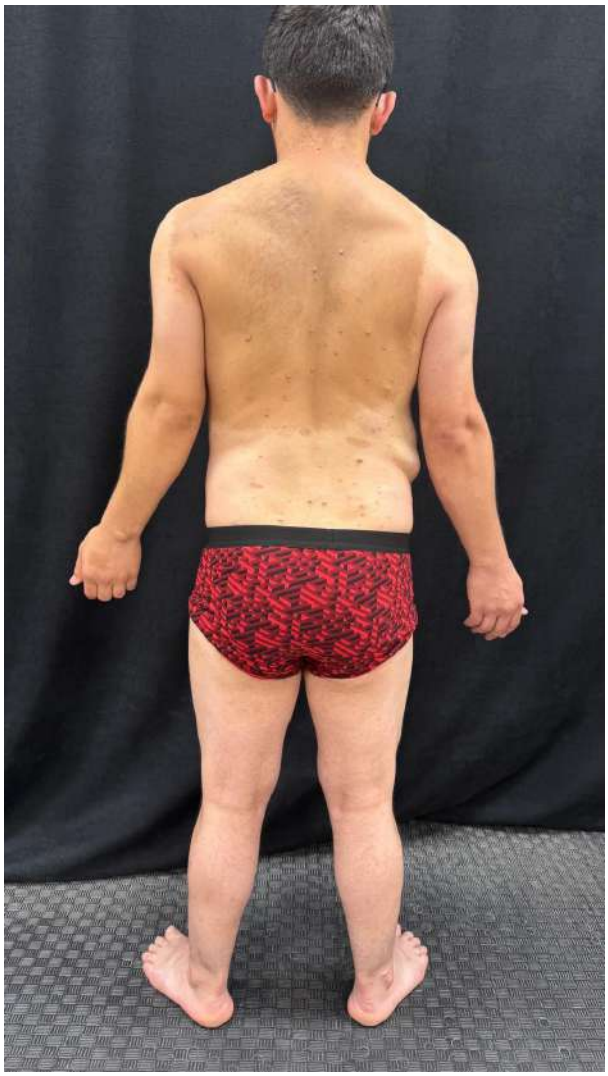
[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Nörofibromatozis tip 1 (NF1), NF1 tümör baskılayıcı genindeki germline patojenik varyantların neden olduğu, otozomal dominant kalıtılan multisistemik bir sendromudur. Café-au-lait makülleri, intertriginöz çillenme ve nörofibromlar hastalığın temel dermatolojik göstergeleridir. Revize tanı ölçütleri, karakteristik klinik bulguların yanı sıra normal dokuda saptanan heterozigot patojenik NF1 varyantını da tanısal kriterler arasına dahil etmiştir.Bu olgu; morfolojik olarak heterojen konjenital dev bir plağın değerlendirilmesi sırasında probandda NF1 tanısına ulaşılmasını, hedefli aile taramasıyla 67 yaşındaki asemptomatik babada gecikmiş tanının ortaya konulmasını ve aynı patojenik varyantı taşıyan iki kuşaktaki fenotipik farklılığı sunmaktadır.

Olgu: Otuz yaşındaki erkek hasta, doğumdan beri sırtında bulunan ve görünümü nedeniyle kozmetik rahatsızlığa yol açan yaklaşık 42 cm çapındaki kahverengi lezyon nedeniyle başvurdu. Nörolojik veya ortopedik yakınması bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenede sırtın büyük bölümünü kaplayan; üst yarısı daha koyu kahverengi ve belirgin hipertrikotik, alt yarısı ise daha açık renkli, kılsız ve homojen sütlü kahverengi görünümde dev bir plak izlendi. Tüm deri muayenesinde gövde ve ekstremitelerde çok sayıda café-au-lait makülü ile farklı çaplarda, deri renginde, yumuşak papül ve nodüller şeklinde yaygın kutanöz nörofibromlar saptandı. Dev plak için klinik ayırıcı tanıda café-au-lait makülü ve Becker nevüsü düşünüldü.Plağın koyu renkli-hipertrikotik ve açık renkli-kılsız alanlarından ayrı ayrı punch biyopsiler alındı. Koyu alanda epidermis olağan görünümde olup dermiste hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon ve çok sayıda melanofaj izlendi. Açık alanda epidermis ortokeratotik ve olağan kalınlıkta; bazal tabakada hafif keratinositik hiperpigmentasyon, dermiste hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon ve az sayıda melanofaj mevcuttu. Her iki örneğin derin dermisinde nörofibrom saptandı. PAS-AB incelemesinde fungal mikroorganizma görülmedi. Yüzeyel değişiklikler tek başına özgül olmamakla birlikte, konjenital klinik görünümle korele edildiğinde café-au-lait makülüyle uyumlu değerlendirildi.Yeni nesil dizi analizinde NF1 geninde NM_001042492.3:c.3975-2A > G (rs864622431) heterozigot patojenik splice-acceptor varyantı saptandı. Kanonik splice bölgesini etkileyen varyant, ACMG PVS1, PP5 ve PM2 ölçütleri doğrultusunda patojenik olarak sınıflandırıldı.Aile taramasında 67 yaşındaki, herhangi bir yakınması ve önceki NF1 tanısı bulunmayan babada 15 mm'den büyük çok sayıda café-au-lait makülü, belirgin aksiller çillenme, gövdede kutanöz nörofibromlar izlendi. Babada aynı patojenik varyantın saptanmasıyla paternal segregasyon doğrulandı. Annede ayrıntılı

dermatolojik değerlendirmede NF1 ile ilişkili kutanöz bulgu saptanmadı. Baba ve oğul, revize NF1 tanı ölçütlerini birbirlerinden bağımsız olarak karşılamaktaydı.

Probandın Klinik Görünümü



Fotoğraf 1. Sırtın büyük bölümünü kaplayan, üst kesimi daha koyu pigmentli ve hipertrikotik, alt kesimi daha açık renkli olan yaklaşık 42 cm çapındaki konjenital plak; plak üzerinde ve çevresinde çok sayıda kutanöz nörofibrom ile lomber bölgede café-au-lait makülleri izlenmektedir.

Babanın Klinik Görünümü



Fotoğraf 2. Altmış yedi yaşındaki asemptomatik babada ön gövde ve üst ekstremitelere yayılmış, farklı boyutlarda, deri renginde yumuşak papül ve nodüller şeklindeki çok sayıda kutanöz nörofibromun klinik görünümü. Hastanın bu belirgin kutanöz bulgulara rağmen daha önce NF1 tanısı almadığı öğrenildi.

Ailenin klinik ve moleküler genetik bulguları

Birey	**Klinik Fenotip**	**Genetik Bulgu**	**Sınıflandırma**	**Yorum**
Proband(Oğul)	Konjenital 42 cm pigmentli-hipertrikotik plak, çok	NF1 NM_001042492.3:c.3975-2A>G, heterozigot	Patojenik splice-site varyantı	Klinik ve moleküler olarak NF1 ile uyumlu

	sayıda café-au-lait makülü ve yaygın kutanöz nörofibrom			
Baba	Daha sınırlı café-au-lait makülleri, aksiller çillenme ve kutanöz nörofibromlar; 67 yaşına kadar tanısız	Probandla aynı heterozigot NF1 c.3975-2A>G varyantı	Patojenik	Paternal segregasyon doğrulandı
Anne	NF1 ile ilişkili kutanöz veya sistemik bulgu saptanmadı	Genetik bulgu yok.	Yok.	Klinik olarak etkilenmemiş ve genetik bulgu yok.

Sonuç: Bu aile, aynı heterozigot patojenik NF1 c.3975-2A > G splice-acceptor varyantının iki kuşakta belirgin biçimde farklı kutanöz fenotiplerle ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Otuz bir yaşındaki probandda doğuştan mevcut dev pigmentli-hipertrikotik plağa çok sayıda café-au-lait makülü ve babasına kıyasla klinik olarak daha yaygın kutanöz nörofibrom yükü eşlik ederken, 67 yaşındaki baba klasik pigmenter ve nörofibromatöz bulgularına rağmen tamamen asemptomatik kalmış ve ileri yaşa kadar tanı almamıştır. Kutanöz nörofibromların sayı ve hacminin genel olarak yaşla artması beklendiğinden, genç probanddaki daha belirgin tümör yükü, fenotipik şiddetin yalnızca yaş veya saptanan germline varyantla öngörülemeyeceğini ve NF1'de aile içi değişken ekspresivitenin klinik olarak belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.Morfolojik olarak farklı alanlardan alınan biyopsilerde derin dermal nörofibromların gösterilmesi ve aynı patojenik varyantın babada saptanması, tek bir indeks lezyondan iki kuşaklı NF1 tanısına ulaştırmıştır. Bu olgu, her yeni NF1 tanısında birinci derece akrabaların sistematik dermatolojik ve genetik değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: cafe-au-lait makülü, genodermatoz, patojenik splice-site varyantı

Yayın No: P-266
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Çenede Tahta Sertliğinde İnfiltre Plak: Sıradışı Bir Tinea Barba Olgusu

Suat Sezer[1], Elif Okumuş[2]

[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Van

Giriş ve Amaç: Tinea barba sakal bölgesindeki kıl ve folikülleri tutan, inflamatuar ve noninflamatuar olmak üzere iki farklı klinik tablo yapabilen nadir bir dermatofitozdur. Çenede tahta sertliğinde infiltre plak lezyonu ile dermatoloji polikliniğine başvuran, kutanöz maligniteyi taklit edebilen ve ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken inflamatuar tip tinea barba olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu: 64 yaşında erkek hasta, çene bölgesinde 1 ay önce başlayan döküntü şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenede çene bölgesinden boyuna uzanan 6x4 cm çapında palpasyonda tahta sertliğinde belirgin indürasyon gösteren plak izlendi (Resim 1). Kıllarda alopesi mevcuttu. Başlangıçta az miktarda pürülan akıntı mevcutmuş. Dış merkezde çok sayıda sistemik ve topikal antibiyotik ilaçlar kullanılmış ancak hasta fayda görmemişti. Hasta son birkaç ay içinde 10 kg vermişti ancak bu kiloları kendi isteğiyle verdiğini söylemişti. Ek olarak tinea pedis mevcuttu, diğer bölgelerin dermatolojik muayenesi normaldi. Özgeçmişinde bilinen bir hastalık yoktu. Lezyonun belirgin sertliği ve tümör benzeri görünümü nedeniyle derin yerleşimli tinea barba, kutanöz tüberküloz, piyodermi ve kutanöz metastaz/malignite ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Fungal kültür örneği alındı ve tüberküloz için PCR çalışıldı. Fungal kültürün 1. Haftasında Trichophyton rubrum üremeye başladı. Hastaya itrakonazol kapsül 100 mg 2x1 ve topikal naftifin krem tedavisi başlandı. Tüberküloz PCR negatifti. Lezyondan alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde folikül epitelinde fokal nötrofilik hücre egzositozu ve folikül lümenindeki kıl şaftı içerisinde fungal mikroorganizma grupları görüldü. Malign hücre infiltrasyonu veya Majocchi granülomunu düşündürecek perifoliküler granülomatöz reaksiyon izlenmedi. Tedavinin 4. haftasında lezyonun eritem, infiltrasyon ve sertliğinde belirgin azalma gözlendi (Resim 2). Toplam 8 haftalık tedavi sonunda tam klinik iyileşme elde edildi. Hastanın daha sonraki takiplerinde nüks saptanmadı.

Resim 1



Hasta başvurusundaki çenede tahta sertliğinde infiltre plak görüntüsü

Resim 2



Itrakonazol 200 mg/gün tedavisinin 1. ayı

Sonuç: Tinea barba, sakal ve bıyık bölgesindeki terminal kılları ve kıl foliküllerini tutan nadir bir dermatofitozdur ve noninflamatuar (yüzeyel) plaklar ile inflamatuar (derin) lezyonlar şeklinde görülebilir. İnflamatuar form genellikle endüre nodül veya plak, foliküler püstüller, eksüdasyon ve kıl kaybıyla karakterizedir; bazı hastalarda bakteriyel follikülit, apse veya neoplazileri taklit edebilir. İnflamatuar olgular çoğunlukla Microsporum canis, Trichophyton verrucosum ve Trichophyton mentagrophytes gibi zoofilik dermatofitlerle ilişkili olmakla birlikte, antropofilik bir dermatofitoz etkeni olan Trichophyton rubrum da giderek daha fazla bildirilen etkenler arasındadır. Olgumuzun en dikkat çekici özelliği, çene bölgesindeki plağın "tahta sertliğinde" olması ve ayırıcı tanıda malignite/kutanöz metastazın düşünülmesidir. Tanabe'nin bildirdiği tinea barba olgusunda filtrumda sert, infiltre ve tümör benzeri bir nodül saptanmış, başlangıçta malignite düşünülmüş, tanı histopatolojik inceleme ile mantar kültürü sonucunda konulmuştur. Bizim olgumuzda da sert, infiltre plak olması ve hastanın yakın zamanda kilo kaybının bulunması ayırıcı tanıda malignite/metastaz düşündürmüştü. Literatürde inflamatuar tinea barbanın antibakteriyel tedaviye yanıt vermeyen nodüler veya apse benzeri lezyonlarla ortaya çıkabildiği vurgulanmaktadır. Benzer şekilde inflamatuar tinea barba lupus vulgaris gibi kutanöz tüberküloz olgularıyla ayırıcı tanıya girmektedir.Topikal tedaviler kıl şaftına yeterince penetre olamadığından tedavide ilk tercih oral antifungallerdir. Terbinafin ve sistemik azoller önerilen tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Oral itrakonazolün 200 mg/gün 4-6 haftalık kullanımı önerilmiştir. Biz de literatüre uygun doz ve sürelerde sistemik itrakonazol kullanarak hastada tam kür elde ettik. Sonuç olarak sakal/bıyık bölgesinde belirgin endürasyon gösteren, kısa sürede ortaya çıkan, inflamatuar nodül/plaklarda uygun hastalarda tinea barbanın da ayırıcı tanıya

alınmasını ve histopatolojik incelemenin yanında mantar kültürünün yapılıp değerlendirilmesinin önemini vurgulamak amacıyla vakamızı sunduk.

Anahtar Kelimeler: kutanöz malignite, taklitçi dermatoz, tinea barba

Yayın No: P-267
Bildiri Grubu: Genel / Yara bakımı

Kronik Travmatik Bacak Ülserinde Topikal Gümüş Sülfadiazin Sonrası Klinik Düzelme: Olgu Sunumu

Metin Özaslan[1], Tuğba Akın[1], Aliye Sarı[2]

[1]Konya Numune Hastanesi, Dermatoloji
[2]Konya Numune Hastanesi, Tıbbi Patoloji

Giriş ve Amaç: Gümüş sülfadiazin (GSD), güçlü antimikrobiyal etkisi nedeniyle özellikle yanık tedavisinde yaygın olarak kullanılmakta, ayrıca diyabet, basınç ve venöz ülserlerde yara iyileşmesini destekleyebileceği bildirilmiştir. Bununla birlikte, travmatik ülserlerdeki etkinliğine ilişkin veriler sınırlıdır. Travmatik bacak ülserleri (TÜ), özellikle yaşlı bireylerde sık görülür. Bu ülserler genellikle kesik, yanık ya da cerrahi müdahale gibi travmalar sonrasında ortaya çıkar. Bu olgu sunumunda, konvansiyonel tedavilere dirençli kronik bir TÜ olgusunda yalnız topikal GSD ile gözlenen klinik düzelme sunulmuştur.

Yöntem: Yetmiş yedi yaşında erkek hasta, sol bacakta altı aydır iyileşmeyen yara nedeniyle başvurdu. Hastanın öyküsünde, yaranın sıcak köz teması sonrası geliştiği ve bu süreçte düzenli yara temizliği, ıslak-kuru pansuman uygulamaları, topikal ve sistemik antibiyotik tedavileri ile çinko oksit içeren preparatlar kullanımına rağmen gerilemediği öğrenildi. Özgeçmişinde herhangi bir kronik hastalığı veya düzenli ilaç kullanımı yoktu. Dermatolojik muayenede, sol pretibial bölgede 2x1 cm boyutlarında, tabanında sarı fibrin dokusu bulunan, hafif seröz akıntılı keskin sınırlı soliter ülser (Resim 1a) saptandı. Yara sürüntü kültüründe üreme olmadı. Piyoderma gangrenozum (PG), orta damar vasküliti, artefakt dermatiti ve venöz ülser ön tanılarıyla lezyondan punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede; epidermiste ülserasyon, üst dermiste nötrofil toplulukları, orta ve alt dermiste endotelleri şişkin prolifere vasküler yapılar, yer yer deri eklerini ve vasküler yapıları saran nötrofil, eozinofil infiltrasyonu, nüve debrileri izlendi. Histopatolojik bulgular spesifik olmamakla birlikte; travma öyküsü, klinik görünüm, vasküler değerlendirme ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde olgu travmatik ülser ile uyumlu kabul edildi. Hastaya topikal GSD %1 krem günde 2 kez başlandı. Tedavinin birinci ayında ülser boyutunda belirgin küçülme ve krutlanma gözlendi (Resim 1b). Bu süreçte debridman veya ek bir girişim uygulanmadı. Altı aylık izlemde nüks gözlenmedi.

Resim 1a



Tedavi öncesinde tabanında sarı fibrin dokusu bulunan, keskin sınırlı soliter ülser

Resim 1b



Topikal gümüş sülfadiazin tedavisinin birinci ayında ülser boyutunda belirgin küçülme ve krutlanma.

Bulgular ve Sonuç: Vakamızda histopatolojik bulgular PG ve venöz ülser ile kısmen uyumlu olmakla birlikte, venöz yetmezliğe ait klinik ve laboratuvar bulgularının yokluğu nedeniyle venöz ülser tanısı ön planda düşünülmemiştir. PG lehine değerlendirilebilecek nötrofilik infiltrasyon izlenmekle birlikte; lezyonun ağrısız seyretmesi, hızlı progresyon göstermemesi, tipik viyolase kenar yapısının bulunmaması, eşlik eden sistemik hastalık saptanmaması ve immünsüpresif tedavi uygulanmaksızın GSD tedavisi sonrası klinik iyileşme gözlenmesi nedeniyle olgu PG ile uyumlu bulunmamıştır. Olgumuzda ülserin altı ay boyunca konvansiyonel tedavilere rağmen gerilememesi, kronik ve tedaviye dirençli bir seyri düşündürmektedir. GSD tedavisinin başlanmasını takiben birinci ayda belirgin klinik küçülme ve krutlanma gözlenmesi, bu iyileşmenin yalnızca lezyonun doğal seyri ile açıklanamayabileceğini ve GSD'nin yara iyileşme sürecine katkıda bulunmuş olabileceğini düşündürmektedir.GSD, geniş spektrumlu antimikrobiyal etkisi nedeniyle özellikle ikinci ve üçüncü derece yanıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılan, düşük maliyetli ve kolay erişilebilir bir ajandır. Bunun yanında GSD'nin yalnızca antimikrobiyal etkileriyle değil, anti-inflamatuvar özellikleri ve yara mikroçevresini düzenleyici etkileriyle de yara iyileşmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, GSD'nin sitotoksik etkilerinin yara iyileşmesini geciktirebileceği de bildirilmiş olup, bu nedenle uzun süreli kullanımından kaçınılması önerilir. Olgumuzda yara kültüründe üreme saptanmamış olmasına rağmen GSD tedavisi sonrasında gözlenen klinik iyileşme, yalnız antibakteriyel etkinin değil, literatürde bildirilen anti-inflamatuar ve yara mikroçevresini düzenleyici özelliklerinin de katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.Bu olgu, özellikle konvansiyonel tedavilere dirençli kronik travmatik ülserlerde topikal GSD'nin kolay erişilebilir, düşük maliyetli bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gümüş sülfadiazin, travmatik ülser, yara iyileşmesi

Yayın No: P-268
Bildiri Grubu: Genel / Veneroloji

Orf Hastalığı: Olgu Sunumu

Nihat Bayındır[1], Hülya Albayrak[1], Tayfur Kumalar[1]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

Giriş ve Amaç: Orf hastalığı, Parapoxvirus cinsine ait Orf virüsünün neden olduğu, koyun ve keçilerde görülen zoonotik bir deri enfeksiyonudur . İnsanlara enfekte hayvanlarla veya kontamine materyallerle doğrudan temas sonucu bulaşmakta ve sıklıkla el ve parmaklarda kendini sınırlayan nodüler lezyonlarla seyretmektedir . Klinik görünümü nedeniyle piyojenik granülom, kutanöz şarbon, herpetik enfeksiyonlar ve diğer nodüler deri lezyonları ile karışabilmektedir . Bu bildiride, koyun kesimi sırasında oluşan travma sonrası gelişen ve klinik değerlendirme sonucunda Orf hastalığı tanısı konulan bir olgu sunularak, hayvan teması öyküsünün doğru tanıya ulaşmadaki önemi ve zoonotik deri enfeksiyonlarının ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği vurgulanmaktadır.

Olgu: 26 yaşında erkek hasta, sol el ve sağ el parmaklarında gelişen lezyonlar nedeniyle dermatoloji kliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünde yaklaşık 1 ay önce Kurban Bayramı sırasında koyun kesimi esnasında elinde kesici yaralanma meydana geldiği öğrenildi. Başvuru öncesinde lezyonları nedeniyle farklı sağlık kuruluşlarına başvurduğu, bu süreçte çoklu antibiyotik tedavileri kullandığı ve tek doz intramüsküler penisilin uygulandığı ve bu tedavilerden yanıt almadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede, sol el volar yüzde ve sağ el 2. parmak dorsalinde hemorajik bül ve üzeri krutlu, merkezinde nekrotik alanlar içeren nodüler lezyonlar izlendi (Resim 1). Lezyonların morfolojisi ve hayvan teması öyküsü birlikte değerlendirildiğinde Orf hastalığı ön tanısı düşünüldü. Ayırıcı tanıda kutanöz şarbon da değerlendirildi. Hastanın lezyonlarında ağrının bulunmaması, alınan yara yeri kültüründe üreme saptanmaması ve klinik bulguların birlikte değerlendirilmesi sonucunda kutanöz şarbon tanısı ekarte edildi. Hemorajik büller boşaltılarak lokal yara bakımı uygulandı ve topikal tedavi başlandı. Takiplerinde lezyonlarda belirgin gerileme ve klinik iyileşme izlendi (Resim 2).

Resim 1



Tedavi Öncesi

Resim 2



Tedavi Sonrası

Sonuç: Orf hastalığı, özellikle koyun ve keçilerle temas öyküsü bulunan bireylerde görülen, Parapoxvirus kaynaklı zoonotik ve kendini sınırlayan bir deri enfeksiyonudur . Klinik olarak genellikle el ve parmaklarda lokalize, hemorajik bül, nodül ve üzeri krutlanma ile seyretmekte olup, hastalığın farklı evreleri aynı anda görülebilmektedir . Bu görünüm nedeniyle piyojenik granülom, bakteriyel yumuşak doku enfeksiyonları, atipik mikobakteriyel enfeksiyonlar, herpetik lezyonlar ve nadiren malign deri lezyonları ile karışabilmektedir .Özellikle mesleki veya sosyal hayatta hayvan teması öyküsü bulunan hastalarda, tipik klinik bulguların dikkatle

değerlendirilmesi doğru tanı açısından büyük önem taşımaktadır . Orf hastalığı çoğu olguda spontan regresyon göstermekle birlikte, yanlış tanı sonucu gereksiz antibiyotik kullanımı, invaziv girişimler veya cerrahi işlemler uygulanabilmektedir . Bu nedenle hastalığın klinik farkındalığının artırılması hem hasta yönetimi hem de sağlık sistemi açısından önemlidir .Tanıda çoğunlukla klinik öykü ve fizik muayene yeterli olmakla birlikte, atipik olgularda histopatolojik inceleme ve moleküler yöntemler yardımcı olabilir . Tedavide genellikle destekleyici yaklaşım yeterli olup, lezyonların sekonder enfeksiyonlardan korunması ve lokal yara bakımı esastır . İmmünsüprese hastalarda ise daha uzun sürebilen veya komplikasyon gelişebilen klinik seyir göz önünde bulundurulmalıdır .Sonuç olarak, Orf hastalığı özellikle hayvan teması öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gereken, iyi seyirli ancak yanlış tanı ile gereksiz müdahalelere yol açabilen önemli bir zoonotik dermatozdur .

Anahtar Kelimeler: Orf hastalığı, Kutanöz şarbon, Parapoxvirüs

Yayın No: P-269
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Atopik Dermatit Zemininde Gelişen Ekzema Herpetikum: Bir Olgu Sunumu

Merih Kutman Üstüner[1], Hilal Kaya Erdoğan[1], Zeynep Nurhan Saraçoğlu[1], Ersoy Acer[1], Esra Ağaoğlu[1]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Atopik dermatit (AD), epidermal bariyer disfonksiyonu ve kutanöz immün yanıt defektleri ile karakterize kronik inflamatuar bir deri hastalığıdır. AD hastalarında, bariyer bütünlüğünün bozulmasına ve antimikrobiyal peptitlerin yetersizliğine sekonder olarak Herpes Simplex Virüsü (HSV) enfeksiyonlarının yayılımı kolaylaşmaktadır. Ekzema herpetikum (EH) veya Kaposi'nin variselliform döküntüsü; AD zemininde gelişen, monomorfik vezikülopüstüler lezyonlarla karakterize, erken tanı ve tedavi uygulanmadığında hayatı tehdit edebilen dissemine bir viral enfeksiyondur. Bu olguda, sistemik JAK inhibitörü tedavisi altında olan ve AD zemininde gelişen bir EH vakasında erken tanı ve intravenöz (IV) antiviral tedavinin başarısını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Yöntem: Çocukluğundan beri AD tanısı olan ve son bir yıldır sistemik JAK inhibitörü (upadasitinib) tedavisi almakta olan 25 yaşında kadın hasta, yüz bölgesinde ani gelişen, şiddetli kaşıntı ve yanma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde ek olarak keratokonus tanısı mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde; yüz lokalizasyonunda impetijinize görünümde, bazıları krutlu, çok sayıda monomorfik vezikülopüstüler lezyon saptandı. Etiyolojiyi hızlıca doğrulamak amacıyla lezyon tabanından kazıma yapılarak Tzanck yayması (smear) hazırlandı.

Bulgular ve Sonuç: Yapılan Tzanck yayması preparatının mikroskobik incelemesinde, viral enfeksiyonu doğrulayan akantolitik keratinositler ve multinükleer dev hücreler net olarak gösterildi. Klinik sunum ve sitolojik bulgular doğrultusunda hastaya ekzema herpetikum teşhisi konuldu. Hasta servise yatırılarak hızlıca intravenöz (IV) asiklovir (3x750 mg) tedavisi başlandı. Yakın klinik takiple sürdürülen 2 haftalık tedavi periyodu sonucunda, hastanın kutanöz lezyonlarının tamamen gerilediği ve tam klinik kür sağlandığı gözlendi. Tedavi süresince herhangi bir sistemik veya oküler komplikasyon gelişmedi. Ekzema herpetikum, özellikle AD hastalarında kutanöz bariyerin bozulması ve Th2 ağırlıklı immün yanıt nedeniyle ortaya çıkan ciddi bir dermatolojik acildir. Güncel literatürde, biyolojik ajanlar ve yeni nesil JAK inhibitörleri gibi sistemik immünmodülatör tedavileri kullanan AD hastalarında EH gelişme riskinin yakından takip edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Tanıda klinik şüphe esastır; ancak Tzanck yayması, viral etiyolojiyi hızlı ve güvenilir bir şekilde doğrulamada poliklinik şartlarında halen kritik bir öneme sahiptir. Tedavide gecikilmesi durumunda oküler komplikasyonlar ve sistemik viremi gibi ağır morbiditeler gelişebileceğinden, yaygın olgularda IV asiklovir gibi sistemik antivirallerle erken ampirik tedaviye başlanması prognozu belirgin ölçüde iyileştirir. Sonuç olarak; özellikle gelişmiş sistemik tedaviler alan AD hastalarında ani kötüleşen vezikülopüstüler

döküntülerde EH akılda tutulmalı, Tzanck yayması ile hızlıca tanıya gidilerek agresif sistemik antiviral tedavi başlanmalıdır.

Resim 1



Hastanın tedavi öncesi lezyonları

Resim 3



Hastanın tedavi sonrası lezyonları

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, antiviral tedavi, ekzema herpetikum

Yayın No: P-270
Bildiri Grubu: Genel / Dermatopatoloji

Çene Bölgesine Lokalize Papüler Elastoreksis: Klinik, Dermoskopik ve Histopatolojik Bulgularıyla Nadir Bir Olgu Sunumu

Ahmet Ertuğrul Aşkın[1], Deniz Demircioğlu[1], Cüyan Demirkesen[2]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Papüler elastoreksis, dermal elastik liflerde kayıp ile karakterize, etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış nadir görülen edinsel bir elastik doku hastalığıdır. İngilizce literatürde 2018 yılında 33, 2025 yılına kadar ise yaklaşık 44 olgu bildirilmiştir. Klinik olarak asemptomatik, deri renginde papüller şeklinde seyretmesi nedeniyle benign adneksiyal tümörler ve diğer papüler dermatozlarla karışabilmektedir. Bu durum gereksiz tetkik ve tedavilere yol açabilmektedir. Bu olguda, yüz yerleşimli papüler elastoreksisin klinik, dermoskopik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 26 yaşında kadın hasta, 2 yıldır çene bölgesindeki kabarıklıklar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede çene ve perioral orta hatta lokalize, 1–4 mm çaplarında, deri renginde, yumuşak kıvamlı, asemptomatik papüller izlendi. Bunun dışında yüzde yaygın orta şiddette akne vulgaris mevcuttu. Dermoskopik incelemede yer yer belirgin beyaz çizgiler içeren homojen beyaz yapıların daha çok çevresinde yerleşen ancak lezyon içine de uzanım gösterebilen ince lineer damarlar gözlendi. Klinik ayırıcı tanıda papüler elastoreksis, trikoepitelyoma ve trikofolliküloma düşünüldü. Papüler lezyondan alınan 0,3x0,3 cm derinliğinde punch biyopsi materyalinin Verhoeff–Van Gieson (EVG) boyası ile incelenmesinde dermisin üst yarısında yaygın elastik lif kaybı, korunmuş alanlarda ise belirgin elastik lif incelmesi izlendi. Neoplastik bir oluşum saptanmadı ve histopatolojik bulgular papüler elastoreksis ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın eşlik eden tedavisiz aktif akne vulgarisi de olması nedeniyle haftada üç gün 20 mg oral izotretinoin tedavisi başlandı. 1 aylık izlemde akne lezyonlarında belirgin gerileme izlenirken papüler elastoreksis lezyonlarında değişiklik saptanmadı.

Sonuç: Papüler elastoreksis, nonspesifik klinik görünümü nedeniyle benign papüler dermatozlar ile karışabilen nadir bir elastik doku hastalığıdır. Kesin tanıda histopatolojik inceleme ile elastik lifleri gösteren özel boyaların kullanılması kritik öneme sahiptir. Uzun süreli asemptomatik deri renginde papüller şikayetiyle başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Nadir görülmesi, yanlış tanı almaya açık klinik görünümü ve klinik-dermoskopik-histopatolojik korelasyon göstermesi nedeniyle bu olgunun literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: papüler elastoreksis, elastik lif, papüler dermatozlar

Yayın No: P-271
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

İktiyozis Vulgaris Tedavisinde Dupilumab Monoterapisi: Bir Olgu Sunumu

Ecem Etli Yıldız[1], Soner Uzun[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Giriş: İktiyozis vulgaris, epidermal bariyer bozukluğu ile karakterize en sık görülen kalıtsal iktiyozis tipidir. Tedavide nemlendiriciler, keratolitik ajanlar ve sistemik retinoidler temel seçenekler olmakla birlikte, bazı hastalarda yan etkiler nedeniyle alternatif tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. Dupilumabın kalıtsal iktiyozislerde kullanımına ilişkin veriler giderek artmasına rağmen, iktiyozis vulgariste dupilumab monoterapisine ilişkin kanıtlar sınırlıdır.

Yöntem: Bu olgu sunumunda, iktiyozis vulgaris tanılı 23 yaşında kadın hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Dupilumab, atopik dermatit için önerilen standart doz şemasına uygun olarak uygulanmış ve hasta yaklaşık 12 ay boyunca üç aylık düzenli aralıklarla takip edilmiştir. Tedavi etkinliği; klinik dermatolojik değerlendirme ile birlikte Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Pruritus Görsel Analog Skoru (VAS) ve Ichthyosis Severity Score (ISS) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Olgu Sunumu: Yirmi üç yaşında iktiyozis vulgaris tanılı kadın hastaya Nisan 2025 tarihinde asitretin (25 mg/gün) ve dupilumab kombinasyon tedavisi başlandı. Tedavinin erken döneminde gelişen belirgin karaciğer fonksiyon testi yüksekliği nedeniyle asitretin kesildi ve hasta dupilumab monoterapisi ile izlenmeye devam edildi. Dupilumab, atopik dermatit için önerilen standart doz şeması ile uygulandı. Yaklaşık bir yıllık takip süresince hasta 3 aylık düzenli aralıklarla değerlendirildi. Tedavinin 12. haftasında Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI) skoru 22'den 4'e, Pruritus Görsel Analog Skoru (VAS) 6'dan 2'ye ve Ichthyosis Severity Score (ISS) 3,11'den 1,60'a geriledi. Klinik değerlendirmede özellikle skuamlanmada belirgin düzelme izlendi. Tedavi süresince dupilumaba bağlı herhangi bir advers etki gözlenmedi.Sonuç: Bu olgu, sistemik retinoid tedavisinin hepatotoksisite nedeniyle sürdürülemediği iktiyozis vulgaris hastasında dupilumab monoterapisinin klinik bulgular, kaşıntı ve yaşam kalitesi üzerinde belirgin iyileşme sağlayabileceğini göstermektedir. Dupilumab, seçilmiş iktiyozis vulgaris olgularında güvenli ve etkili bir tedavi alternatifi olabilir. Bu bulguların doğrulanması için daha geniş hasta serilerine ve kontrollü klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

RESİM 1.



Hastanın 0 – 12 – 52. Hafta tedavi yanıtı

Anahtar Kelimeler: İktiyozis vulgaris, dupilumab, monoterapi

Yayın No: P-274
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Kabozantinib İlişkili Skrotal Ülserasyon ve Kutanöz Vaskülit

Sevgi KUZUGÜDENLİ YILMAZ[1], İrem Dilem ÖZCANLI[1], Fatıma GÜRSOY[2], Yunus Emre ALTINTAŞ[3], Ayşe ALBAYRAK[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, İstanbul

Giriş ve Amaç: Kabozantinib, vasküler endotelyal büyüme faktörü reseptörleri (VEGFR) ve hepatosit büyüme faktörü reseptörü başta olmak üzere çeşitli hedeflere etki eden, anti-anjiyojenik ve antitümöral özelliklere sahip bir multi-tirozin kinaz inhibitörüdür. Bu ajana bağlı olarak çeşitli kutanöz yan etkiler bildirilmektedir (1). Burada, kabozantinib tedavisi sırasında önce skrotal ülserasyon, ardından kutanöz vaskülit gelişen metastatik renal hücreli karsinomlu bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: Yetmiş bir yaşında erkek hasta, metastatik berrak hücreli renal karsinom nedeniyle sağ radikal nefrektomi sonrası başlanan kabozantinib 60 mg/gün tedavisinin birinci ayında gelişen ağrılı genital lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Lezyonların bir aydır devam ettiği ve farklı merkezlerde uygulanan topikal antifungal ve antibakteriyel tedavilere rağmen ilerlediği öğrenildi. Dermatolojik muayenede inguinal bölgelerde, bilateral uyluk proksimal ve medial yüzlerde ve skrotumda, 3-4 adet yaklaşık 5-6 cm çaplarında, eritemli ve belirgin kenarlı, temiz tabanlı ülserler izlendi (Şekil 1). Lezyonların kabozantinib ile ilişkili kutanöz toksisite olabileceği düşünülerek tıbbi onkoloji ile görüşüldü ve kabozantinib tedavisine ara verildi. Lokal olarak çinko oksit içeren majistral merhem ve topikal fusidik asit başlandı; sürtünme ve travmadan korunması önerildi. İki hafta sonraki kontrolde ağrıda ve ülserlerde belirgin gerileme, eritemde azalma izlendi (Şekil 2). Klinik iyileşmeyle kabozantinib 20 mg/gün olarak düşük dozda yeniden başlandı ve bir hafta sonra 40 mg/gün'e yükseltildi. Dört ay sonra hasta 15 gündür devam eden ve şiddetli kaşıntının eşlik ettiği alt ekstremite döküntüleri nedeniyle tekrar başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral tibial bölge lateral ve posteriorlarında nonpalpabl, basmakla solmayan, eritemli morumsu ve yer yer birleşme eğiliminde purpurik maküller izlendi. Kutanöz küçük damar vasküliti ön tanısıyla lezyonlardan punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede papiller dermiste belirgin ödem, orta dermiste damar duvarı hasarı, endotelyal belirginleşme ve yaygın eritrosit ekstravazasyonu ile eozinofil ve nötrofillerin eşlik ettiği lenfositik inflamatuvar infiltrasyon izlendi. Direkt immünfloresan inceleme teknik nedenlerle gerçekleştirilemedi. Histopatolojik bulgular öncelikle ilaç ilişkili vaskülit lehine değerlendirildi. Purpurik döküntü sonrası kabozantinib tedavisi kesildi. Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografide hastalık nüksünün saptanması üzerine ikinci basamak tedavide nivolumaba geçildi. Hastanın dermatoloji ve medikal onkoloji kontrolleri devam etmektedir.

Şekil 1



Kabozantinib 60 mg/gün tedavisi sırasında gelişen skrotal ülserasyonun başlangıçtaki klinik görünümü.

Şekil 2



Tedaviye ara verilmesi ve lokal tedavi sonrası ikinci haftada skrotal ülserasyondaki belirgin klinik gerileme.

Sonuç: Tirozin kinaz inhibitörlerine bağlı kutanöz advers etkilerin patogenezinde, özellikle VEGFR inhibisyonuna bağlı mikrovasküler yoğunlukta azalma, deri perfüzyonunda bozulma ve endotelyal onarımın baskılanması rol oynamaktadır. Bu değişiklikler mekanik travmaya duyarlı bölgelerde ülserasyon ve yara iyileşmesinde gecikmeye zemin hazırlayabilmektedir (1,2). Kabozantinib ile ilişkili olarak el-ayak sendromu, stomatit, kserozis, pigmentasyon değişiklikleri, skrotal eritem/ülserasyon ve subungual splinter hemorajiler dahil olmak üzere çeşitli kutanöz advers etkiler bildirilmiştir (1). Skrotal ülserasyon bildirilen olgularda lezyonların tedavinin kesilmesiyle gerilediği gösterilmiştir (3,4). Literatürde erlotinib, osimertinib ve gefitinib gibi diğer tirozin kinaz inhibitörleriyle kutanöz vaskülit bildirilmiştir (5-7). Tirozin kinaz inhibitörlerine bağlı vaskülitin patogenezi kesin olarak bilinmemekle birlikte, VEGF inhibisyonunun doğrudan vasküler etkileri, immün kompleks birikimi ve tümör neoantijenlerinin açığa çıkmasına bağlı paraneoplastik mekanizmalar üzerinde durulmaktadır (8). Kabozantinib ilişkili kutanöz vaskülit ise nadir olup literatürde renal hücreli karsinomlu bir hastada gelişen lökositoklastik vaskülit olgusu bildirilmiştir (8). Olgumuzda skrotal ülserasyon ve kutanöz vaskülit aynı hastada ardışık olarak gelişmiştir. Onkoloji hastalarında farklı kutanöz yan etkilerin bir arada görülebileceğinin akılda tutulması ve bu reaksiyonların erken tanınması, gereksiz tedavilerin önlenmesi ve antineoplastik tedavinin uygun şekilde düzenlenmesi açısından önemlidir. Hastaların yönetiminde dermatoloji ve onkoloji bölümleri arasındaki yakın iş birliği önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kabozantinib, Vaskülit, Skrotal ülser

Yayın No: P-275
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Omalizumab Sonrası Gelişen Paradoksal Kronik Spontan Ürtiker Alevlenmesi

Dr.Simge TÜRKER[1], Doç.Dr.Aslan YÜREKLİ[1], Prof.Dr.Gülşen AKOĞLU[1]

[1]SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Dermatoloji ABD

Giriş ve Amaç: Omalizumab, antihistaminik tedavisine dirençli kronik spontan ürtiker (KSÜ) tedavisinde etkili bir biyolojik ajandır. Bununla birlikte nadiren paradoksal ürtiker alevlenmesine yol açabilir. Bu olgu sunumunda, her omalizumab enjeksiyonundan sonra tekrarlayan ve öngörülebilir şekilde gelişen KSÜ alevlenmesi gösteren bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: Kırk beş yaşındaki kadın hasta, yaklaşık iki aydır devam eden ve belirgin bir tetikleyici faktör saptanamayan tekrarlayan ürtiker ve anjiyoödem atakları nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede 5 mm ile 4 cm arasında değişen çaplarda, yaygın, eritemli, basmakla solan papül ve plaklar izlendi.Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, diferansiyel lökosit sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri, idrar tahlili ve C-reaktif protein düzeyleri normal sınırlarda bulundu. Anti-tiroid peroksidaz antikoru negatifti ve total serum IgE düzeyi 105 IU/mL (referans: 43–100 IU/mL) olarak saptandı.İlk tedavi olarak üç ay süreyle günde dört kez 20 mg bilastin ve bir ay süreyle 0,3 mg/kg/gün prednizolon uygulandı. Geçici semptom kontrolü sağlanmasına rağmen kalıcı remisyon elde edilemedi. Sistemik kortikosteroid tedavisinin azaltılarak kesilmesinden sonraki 15 gün içinde semptomlar yeniden ortaya çıktı. Bunun üzerine tedavi günde dört kez 10 mg ebastin şeklinde değiştirildi; ancak dört haftalık tedavi sonunda klinik iyileşme gözlenmedi.Yüksek doz antihistaminik tedaviye rağmen semptomların devam etmesi üzerine dört haftada bir 300 mg omalizumab tedavisi başlandı. Hastaya toplam beş doz omalizumab uygulandı. Omalizumab tedavisi boyunca hasta temel tedavi olarak bilastin 2×2 (40 mg/gün) kullanmaya devam etti.Dikkat çekici olarak, beş enjeksiyonun her birinden yaklaşık 6–8 saat sonra semptomlarda belirgin ve tekrarlayan akut kötüleşme gelişti. Bu alevlenme dönemi her dozdan sonra yaklaşık bir hafta sürdü. Her omalizumab uygulamasından önce hastanın haftalık Ürtiker Aktivite Skoru (UAS7) 7–15 arasında değişirken, enjeksiyonu takip eden hafta içinde UAS7 skoru düzenli olarak 30–42 düzeyine yükseldi ve şiddetli ürtiker plakları ile yoğun kaşıntı gelişti.Her enjeksiyondan yaklaşık bir hafta sonra akut alevlenme geriledi ve hasta yalnızca bilastin 2×2 tedavisi ile başlangıç klinik düzeyine (UAS7: 7–15) döndü. Bu durumun yetersiz tedavi yanıtı, kontrolsüz KSÜ veya hastalığın doğal dalgalanması olmadığını göstermek amacıyla ayrıntılı klinik değerlendirme yapıldı. Alevlenme dönemlerinde eşlik eden enfeksiyon bulunmadığı, antihistaminik tedavinin kesilmediği, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar dahil yeni bir ilaç kullanılmadığı ve herhangi bir diyet tetikleyicisinin olmadığı doğrulandı.Beşinci omalizumab dozundan sonra da benzer şekilde gelişen akut alevlenme yaklaşık bir hafta içinde geriledi ve UAS7 tekrar 7–15 düzeyine döndü. Tekrarlayan bu alevlenmeler nedeniyle omalizumab tedavisi kalıcı olarak sonlandırıldı. Son omalizumab dozundan tam üç hafta sonra siklosporin tedavisi başlandı. Siklosporin tedavisinin

ilk haftasında hastanın semptomlarında hızlı ve belirgin düzelme görüldü ve UAS7 skoru 1–6 düzeyine gerileyerek hastalık iyi kontrol altına alındı.

Şekil-1



Omalizumab 300 mg enjeksiyonundan 7 saat sonra hastanın üst ekstremitelerinde izlenen yaygın eritemli ürtikeryal plaklar; ilaca bağlı tekrarlayan akut alevlenme dönemini göstermektedir.

Şekil-2



Siklosporin tedavisinin başlanmasından 1 hafta sonra (son omalizumab dozundan 3 hafta sonra) ürtikeryal lezyonların tamamen gerilemesi ve mükemmel klinik kontrolün sağlanması.

Sonuç: Her omalizumab uygulamasını takiben aynı zaman diliminde gelişen tekrarlayıcı alevlenmeler, ilaca bağlı paradoksal reaksiyon veya aşırı duyarlılık olasılığını düşündürmektedir. Omalizumab güvenli ve etkili bir tedavi olsa da, bu nadir advers etkinin farkında olunmalıdır.

Benzer olgularda ayrıntılı klinik değerlendirme yapılmalı ve gerektiğinde siklosporin gibi alternatif sistemik tedaviler tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik spontan ürtiker, Omalizumab, Advers reaksiyon

Yayın No: P-276
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Konvansiyonel Tedaviye Dirençli TGM1 İlişkili Lameller İktiyozda Dupilumab Deneyimi: Bir Olgu Sunumu

Caner Göllü[1], Arzu Kılıç[1], Gülay Turan[2], Hilmi Bolat[3]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı
[3]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Lameller iktiyoz, Transglutaminaz-1 (TGM1) genindeki biallelik patojenik varyantlara bağlı gelişen, nadir görülen otozomal resesif bir konjenital iktiyoz alt tipidir. TGM1 enzim eksikliğine bağlı epidermal bariyer disfonksiyonu, doğumdan itibaren yaygın hiperkeratotik skuamlar ve kserozis ile karakterize kronik bir fenotipe neden olur ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde bozar 1,2. Topikal emolyen ve sistemik retinoidler standart tedaviyi oluştursa da, bazı hastalarda yanıt yetersiz kalmakta ve alternatif tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır 3,4. Bu olguda, konvansiyonel tedaviye dirençli genetik olarak doğrulanmış TGM1 ilişkili lameller iktiyozlu bir hastada dupilumab tedavisi sonrası elde edilen klinik yanıtın literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

Olgu: On yedi yaşında erkek hasta, kliniğimize ilk kez 4 yıl önce deride kuruluk ve kaşıntı yakınmasıyla başvurdu. Aileden alınan anamnezde şikayetlerin doğumdan yaklaşık 3 ay sonra başladığı, yaz aylarında azalıp kış aylarında belirginleştiği öğrenildi. Özgeçmişinde atopi ve kriptorşidizm öyküsü saptanmadı; soygeçmişinde ebeveynler arasında akrabalık (dedelerin kardeş olduğu) mevcuttu, ancak kardeşlerinde veya diğer aile bireylerinde iktiyoz öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede yüzde ince, beyazımsı skuamlar; gövdede ve bilateral üst-alt ekstremitelerde ise yaygın kserozis zemininde koyu kahverengi-gri renkli, kalın, poligonal, plak tarzı skuamlar izlendi (Resim 1). Skuamlar özellikle pretibial bölgede belirgindi; palmar hiperlinearite eşlik ediyor, fleksural alanlar nispeten korunuyordu. 2022 yılında kliniğimizde yapılan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesi "lameller iktiyoz" ile uyumlu olarak raporlandı. Takiplere düzenli gelmeyen hastada 2022-2025 yılları arasında sistemik izotretinoin ve topikal emolyen tedavileri uygulandı, ancak bu tedaviye hasta toleransı ve uyumu kötüydü, tedaviden fayda görmediğini belirten hastada tedavi hasta isteğiyle sonlandırıldı. Etiyolojiyi aydınlatmak amacıyla yapılan moleküler genetik analizde TGM1 geninde otozomal resesif kalıtım paterni gösteren ve ACMG (Amerikan Tıbbi Genetik ve Genomik Koleji) sınıflandırmasına göre patojenik kabul edilen iki farklı heterozigot varyant (p.Arg54Ter ve p.Asp490Gly) saptandı; ebeveynlerde yapılan segregasyon analizinde aynı gende mutasyon gösterilemedi. Klinik tablo ve tedaviye dirençli seyir nedeniyle hasta için endikasyon dışı dupilumab başvurusu yapıldı. Altı aylık dupilumab ve düzensiz topikal emolyen tedavisi sonrasında hastanın kaşıntısında belirgin azalma ile birlikte klinik yanıt gözlendi (Resim 2).

Resim 1



Hastanın gövde ön yüzünde, yaygın kserotik zeminde koyu kahverengi-gri renkli, poligonal, plak tarzı skuamlar.

Resim 2



Altı aylık dupilumab tedavisi sonrasında hastanın gövde ön yüzündeki kserozis ve skuamlarda regresyon.

Sonuç: Literatürde lameller iktiyozda dupilumab deneyimleri çoğunlukla atopik komorbiditenin eşlik ettiği olgularda bildirilmiştir. Ancak son yıllarda konjenital iktiyozlarda elde edilen moleküler veriler, epidermal bariyer bozukluğunun yalnızca yapısal bir kusur oluşturmadığını, aynı zamanda TSLP, IL-33 ve IL-25 gibi epitel kaynaklı alarminlerin salınımı yoluyla Tip 2 inflamasyonu tetiklediğini göstermektedir. Sonrasında gelişen IL-4 ve IL-13 aracılı inflamatuvar yanıt, keratinosit diferansiyasyonunu ve epidermal bariyer proteinlerinin ekspresyonunu daha da bozarak kronik inflamasyon ile hiperkeratozu sürdüren kısır döngü oluşturur. Bu nedenle dupilumabın sağladığı klinik düzelme, yalnızca eşlik eden atopik hastalıkların baskılanmasıyla değil, IL-4/IL-13 sinyalizasyonunu inhibe ederek bariyer bozukluğu ile inflamasyon arasındaki bu patolojik döngüyü kırmasıyla da açıklanabilir. Bizim olgumuzda atopik komorbidite bulunmamasına rağmen belirgin klinik yanıt elde edilmesi de bu mekanizmayı desteklemektedir. Olgumuzda tanının moleküler genetik analizle doğrulanmış olması ve dupilumab ile elde edilen klinik yanıt, TGM1 ilişkili lameller iktiyozda Tip 2 inflamasyonun tedavi edilebilir bir hedef olabileceğini düşündürmektedir. Ancak dupilumabın primer genetik kusuru düzeltmediği göz önünde bulundurulmalı; etkinliğini doğrulamak ve tedaviden en fazla yarar görecek hasta alt gruplarını belirlemek için daha geniş kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Lameller İktiyoz, Dupilumab, Transglutaminaz-1

Yayın No: P-277
Bildiri Grubu: Genel / Bağ doku hastalıkları

Romatoid Artritli Hastada Rope Sign ile Seyreden İnterstisyel Granülomatöz Dermatit: Olgu Sunumu

Muhammet Onur ARIKAN[1], Savaş ÖZTÜRK[1], Neşe GÖÇER GÜROK[1], Yücel KARAASLAN[2]

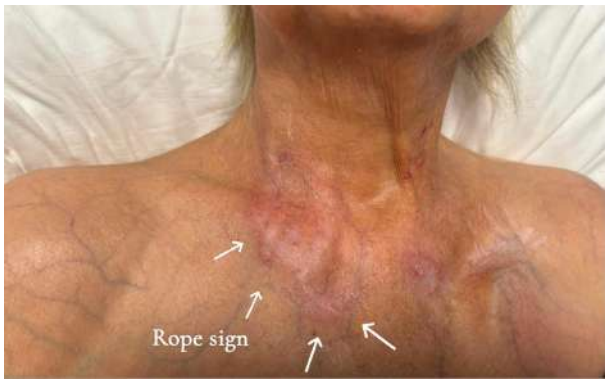
[1]Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği
[2]Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Tıbbi Patoloji Birimi

Giriş ve Amaç: İnterstisyel granülomatöz dermatit (İGD), çoğunlukla sistemik otoimmün ve inflamatuvar hastalıklarla ilişkili, nadir görülen reaktif granülomatöz dermatozlardan biridir. Hastalık, klinik olarak eritemli papül ve plaklardan subkutan kord benzeri lineer lezyonlara kadar değişen geniş bir morfolojik spektrum gösterebilir.Palpasyonla belirginleşen lineer, kord benzeri indürasyonlar "rope sign" olarak adlandırılmakta ve İGD için karakteristik olmakla birlikte nadiren görülmektedir.Burada, yaklaşık 20 yıldır romatoid artrit (RA) tanısıyla takip edilen 70 yaşındaki kadın hastada, gövdenin üst anterior yerleşiminde annüler eritemli-viyolase plaklar ve eşlik eden rope sign ile seyreden bir İGD olgusu sunulmaktadır.Histopatolojik incelemede dermiste kollajen dejenerasyonu ve fragmantasyonu ile bu alanlar arasında belirgin interstisyel histiyositik infiltrasyon ve granülom benzeri yapılar izlendi. Alcian Blue boyamasında belirgin müsin birikimi saptanmazken, Elastik Von Gieson histokimyası ile kollajen dejenerasyonu izlenirken, elastofagositoz bulgusu izlenmedi.Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek RA ile ilişkili İGD tanısı konuldu. Bu olgu, İGD'nin nadir görülen rope sign ile ortaya çıkabileceğini ve özellikle RA öyküsü bulunan hastalarda klinik ve histopatolojik korelasyonun tanı açısından önemini vurgulamaktadır.İGD çoğunlukla romatoid artrit (RA) gibi sistemik otoimmün ve inflamatuvar hastalıklarla ilişkili, nadir görülen reaktif granülomatöz dermatozlardan biridir.Palpasyonla belirginleşen lineer, sert subkutan bantlar şeklindeki rope sign, İGD için karakteristik ancak nadir görülen bir klinik bulgudur.

Yöntem: Yetmiş yaşında kadın hasta, anemi nedeniyle dahiliye servisinde yatışı sırasında yaklaşık üç hafta önce boyun ve göğüs ön yüzünde gelişen deri lezyonları nedeniyle dermatoloji kliniğimiz tarafından değerlendirildi.Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 20 yıldır RA tanısı bulunduğu ve son 15 yıldır rituksimab tedavisi kullandığı öğrenildi.Dermatolojik muayenede gövdenin üst anterior bölgesinde yerleşen annüler eritemli-viyolase plaklar ile palpasyonda belirginleşen lineer, kord benzeri sert subkutan bantlar (rope sign) saptandı(Şekil 1).Ayırıcı tanıda granüloma annulare, interstisyel granülomatöz ilaç reaksiyonu, palizading nötrofilik granülomatöz dermatit, morfea ve elastolitik granülomatöz hastalıklar düşünüldü.Lezyondan alınan 4 mm punch biyopsisinin hematoksilen-eozin incelemesinde dermiste belirgin kollajen dejenerasyonu ve fragmantasyonu, dejeneratif kollajen lifleri arasında interstisyel yerleşimli histiyosit infiltrasyonu, granülom benzeri odaklar, eritrosit ekstravazasyonu ile yüzeyel ve derin perivasküler lenfositik infiltrasyon izlendi.Kollajen liflerindeki belirgin fragmantasyona bağlı floating collagen görünümü mevcuttu.(Şekil2) Granüloma Annulare ayırımı için Alcian Blue boyamasında dermal müsin birikimi saptanmadı.Diğer elastolitik granülomatöz hastalılar için

Elastik Van Gieson boyasında kollajen dejenerasyonu gösterilirken elastofagositoz izlenmedi.Klinik, histopatolojik ve histokimyasal bulgular birlikte değerlendirilerek RA ile ilişkili İGD tanısı konuldu. Hastaya güçlü topikal kortikosteroid tedavisi başlandı ve bir aylık takipte lezyonlarda belirgin klinik gerileme gözlendi.

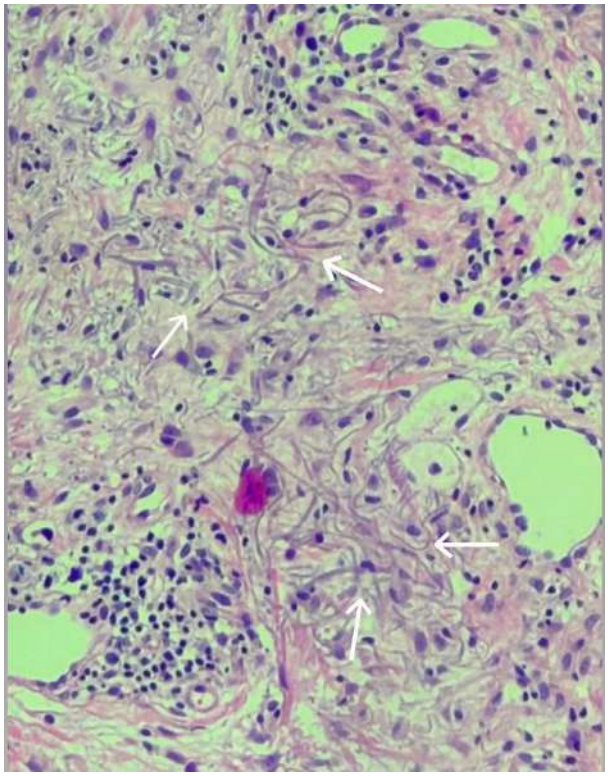
Şekil 1



Rope Sign - Anterior servikal ve üst torasik bölgede eritemli-viyolase annüler plaklar ile palpasyonla belirginleşen rope sign oluşturan lineer indüre kord benzeri lezyonlar.

Bulgular ve Sonuç: İGD'nin tanısında klinik ve histopatolojik korelasyon büyük önem taşımaktadır.Histopatolojik olarak kollajen dejenerasyonu çevresinde interstisyel histiyosit infiltrasyonu hastalığın karakteristik bulgularındandır.Rope sign başlangıçta İGD'ye özgü kabul edilse de günümüzde farklı reaktif granülomatöz dermatozlarda da bildirilmektedir.Bu nedenle tanı yalnızca klinik görünüme dayandırılmamalı, histopatolojik inceleme ve gerekli histokimyasal boyamalarla desteklenmelidir.Olgumuzda dermal müsin birikiminin olmaması granüloma annulareyi, elastofagositozun saptanmaması ise elastolitik granülomatöz dermatozları dışlamada yardımcı olmuştur.Bu olgu IGD'in Romatoid artrit gibi kollajen doku hastalarının seyrinde nadiren ortaya, klinik ve histopatolojik özellikleri ile ayırt edilebilen nadir bir antite olduğu için sunulmuştur.Romatoid artritli hastalarda gelişen annüler plaklara palpasyonla belirginleşen lineer kord benzeri indürasyonların eşlik etmesi interstisyel granülomatöz dermatiti akla getirmelidir.Rope sign nadir görülmekle birlikte tanı açısından oldukça değerli bir klinik ipucudur.Histopatolojik olarak kollajen dejenerasyonu, interstisyel histiyosit infiltrasyonu ve floating collagen görünümü ile birlikte müsin birikiminin ve elastik lif hasarının bulunmaması tanıyı desteklemektedir.

Şekil 2



Kollajen fragmantasyonu sonucu gelişen floating collagen görünümü ile interstisyel histiyosit infiltrasyonu (Hematoksilen-Eozin, ×200).

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel granülomatöz dermatit, Romatoid artrit, Rope sign

Yayın No: P-278
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoonkoloji

Hızla Büyüyen Asemptomatik Fasiyal Nodül: Nadir Bir Merkel Hücreli Karsinom Olgusu

Kübra Akdemir Yücel[1], Buğra Burç Dağtaş[1], Taha Hakan Akbulut[1], Sıdıka Şeyma Özkanlı[2], Ahmet Erbağcı[2], Mehmet Salih Gürel[1]

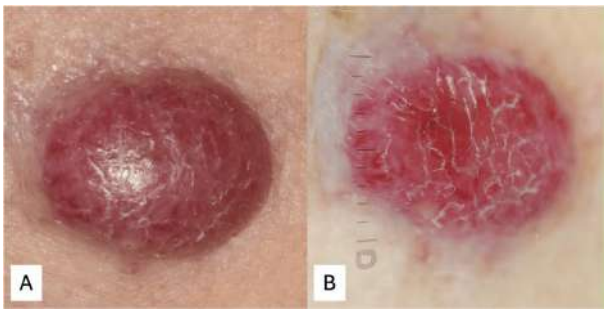
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Merkel hücreli karsinom, yüksek lokal rekürrens, bölgesel lenf nodu metastazı ve uzak metastaz potansiyeline sahip, nadir ve agresif seyirli bir kutanöz nöroendokrin malignitedir. Genellikle ileri yaştaki bireylerde, kronik ultraviyole maruziyetine açık baş-boyun bölgelerinde hızla büyüyen, ağrısız, eritematöz veya viyolase bir nodül şeklinde ortaya çıkar. Klinik morfolojisinin özgül olmaması nedeniyle benign ve malign kutanöz neoplazilerle karışabilir. Bu bildiride, sol temporal bölgede hızla büyüyen nodüler lezyon ile başvuran ve histopatolojik inceleme sonucunda Merkel hücreli karsinom tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Yöntem: Seksen bir yaşında kadın hasta, sol temporal bölgede yaklaşık iki ay içinde gelişen ve progresif büyüme gösteren asemptomatik lezyon nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede sol temporal bölgede yaklaşık 1,5 cm çapında, düzgün yüzeyli, iyi sınırlı, kubbe biçimli, eritematöz-pembe renkli nodül izlendi. Dermoskopik incelemede yüzeyel beyaz skuamlar ve lezyon periferinde düzensiz lineer vasküler yapılar saptandı. Klinik ayırıcı tanıda ekrin poroma, berrak hücreli akantom, anjiyolenfoid hiperplazi, merkel hücreli karsinom ve amelanotik melanom değerlendirildi. Lezyona eksizyonel biyopsi uygulandı.Histopatolojik incelemede 15 mm çapındaki tümörün morfolojik özellikleri Merkel hücreli karsinom ile uyumlu bulundu. Tümörde nekroz, lenfatik, vasküler veya perinöral invazyon saptanmadı. Mitotik aktivite 20–25/mm², Ki-67 proliferasyon indeksi ise en yüksek proliferatif aktivitenin izlendiği alanda %30 olarak değerlendirildi. Periferik cerrahi sınırlar 1 mm genişliğinde sağlam doku ile negatifken tümör derin cerrahi sınıra bitişik olarak izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede CK20, sinaptofizin ve CD56 pozitif; TTF-1, CK7 ve melanositik belirteçler negatif saptandı. Klinik, morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular doğrultusunda Merkel hücreli karsinom tanısı konuldu.Tanı sonrası hasta kontrole gelmemiş olup postoperatif 3. ayda başvurmuştur. Bu kontrolde, eksizyon alanına komşu sol periorbital-zigomatik bölgede yaklaşık 1,5 cm çapında subkutan nodüler infiltrasyon saptanmış ve nüks/rezidüel tümöral doku lehine değerlendirilmiştir. Aynı dönemde evreleme amacıyla gerçekleştirilen ^{18}F-FDG PET/BT'de, sol zigomatik bölgede 11×16 mm boyutunda ve artmış FDG tutulumu gösteren yumuşak doku nodülü izlenmiştir (SUVmax: 3,7). Sol üst juguler ve submandibüler bölgelerde minimal FDG tutulumu gösteren küçük lenf nodları izlenmekle birlikte, bölgesel nodal veya uzak metastaz lehine kesin bulgu saptanmamıştır. Hasta, nüks/rezidüel lezyonun geniş eksizyonu ve sentinel lenf nodu biyopsisi

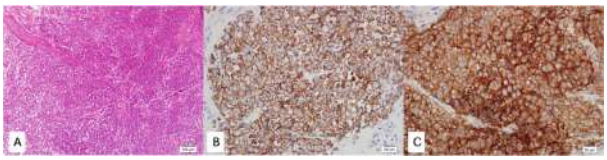
açısından Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğine konsülte edilerek onkolojik değerlendirmeye yönlendirilmiştir.

Resim 1.



Resim 1. Merkel hücreli karsinomun klinik ve dermoskopik görünümü. A: Düzgün yüzeyli, keskin sınırlı, kubbe biçimli, kırmızı-pembe renkli nodül. B: Eritemli zemin üzerinde yüzeyel beyaz skuamlar ve periferde düzensiz lineer damarların izlendiği dermoskopik görünüm.

Resim 2.



Resim 2. Merkel hücreli karsinomun histopatolojik ve immünohistokimyasal bulguları. A: Dermiste adalar ve trabeküler yapılar oluşturan, monoton küçük yuvarlak hücrelerden meydana gelen tümöral infiltrasyon (Hematoksilen-eozin, ×100). B: Tümör hücrelerinde yaygın sinaptofizin pozitifliği (×400). C: Tümör hücrelerinde yaygın ve kuvvetli membranöz CD56 pozitifliği (×400).

Bulgular ve Sonuç: Merkel hücreli karsinom açısından klinik şüpheyi artıran "AEIOU" kriterleri; asemptomatik seyir, hızlı ekspansiyon, immünsüpresyon, 50 yaşın üzerinde olma ve ultraviyole maruziyetine açık, açık tenli deri yerleşimidir. Olgumuz ileri yaş, asemptomatik seyir, hızlı büyüme ve güneşe maruz kalan anatomik lokalizasyon özelliklerini taşımaktaydı. Sinaptofizin ve CD56 ekspresyonu nöroendokrin diferansiyasyonu desteklerken, CK20 pozitifliği ile TTF-1 ve CK7 negatifliği metastatik küçük hücreli akciğer karsinomundan ayırıcı tanıda önemlidir. PET/BT sistemik evrelemede yararlı olmakla birlikte mikrometastatik nodal hastalığı tek başına dışlayamaz. Bu nedenle klinik olarak nod negatif hastalarda sentinel lenf nodu biyopsisi patolojik evreleme açısından kritik öneme sahiptir. İleri yaştaki hastalarda, kronik güneş maruziyetine açık bölgelerde hızla büyüyen eritematöz-pembe nodüllerde Merkel hücreli karsinom ayırıcı tanıda düşünülmeli; cerrahi sınırlar, bölgesel lenf nodları ve uzak metastaz varlığı multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Merkel hücreli karsinom, Nöroendokrin tümör, İmmünohistokimya

Yayın No: P-279
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Eritema Elevatum Diutinum: Plantar Tutulum ve Eklem Deformiteleriyle Seyreden Atipik Klinik

Merve Güneş[1], İlkay Can[1], Arzu Kılıç[1], Pelin Hızlı[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Eritema elevatum diutinum (EED) erkeklerde kadınlara kıyasla hafif düzeyde daha yüksek sıklıkta izlenen, karakteristik olarak ekstansör yüzeylerde eritemli-mor ila eritemli-kahverengi papül, nodül ve plaklarla seyreden nadir kronik vasküler dermatozdur. Hastalık gövde, yüz ve mukozalar gibi atipik lokalizasyonların yanı sıra verrüköz veya vezikülobüllöz morfolojik varyasyonlar da gösterebilmektedir. Burada, plantar tutulum ve eklem deformiteleriyle seyreden 69 yaşında kadın EED olgusu sunulmaktadır.

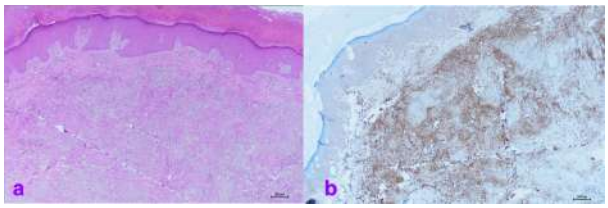
Yöntem: Altmış dokuz yaşındaki kadın yaklaşık 2 yıldan beri hasta ayak tabanlarında ağrısız sert kıvamda şişlik şikayeti nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hipertansiyon dışında ek sistemik hastalığı yoktu. Rutin hemogram, biyokimya, hepatit markerları, anti HIV, romatoid faktör, anti CCP, ANA, pANCA ve cANCA değerleri olağandı. Ayrıca ayaktaki nodüler lezyonlara yönelik yapılan görüntüleme tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Dermatolojik muayenesinde sağ plantar bölge lateral arkta 5 cm çapında yer yer hemorajik kurutlu yüzeyel ülsere lezyonların olduğu nodüler lezyonlar, sol ayak lateral arkta 3 cm çapında, sol plantar bölgede 5 cm çapında yüzeyinde fissür ve ragatların olduğu nodüler lezyon, el ve ayak parmaklarında deformiteler izlendi (Resim 1). Hastanın sol plantar bölgeden alınan deri biyopsi patolojisinde epidermiste, kompakt ortokeratoz, akantoz, hafif spongioz, dermiste storiform fibrozis fibroplazi, sklerotik kollajen lifleri ve kleftler, interstisyel eozinofil ve nötrofil infiltrasyonu (Resim 2 a) ve CD 68 ile histiyositlerde pozitif boyanma izlendi (Resim 2 b).

Resim 1



Bilateral el ve ayakta deformiteler ve plantar bölgede birkaç adet nodüler lezyon

Resim 2



a:Epidermiste kompakt ortokeratoz, akantoz ve hafif spongioz, dermiste storiform fibrozis, fibroplazi, sklerotik kollajen lifleri ve kleftler, interstisyel eozinofil ve nötrofil infiltrasyonu izlendi (H&E, x40). b:CD 68 ile histiyositlerde pozitif boyanma (x40).

Bulgular ve Sonuç: Eritema Elevatum Diutinum eklemlerin ekstansör yüzeylerini (diz, dirsek) tutan, asemptomatik olabileceği gibi ağrı veya yanma hissinin de eşlik edebildiği kalıcı, simetrik papül ve plaklarla seyreden kronik kutanöz vaskülittir. Nadir görülen bir dermatoz, en sık 4. ila 6. dekattaki erişkinlerde gelişir. Etiyolojisi belirsizliğini korumakla birlikte, patogenezinde dolaşımdaki immün komplekslerin vasküler duvarda birikimiyle tetiklenen kronik inflamasyon ve ardışık kısmi iyileşme döngüleri temel mekanizma olarak kabul edilmektedir. Benign bir dermatoz olmasına rağmen sistemik hastalıklar (lupus , sarkoidoz), HIV enfeksiyonu, otoimmün hastalıklar ve hematolojik malignitelerle ilişkisi nedeniyle hastaların klinik takibi büyük önem taşımaktadır. Tedavide ilk seçenek sıklıkla dapson olup, dirençli olgularda ise kolşisin, sistemik, intralezyonel veya yüksek potensli topikal kortikosteroidler ile sülfapiridin ve tetrasiklin-niasinamid kombinasyonu alternatif seçenekler olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Eritema elevatum diutinum, Deformite, Kronik vasküler dermatoz

Yayın No: P-280
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

HIV POZİTİF HASTADA DEV MOLLUSKUM KONTAGİOZUM: OLGU SUNUMU

Serap İnbaşı[1], Hülya Albayrak[1]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Dalı Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

Giriş ve Amaç: Molluskum kontagiozum, Poxviridae ailesinden bir virüsün neden olduğu, genellikle çocuklarda ve immün sistemi normal bireylerde görülen benign, kendini sınırlayan viral bir enfeksiyondur. İmmünsüpresif hastalarda ise lezyonlar daha yaygın, büyük boyutlu, atipik morfolojide ve tedaviye dirençli seyredebilmektedir. Özellikle HIV enfeksiyonu bulunan hastalarda yüz yerleşimi, çok sayıda lezyon varlığı ve dev molluskum gelişimi daha sık bildirilmektedir.

Yöntem: Hastanın klinik bulguları, laboratuvar sonuçları, görüntüleme bulguları, histopatolojik inceleme sonuçları ve uygulanan tedavi süreci sunuldu.

Bulgular ve Sonuç: Yirmi yedi yaşında erkek hasta, üst dudakta yaklaşık 8–9 aydır mevcut olan ve giderek büyüyen lezyon nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın herhangi bir ağrı, kaşıntı veya ek semptomu bulunmamaktaydı. Özgeçmişinde Irak'ta çalışma öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde sol üst dudak yarısında palpasyonla endüre, mobil, mukozayla ilişkisi olmayan nodüler lezyon izlendi.(Resim1,2) Dış merkezde yapılan yüzeyel doku ultrasonografisinde cilt altında lokalize, santral ve periferik vaskülarite gösteren yaklaşık 13×8 mm boyutunda solid kitlesel lezyon saptandı. Ayırıcı tanıda epidermal kist, kalsifiyedermal kist, keratoakantom, leishmaniasis ve skuamöz hücreli karsinom düşünüldü. Yapılan biyopsinin histopatolojik incelemesi molluskum kontagiozum ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bunun üzerine istenen HIV serolojisinde anti-HIV pozitif saptandı. Hastaya başlangıçta intralezyonel bleomisin ve 5-florourasil tedavisi planlanmış olmakla birlikte ilacın temin edilememesi nedeniyle kriyoterapi tedavisi başlandı. Erişkin yaşta gelişen, özellikle yüz bölgesinde yerleşen ve atipik klinik özellikler gösteren molluskum kontagiozum olgularında HIV enfeksiyonu akılda tutulmalıdır. Erken tanı hem uygun dermatolojik tedavinin planlanması hem de altta yatan immünsüpresif durumun ortaya konulması açısından önem taşımaktadır.

resim2



resim1



Anahtar Kelimeler: molluskum kontagiozum, dev molluskum kontagiozum, hıv enfeksiyonu

Yayın No: P-281
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Klinik Kriterler Kullanılarak Tanı Konulan Tekrarlayan Anjina Bülloza Hemorajika: Bir Olgu Sunumu

gizem dayı[1], burhan engin[2]

[1]atlas üniversitesi
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa

Giriş ve Amaç: Anjina bülloza hemorajika (ABH), altta yatan hematolojik, otoimmün veya sistemik bir hastalık olmaksızın ağız boşluğunda ani gelişen kan dolu büller ile karakterize, nadir görülen iyi huylu bir hastalıktır. Hızlı spontan iyileşmesi ve diğer vezikülobüllöz hastalıklara benzemesi nedeniyle ABH sıklıkla gözden kaçmakta ve gereksiz tanısal girişimlere yol açabilmektedir.

Yöntem: Kırk altı yaşındaki erkek hasta, yaklaşık her üç haftada bir ağız mukozasında gelişen, ağrısız, tekrarlayan hemorajik büllerin beş aylık öyküsü ile başvurdu. Lezyonlar ülserasyon veya skar bırakmaksızın 24 saat içinde kendiliğinden iyileşiyordu. Klinik muayenede sağ bukkal mukozada ve dilin ventral yüzeyinde gergin hemorajik büller izlendi. Tam kan sayımı ve koagülasyon testleri normaldi. Lezyonların geçici yapısı nedeniyle histopatolojik inceleme ve direkt immünfloresan inceleme yapılmadı. Tanı, Ordioni ve arkadaşları tarafından önerilen tanı kriterleri kullanılarak klinik olarak konuldu.

Bulgular ve Sonuç: Bu olgu, karakteristik klinik bulguları ve normal laboratuvar incelemeleri bulunan hastalarda ABH'nin doğrulanmış klinik kriterler kullanılarak güvenle tanınabileceğini ve böylece gereksiz invaziv tanısal işlemlerden kaçınılabileceğini göstermektedir.

Anjina bülloza hemorajika



dilin ventral tarafında hemorajik bül

Anahtar Kelimeler: Anjina bülloza hemorajika, Oral mukoza

Yayın No: P-282
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

IgM Pemfigoidi

Mustafa Bozkır[1], Vefa Aslı Erdemir[1], Mehmet Salih Gürel[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Büllöz pemfigoid (BP), dermoepidermal bileşkedeki hemidesmozomal antijenlere (BP180 ve BP230) karşı gelişen otoantikorlarla karakterize, en sık subepidermal otoimmün büllöz dermatozdur. Tipik BP olgularında bazal membran boyunca IgG ve/veya C3 birikimi izlenir. Ancak baskın IgM birikimi ile seyreden IgM Pemfigoidi de tanımlanmıştır. Literatürde az sayıda IgM Pemfigoidi vaka bildirimi vardır. Burada, IgM Pemfigoidi tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 71 yaş erkek hasta, yaklaşık 1,5–2 aydır devam eden oral mukozada (yumuşak damak, bukkal mukoza, dil ve dudaklarda) intakt vezikülo-büller ve açılmasıyla erode alanlar ile gövde ve ekstremitelerde özellikle gluteal bölgede eritemli, yer yer epitelize kurutlu eroziv lezyonlar nedeniyle başvurdu. Ürtikeryal lezyonlar görülmedi. Dış merkezde gövdeden alınan histopatolojik incelemede subepidermal ayrışma büllöz pemfigoid ile uyumlu olarak değerlendirilmişti.Olgunun oral mukoza lezyonlarının baskın olması ve kutanöz lezyonlarının çok hafif seyretmesi nedeniyle klinik tablo büllöz pemfigoid ile uyumsuz olarak değerlendirilerek oral mukozadan tekrar histopatoloji ve DİF incelemesi yapıldı. DIF incelemede bazal membran boyunca lineer IgM ve C3 birikimi izlenmiş; IgG ve IgA birikimi ise negatif olarak saptanmıştır. Anti-BP180 ve Anti-BP230 otoantikorları ile anti-Desmoglein 1 ve 3 serolojisi negatif sonuçlanmıştır. Klinik, histopatolojik, DIF, ve serolojik bulgularla değerlendirilerek IgM Pemfigoidi tanısı konulmuştur. Hastaya tüm batın ultrasonografi, endoskopi, kolonoskopi yapıldı. Hastada aktif malignite lehine bulgu saptanmadı. Şiddetli oral mukoza tutulumu ve hastanın yaşı gereği yüksek doz sistemik kortikosteroidlerin olası sistemik yan etkilerinden kaçınılması amacıyla hastaya metotreksat 12,5mg/hafta başlanarak 2 aylık izlemde oral mukoza lezyonları geriledi.

Şekil A



Alt dudak mukozasında eritemli zeminde çok sayıda vezikül, bül ve yüzeyel erozyonlar ile orofaringeal ve palatal mukozada yaygın eritemli–erozif lezyor

Şekil B



İntergluteal, gluteal ve proksimal uyluk bölgelerinde dağınık yerleşimli eritemli papüller, yüzeyel erozyonlar ve bül artıkları

Sonuç: IgM pemfigoidi; patogenezi henüz tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte, hemidesmozomal antijenlere karşı gelişen IgM izotipindeki otoantikor yanıtının dermoepidermal bileşkede kompleman aktivasyonunu tetikleyerek mukoza ve deride bül oluşumuna yol açtığı düşünülmektedir. Klasik büllöz pemfigoid vakalarında serolojik incelemelerde IgG, anti-BP180

ve anti-BP230 pozitifliği beklenirken; olgumuzda bu parametrelerin negatif saptanması ve Direkt İmmünfloresan'da (DIF) bazal membran boyunca lineer IgM ve C3 birikiminin gösterilmesi tanıda kritik rol oynamıştır. Literatürdeki vakalardan farklı olarak olgumuzda mukoza ağırlıklı bir tablo söz konusudur. Bu olguda, atipik mukokutanöz bül ve erozyonlarla başvuran, serolojisi negatif seyreden olgularda IgM pemfigoidinin ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktayız.

Anahtar Kelimeler: İgM Pemfioidi, Otoimmün Büllöz Dermatoz, Seronegatif Pemfigoid

Yayın No: P-284
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

PARENTERAL VİTAMİN B12 KULLANIMI SONRASI GELİŞEN AKNE FULMİNANS: OLGU SUNUMU

BURÇE CAN KURU[1], BATUHAN ÇİL[1]

[1]SULTAN 2.ABDÜLHAMİT HAN EAH

Giriş ve Amaç: Akne fulminans; ani başlangıçlı, hızlı progresyon gösteren, şiddetli inflamatuvar akne lezyonları ve sistemik semptomlarla seyreden nadir bir akne varyantıdır. Klinik tabloda nodül, püstül, ülseratif lezyonlar ve hemorajik krutların yanı sıra ateş, halsizlik, miyalji ve artralji gibi sistemik bulgular görülebilir. İlaçlar, enfeksiyonlar, hormonal ve immünolojik tetikleyiciler hastalık başlangıcında rol oynayabilir. Bu olguda, parenteral vitamin B12 kullanımı sonrasında gelişen, ateş ve artraljinin eşlik ettiği akut inflamatuvar yüz yerleşimli akne fulminans olgusunun sunulması amaçlandı.

Yöntem: Yirmi üç yaşında kadın hasta, yaklaşık beş gün önce başlayan yüzde yaygın kızarıklık, papülopüstüler döküntü, göz çevresinde ödem, ateş ve artralji şikâyetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde son bir ay içinde parenteral vitamin B12, ibuprofen-psödoefedrin kombinasyonu, pinaverium bromür, esomeprazol ve propranolol kullanımı mevcuttu. Döküntülerin, toplam beş adet vitamin B12 ampul kullanımını takiben geliştiği öğrenildi. Döküntü sonrası verilen essitalopram, azitromisin ve setirizin tedavilerinden belirgin fayda görmediği belirtildi.Dermatolojik muayenede alın, burun dorsumu, bilateral yanaklar ve çenede eritemli zeminde yaygın inflamatuvar papülopüstüler lezyonlar izlendi. Göz kapaklarında hafif ödem mevcuttu. Lezyonların akut başlangıçlı olması, hızlı progresyon göstermesi, sistemik semptomların eşlik etmesi ve yakın dönemde parenteral vitamin B12 kullanımı bulunması nedeniyle olgu akne fulminans olarak değerlendirildi. Ayırıcı tanıda akne vulgaris alevlenmesi, akneiform ilaç erüpsiyonu, papülopüstüler rozasea ve akut püstüler ilaç reaksiyonları düşünüldü.Hasta servise yatırılarak sistemik metilprednizolon tedavisi başlandı. Dört gün süreyle intravenöz 40 mg/gün metilprednizolon uygulandı. Taburculuk sonrası tedavi kademeli doz azaltımıyla oral metilprednizolon şeklinde düzenlendi. Ek olarak kısa süreli topikal fusidik asit-hidrokortizon ve ardından nadifloksasin tedavisi planlandı. Kontrol muayenesinde ateş ve artralji şikâyetlerinin gerilediği; eritem, periorbital ödem ve papülopüstüler lezyonlarda belirgin düzelme olduğu izlendi.

Başvuru anı



Şekil 1. Başvuru sırasında yüzde eritemli zeminde yaygın inflamatuvar papülopüstüler lezyonlar ve hafif periorbital ödem.

Bulgular ve Sonuç: Akut başlangıçlı, hızlı progresyon gösteren ve sistemik semptomların eşlik ettiği şiddetli inflamatuvar akne tablolarında akne fulminans akılda tutulmalıdır. Bu olgu, vitamin B12 dahil yakın dönemde kullanılan ilaç ve destek ürünlerinin ayrıntılı sorgulanmasının önemini vurgulamaktadır. Sistemik kortikosteroid tedavisine hızlı klinik yanıt alınması, olgunun akne fulminans tanısını desteklemiştir.

Tedavi sonrası



Şekil 2. Sistemik kortikosteroid ve topikal tedavi sonrası kontrolde eritem, ödem ve papülopüstüler lezyonlarda belirgin gerileme.

Anahtar Kelimeler: Akne fulminans, vitamin B12, sistemik kortikosteroid

Yayın No: P-285
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Levetirasetam İlişkili Büllöz Pemfigoid: Eritema Multiforme-Benzeri ve Annüler "İnci Tanesi" Fazlarıyla Seyreden Atipik Bir Olgu

Hayrunnisa Arslan[1], Işıl İnanır[1]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD

Giriş ve Amaç: Büllöz pemfigoid (BP), yaşlılarda sık görülen bir otoimmün büllü hastalıktır. Eritema multiforme (EM)-benzeri ve annüler "inci tanesi" gibi atipik varyantları da tanımlanmıştır.(1,2,3) EM-benzeri BP son derece nadirdir, literatürde < 10 olgu bildirilmiştir; amoksisilin, penisilin ve valsartan gibi ilaçlarla tetiklenebilir. Annüler "inci tanesi" paterni klasik olarak linear IgA büllöz dermatoza (LABD) özgüdür; BP'de nadiren bildirilmiştir, ayrım yalnızca DIF ile yapılabilir.Levetirasetam, nadir fakat literatürde bilinen bir BP tetikleyicisidir. Sırasıyla klasik BP, EM-benzeri targetoid, annüler "inci tanesi" fazlarının bir arada görüldüğü, çoklu ilaç tetikleyicili ve omalizumaba iyi yanıt veren bu nadir olguyu literatür eşliğinde sunmak amaçlanmıştır.

Yöntem: 70 yaş, erkek hasta, SVO-İKH sekeli olan paraplejik hasta, 30 yıldır levetirasetam kullanımı mevcutmuş. 1 aydır yaygın büllü döküntü şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Tüm vücut genelinde yer yer intakt büller yer yer bül artıkları içeren erode alanlar görüldü. Nikolsky (–) oral/genital mukoza bakısı olağandı. Hasta ilk gelişinde klasik BP lezyonları içeren intakt bül ve sağlam deri sınırından BP ön tanısı ile biyopsi alındı.Biyopsi sonucu BP ile uyumlu geldi. 60 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandıAFR yüksekliği de olan hasta enfeksiyon hastalıklarına danışılarak ampisilin sulbaktam tedavisi eklendi.Hasta steroid ve ampisilin-sulbaktam tedavileri altındayken mevcut lezyonları targetoid görünüm kazandıAb kullanım öyküsü de olduğu için tekrar intakt bül içeren lezyondan ve komşu sağlam targetoid lezyonu içeren alandan 2 adet Eritema multiforme? Eritema multiforme benzeri BP? ön tanıları ile bx alındı. Bx sonucu BP ile uyumlu sonuçlandı. Mevcut antibiyoterapisi değiştirildi. Hasta mevcut steroid tedavisi altındayken lezyonları anüler periferinde inci tanesi şeklinde dizilmiş görünüm kazandı. Bx'lerde • DIF: IgA (–) olması nedeniyle Linear IgA ekarte edildi. Tetikleyici levotiresetam olarak düşünüldüğünden nörolojiye danışılarak doz azaltılarak kesildi. Sistemik steroid tedavisine IgE 640 olması nedeniyle Omalizumab 300 mg/ay eklendi. Bül çıkışı durdu, steroid doz azaltım şeması planlanarak hasta taburcu edildi.

Fig.1.



Eritema multiforme benzeri targetoid lezyonlar

Fig.2.



Periferinde inci tanesi görünümünde büller içeren anüler lezyonlar

Bulgular ve Sonuç: EM-benzeri targetoid görünüm ve annüler "inci tanesi" dizilimi, BP'nin nadir fakat tanısal açıdan yanıltıcı morfolojik yüzleridir; bu nedenle olgu EM ve LABD ile güçlü

biçimde örtüşmektedir [1–3,6,7]. Olgumuzda targetoid dönüşüm antibiyotik kullanımıyla zamansal ilişki göstermektedir; ancak levetirasetamın BP ile bildirilmiş ilişkisi nedeniyle çoklu ilaç maruziyeti tetikleyici açıdan birlikte değerlendirilmelidir [3–5].“İnci tanesi” paterni LABD için klasik kabul edilse de tek başına tanı koydurucu değildir ve literatürde BP’de de benzer patern tanımlanmıştır. IgA negatifliği ve BP ile uyumlu histopatoloji/DIF bulguları nihai tanıyı BP lehine belirlemiştir [6,7]. Klasik büllöz fazdan EM-benzeri ve annüler faza evrilme, BP’nin aynı hastada zaman içinde belirgin fenotipik değişkenlik gösterebileceğini vurgulamaktadır [1,2,6]. Yüksek total IgE ve steroid doz azaltıcı tedavi gereksinimi nedeniyle eklenen omalizumab sonrası yeni bül çıkışının durması, literatürde bildirilen klinik yanıt ve steroid azaltıcı etkiyle uyumludur [8,9]. Bu olgu yaşlı ve polifarmasi öyküsü olan hastalarda atipik büllöz döküntülerde ilaç sorgusunun, tekrarlayan biyopsi/DIF doğrulamasının ve IgE yüksekliğinde omalizumabın önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: eritema multiforme, büllöz, inci dizisi

Yayın No: P-286
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Atipik Seyirli Bir Erişkin FCAS Olgusu:Kronik İnflamasyon Zemininde Onikomikoz

Tuncay Delhiş[1], Tülin Ergun[1], Fatma Alibaz Öner[2], Durmuş Yılmaz[3], Çekdar Kapazan[3]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Otoenflamatuar sendromlar, doğal immün sistem disregülasyonu ve interlökin-1 (IL-1) başta olmak üzere proenflamatuar sitokinlerin aşırı salınım ve aktivasyonu ile giden nadir hastalıklardır. Klasik olarak infantil veya erken çocukluk döneminde başlarlar. Ancak nadir olgularda, erişkin yaşlarda başlayabilir ve tanısal zorluklara yol açabilirler. Burada, konvansiyonel tedavilere dirençli kronik artrit, soğukla tetiklenen ürtikeryal döküntüleri nedeniyle Ailesel Soğuk Otoenflamatuar Sendromu (FCAS) tanısıyla izlenen bir erişkin olgu sunulmakta ve tedavi güçlükleri tartışılmaktadır.

Resim 1



Sırt ve lomber bölgede yaygın dağılım gösteren, değişen çaplarda, cilt renginde-pembe, kubbe şeklinde papülonodüler lezyonların klinik görünümü

Olgu: Metakarpofalangeal (MCP) artrit ve döküntü nedeniyle otoenflamatuar hastalık açısından araştırılan 36 yaşında erkek hasta, 1.5-2 yıldır var olan ve tedaviye direnç gösteren tırnak lezyonları nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Bebeklik ve çocukluk dönemi sağlıklı ve asemptomatik geçen hastanın şikayetlerinin ilk kez 26 yaşında, eklemlerde şişlik ve ağrı ile başladığı; romatolojik takibinde konvansiyonel tedavilere dirençli seyrettiği ve geçmişinde metotreksat ile infliksimab tedavilerine yanıtsızlık olduğu öğrenildi. Soygeçmişi özelliksizdi. Fizik muayenesinde, bilateral el/ayak tırnaklarında lateral-distal onikoliz, beyazımsı renk değişikliği saptandı. Ayrıca lomber, gluteal ve göğüs ön yüzünde soğukla tetiklenen, kışın tekrarlayan, 24 saatte gerileyen morumsu-eritemli ürtikeriyal papül ve plaklar izlendi.Yüzeysel beyaz onikomikoz ön tanısıyla yapılan nativ incelemede yoğun mantar hifleri saptandı ve onikomikoz tanısı doğrulandı. Hastanın mevcut kliniği Kriyopirin İlişkili Periyodik Sendrom (CAPS) varyantı olan ailevi soğuk ilişkili otoinflamatuar sendrom (FCAS) ile klinik olarak uyumluydu. Ancak istenen otoenflamatuar sendrom paneli ve NLRP3 ekzon analizi negatif saptandı. Genetik analizlerin yanlış negatifliği göz önünde bulunarak, testin tekrarlanması planlandı. Antihistaminiklere yanıtı olmayan hastaya, IL-1 reseptör antagonisti, anakinra, tedavisi başlandı. Ancak anakinra kullanımına sekonder ürtikeriyal lezyonlarda artış tarifleyen hastanın bu tedavisi sonlandırılarak canakinumaba geçildi. Canakinumab tedavisi altında yapılan klinik izlemde hastanın klinik fayda görmediği ve aktif kütanöz lezyon çıkışlarının devam ettiği saptandı. Bu dirençli seyir nedeniyle canakinumab tedavisinde doz yükseltilmesi planlandı.

Resim 2



El tırnaklarında yaygın lökonişi, longitudinal oluklanma, yüzey düzensizliği ve lameller ayrışma ile seyreden distrofik tırnak değişikliklerinin klinik görünümü

Sonuç: Monogenik kalıtımlı FCAS büyük çoğunlukla erken çocuklukta semptom verir. Olgumuzu literatürden ayıran en önemli özellik, çocukluk döneminin tamamen asemptomatik geçmesi ve atakların 26 yaş gibi geç bir dönemde ortaya çıkmasıdır. Rutin genetik testlerin ve NLRP3 analizinin negatif olması tanıyı dışlamaz; literatürde standart testleri negatif olan geç başlangıçlı CAPS/FCAS olgularında, ileri derin sekanslama (NGS) analizleriyle düşük alel frekanslı somatik NLRP3 mozaikliklerinin taranmasıdır. Ayrıca epigenetik mekanizmalar da sorumlu olarak gösterilmiştir. Bu nedenle, kliniği uyumlu olgularda negatif genetik sonuçlara rağmen tanısal şüphe korunmalıdır. Olgumuzda dikkat çeken bir diğer nokta, sistemik enflamasyonun mikrovasküler ve tırnak matriksi üzerindeki kronik etkileridir.Dirençli MCP artritine eşlik eden tırnak distrofisi bulgularının nativ inceleme ile pozitif saptanması, sistemik otoenflamatuar sürece sekonder gelişen tırnak bariyer hasarı zemininde fırsatçı onikomikoz tablosunu doğrulamıştır. Anti-IL-1 planlandığında, anakinraya sekonder kütanöz reaksiyon gelişmesi halinde canakinumaba geçiş güvenli bir seçenektir. Ancak standart dozlara dirençli olgularda doz modifikasyonuna gidilmesi hastalık kontrolü için kritik önem taşımaktadır. Sonuç olarak; dirençli artriti ve soğukla tetiklenen atipik döküntüleri olan olgularda, çocukluk öyküsünün olmaması ve genetik analizlerin negatif sonuçlanmasına karşın, erişkin başlangıçlı CAPS/FCAS varyantları akılda tutulmalıdır. Tedavi seçeneklerinin akılcı kullanımı ve klinik yanıtsızlık halinde doz yükseltilmesi stratejileri planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Onikomikoz, Anakinra, FCAS(Ailesel Soğuk Otoenflamatuar Sendromu)

Yayın No: P-287
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Yüzeyel Tromboflebit İle İlişkili Geçici Supravenöz Hipopigmentasyon: Nadir Bir Olgu Sunumu

Şeyma Demirtaş[1], Emine Çölgeçen[1], Necip Enis Kaya[1]

[1]Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Giriş: Supravenöz pigmentasyon değişiklikleri nadir görülen kutanöz reaksiyonlardır. Literatürde intravenöz, intraartiküler ilaç uygulamalarına bağlı supravenöz hiperpigmentasyon olguları tanımlanmışolmakla birlikte, supravenöz hipopigmentasyon oldukça nadirdir. Bildirilen hipopigmentasyonolgularının büyük çoğunluğu intralezyonel kortikosteroid uygulamalarını takiben ortayaçıkmıştır. Yüzeyel tromboflebit ile ilişkili supravenöz hipopigmentasyon ise son derece nadirbildirilen bir klinik tablodur. Bu yazıda Doppler ultrasonografi ile doğrulanmış yüzeyeltromboflebit ile ilişkili gelişen geçici supravenöz hipopigmentasyon olgusu sunulmaktadır.Amaç: Doppler ultrasonografi ile doğrulanmış yüzeyel tromboflebit ile ilişkili gelişen geçici supravenöz hipopigmentasyon olgusunu sunmak ve vasküler inflamasyonun pigment değişikliklerindeki olası rolüne dikkat çekmektir.

Yöntem: Otuz iki yaşında kadın hasta, over kisti eksizyonu ve tanısal laparoskopik histeroskopi operasyonu amacıyla genel anestezi altında opere edildi. Operasyon sırasında propofol, fentanil, midazolam ve roküronyum uygulandı. İntravenöz damar yolu sol el dorsumundan açıldı. Hastanın klinik bulguları, dermatolojik muayene bulguları ve Doppler ultrasonografi sonuçları değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: Anestezi uygulanmasından yaklaşık bir saat sonra sol el dorsumundan antekubital fossaya uzanan, sefalik ven trasesi boyunca lineer hipopigmente lezyonlar gelişti. Hastada ağrı, yanma, kaşıntı veya hassasiyet bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenede yüzeyel venöz dağılım gösteren, keskin sınırlı lineer hipopigmente alanlar izlendi. Sol üst ekstremite venöz Doppler ultrasonografisinde sefalik vende ön kol distalinde ve kubital fossa düzeyinde parsiyel ekojen trombüs formasyonları saptanarak yüzeyel tromboflebit tanısı doğrulandı. Bazilik, brakiyal, aksiller ve subklavian venler açıktı. Hastaya asetilsalisilik asit, enoksaparin sodyum, topikal mukopolisakkarit polisülfat ve antibiyotik tedavisi başlandı. Lezyonlarda 15 gün içerisinde belirgin gerileme gözlendi. 1 ay sonunda tamamen gerileme gözlendi.Sonuç: Yüzeyel tromboflebit, nadir olarak ven trasesi boyunca gelişen geçici hipopigmentasyon ile ilişkili olabilir. Bu klinik görünümün tanınması gereksiz invaziv girişimlerin önlenmesine katkı sağlayabilir ve vasküler inflamasyonun pigment değişikliklerindeki olası rolüne dikkat çekmektedir.

Supravenöz Hipopigmentasyonun Klinik Görünümü



Sol el dorsumundan antekubital fossaya uzanan sefalik ven ve dalları boyunca lineer dağılım gösteren hipopigmente lezyonlar.

Anahtar Kelimeler: Supravenöz Hipopigmentasyon, Lineer Hipopigmentasyon, Tromboflebit

Yayın No: P-291
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Tedaviye Dirençli Kutanöz Lupus Eritematozuslu İki Hastada Anifrolumaba Hızlı Klinik Yanıt: Olgu Sunumu

gizem dayı[1], serdal ugurlu[2]

[1]Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye
[2]Romatoloji Bilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), multisistem tutulumu ve heterojen klinik seyri ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Kutanöz lupus eritematozus (KLE), hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve bazı olgularda konvansiyonel immünsüpresif tedavilere direnç gösterebilen bir klinik tablodur. Tip I interferon yolunun lupus patogenezindeki merkezi rolünün ortaya konmasıyla birlikte, interferon reseptör blokajı yapan anifrolumab yeni bir tedavi seçeneği olarak gündeme gelmiştir. Bu çalışmada, çoklu sistemik tedavilere ve rituksimaba rağmen yanıt alınamayan iki dirençli kutanöz lupus olgusunda anifrolumabın etkinliğinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde takip edilen, çoklu immünsüpresif tedavilere ve rituksimaba rağmen aktif kutanöz hastalığı devam eden iki kadın hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara 4 haftada bir 300 mg intravenöz anifrolumab tedavisi uygulandı. Tedavi etkinliği Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index-Aktivite (CLASI-A) skoru ile değerlendirildi. Klinik yanıt ve olası yan etkiler takip edildi.

Bulgular: Birinci olgu, subakut kutanöz lupus eritematozus tanılı 70 yaşında kadın hastaydı. Hidroksiklorokin, metotreksat, mikofenolat mofetil, takrolimus, asitretin, intravenöz immünglobulin ve rituksimab dahil çok sayıda tedaviye rağmen aktif hastalığı devam etmekteydi. Tedavi başlangıcında CLASI-A skoru 13 iken, anifrolumab tedavisinin dördüncü haftasında skor 2'ye gerileyerek %85 oranında azalma gösterdi.İkinci olgu, 18 yıllık SLE öyküsü bulunan 49 yaşında kadın hastaydı. Hidroksiklorokin, metotreksat, mikofenolat mofetil, siklosporin, takrolimus ve rituksimab tedavilerine rağmen persistan malar eritem ve inflamatuvar artraljileri mevcuttu. Tedavi öncesi CLASI-A skoru 16 iken, dördüncü haftada skor 3'e düştü ve %81 oranında azalma saptandı. Ayrıca hastanın artraljileri tamamen geriledi.Her iki hastada da ciddi advers olay gözlenmedi.

Tedaviye Dirençli Sistemik Lupus Eritematozuslu Hastada Anifrolumab Tedavisine Hızlı Klinik Yanıt.



Tedaviye dirençli sistemik lupus eritematozuslu hastada anifrolumab tedavisi öncesi ve sonrası klinik görünüm. Üst sırada tedavi öncesinde bilateral malar bölgelerde ve nazal dorsumda belirgin eritemli plaklar izlenmektedir. Alt sırada, anifrolumab tedavisinin birinci ayı sonunda inflamatuvar lezyonlarda belirgin gerileme ve yalnızca hafif rezidüel postinflamatuvar eritem görülmektedir. Hastanın CLASI-A skoru 16'dan 3'e gerilemiştir.

Tartışma ve Sonuç: Her iki olguda da rituksimab dahil çok sayıda sistemik tedaviye rağmen devam eden kutanöz aktivitenin anifrolumab sonrası hızlı şekilde gerilemesi, tip I interferon aracılı inflamasyonun dirençli kutanöz lupus patogenezindeki önemini desteklemektedir. Literatürde bildirilen gerçek yaşam verileriyle uyumlu olarak, hastalarımızda ilk dört hafta içerisinde CLASI-70 yanıtı elde edilmiştir. Özellikle rituksimab başarısızlığı sonrası gözlenen belirgin klinik yanıt, bazı olgularda hastalık aktivitesinin B hücrelerinden bağımsız olarak interferon yolakları tarafından sürdürülüyor olabileceğini düşündürmektedir.Anifrolumab, çoklu tedavilere ve rituksimaba dirençli kutanöz lupus eritematozus hastalarında hızlı, etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. Bu olgu serisi, tip I interferon blokajının dirençli kutanöz lupus tedavisindeki önemini desteklemekte olup, daha geniş hasta serilerinde yapılacak prospektif çalışmalarla etkinliğinin doğrulanmasına ihtiyaç vardır.

Yayın No: P-294
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Rozasea Hastalarında Fibromiyalji Sendromu ve Santral Sensitizasyon Sıklığının Değerlendirilmesi Vaka-Kontrol Çalışması

Derya Çırakoğlu[1], Burak Burç[2], Fatma Etgü[2]

[1]Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği
[2]Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Giriş ve Amaç: Kronik inflamatuvar ve nörojenik bir deri hastalığı olan rozaseanın, deri-beyin ekseni aracılığıyla merkezi ağrı modülasyonu ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada; rozasea hastalarında Fibromiyalji Sendromu (FMS) sıklığını sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı olarak değerlendirmeyi; ilaveten bu birlikteliğin santral sensitizasyon (CS) ve dermatoloji yaşam kalite indeksi (DLQI) üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu kesitsel vaka-kontrol çalışmasına, 20.03.2026 - 20.06.2026 tarihleri arasında Ordu Üniversitesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran 100 rozasea hastası ve yaş-cinsiyet açısından eşleştirilmiş 104 sağlıklı kontrol dahil edildi. Katılımcılara Yaygın Ağrı İndeksi (WPI), Semptom Şiddeti Ölçeği (SSS), Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ), Santral Sensitizasyon Envanteri (CSI) ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DLQI) uygulandı. Anksiyete, depresyon ve migrenin de aralarında bulunduğu dokuz santral sensitizasyon ilişkili klinik durum (CSS) sorgulandı. Fibromiyalji sendromu tanısı 2016 Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) kriterlerine göre konuldu. İstatistiksel analiz IBM SPSS 27.0 ile yapıldı. Veriler Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis ve Ki-kare testleri ile analiz edildi; bağımsız ilişkili faktörler regresyon analizleriyle değerlendirildi ve ROC analizi ile tanısal performans incelendi.

Bulgular: Rozasea ve kontrol grupları yaş (ortanca yaş: 35,0 ve 38,0 yıl; p=0,136), cinsiyet (hasta grubunda %81,0, kontrol grubunda %80,8 kadın; p=0,967) ve medeni durum (hasta grubunda %61,0, kontrol grubunda %51,0 evli; p=0,149) açısından benzerdi. Dokuz komorbiditenin ayrı ayrı görülme sıklıkları ve kümülatif hastalık yükü açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (tüm $p > 0,05$). Aktif çalışma durumu, sigara kullanımı ve alkol tüketimi kontrol grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (tüm $p < 0,05$). Rozasea grubunda Vücut Kitle İndeksi (VKİ) kategorileri anlamlı olarak daha yüksek bulunmasına rağmen (p=0,005), VKİ'nin FMS varlığı veya Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DLQI) üzerinde bağımsız etkisi gösterilemedi ($p > 0,05$). Klinik fibromiyalji sendromu (FMS) sıklığı kontrol grubunda rozasea grubuna göre daha yüksekti (%19,2 ve %5,0; p=0,002). Buna karşın, Santral Sensitizasyon Envanteri (CSI) skor ortancası rozasea grubunda daha yüksek olup istatistiksel sınırda anlamlılık gösterdi (31,0 ve 24,0; p=0,055). Polisemptomatik Distres Skalası (PSD) sınıflamasına göre, ACR 2016 kriterlerini karşılamayan ancak eşik-altı FMS olarak değerlendirilen rozasea hastalarında (%18,0; PSD=8–11), CSI ve DLQI skorları normal gruba (PSD=0–7) göre anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla $p < 0,001$ ve p=0,007); buna karşın bu değerler tanısal FMS grubuyla (PSD≥12; %11,0) benzer bulundu ($p > 0,05$). Çoklu doğrusal regresyon analizinde

(R^2=0,260; p < 0,001), yaş, hastalık süresi, Araştırmacının Küresel Değerlendirmesi (IGA) ile değerlendirilen hastalık şiddeti, anksiyete ve depresyon için düzeltme yapıldıktan sonra, CSI düzeyinin yaşam kalitesindeki bozulmanın (DLQI) en güçlü bağımsız belirleyicisi olduğu gösterildi (β=0,474; p < 0,001). ROC analizinde CSI ≥34 eşiği, klinik olarak anlamlı semptom yüküne sahip hastaları (PSD≥8) belirlemede yüksek ayırt edicilik gösterdi (AUC=0,853; %95 GA: 0,778–0,927; p < 0,001).

Rozasea Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerin Demografik Özellikleri

Özellikler	Genel Kohort (N=204)	Rozasea Hastaları (n=100)	Sağlıklı Kontroller (n=104)
Hastalar, N (%)	204 (100)	100 (49.0)	104 (51.0)
Yaş (yıl), medyan [min-maks]	36.0 [18.0-67.0]	35.0 [18.0-67.0]	38.0 [23.0-65.0]
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	165 (80.9)	81 (81.0)	84 (80.8)
Erkek	39 (19.1)	19 (19.0)	20 (19.2)
Eğitim Düzeyi, n (%)			
Lise Altı	28 (13.7)	26 (26.0)	2 (1.9)
Lise ve Üstü	176 (86.3)	74 (74.0)	102 (98.1)
Medeni Durum, n (%)			
Evli	114 (55.9)	61 (61.0)	53 (51.0)
Bekar	90 (44.1)	39 (39.0)	51 (49.0)
İstihdam Durumu, n (%)			
Çalışıyor	129 (63.2)	51 (51.0)	78 (75.0)
Çalışmıyor	75 (36.8)	49 (49.0)	26 (25.0)
Sigara Kullanım Durumu, n (%)			
Halen	57 (27.9)	21 (21.0)	36 (34.6)
Hiç	136 (66.7)	71 (71.0)	65 (62.5)
Eski	11 (5.4)	8 (8.0)	3 (2.9)
Alkol Tüketimi, n (%)			
Evet	13 (6.4)	1 (1.0)	12 (11.5)
Hayır	152 (74.5)	93 (93.0)	59 (56.7)
Sosyal İçici	39 (19.1)	6 (6.0)	33 (31.7)

Veriler n (%) veya medyan [minimum – maksimum] olarak sunulmuştur.

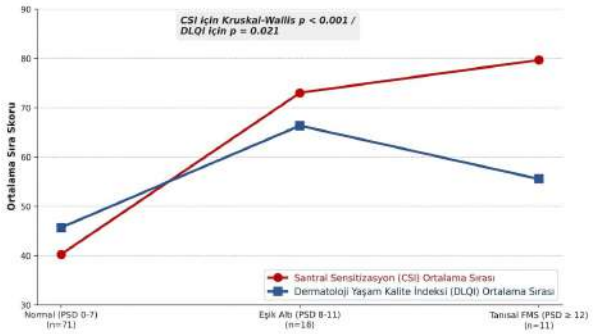
Rozasea Hastalarının PSD Gruplarına Göre Klinik Özellikleri

	Normal (PSD 0-7) (n=71)	**Eşik Altı FMS (PSD 8-11) (n=18)**	**Tanısal FMS (PSD 12 ve Üzeri) (n=11)**
Yaş	34.0 [18.0-67.0]	36.5 [21.0-58.0]	41.0 [20.0-62.0]
Hastalık Süresi	3.0 [0.04-50.0]	3.0 [0.10-25.0]	3.0 [0.50-30.0]
CSI	25.0 [3.0-57.0]	38.5 [31.0-83.0]	49.0 [19.0-92.0]
DLQI	3.0 [0.0-19.0]	6.5 [1.0-16.0]	4.0 [1.0-22.0]
FIQ	21.0 [1.4-65.8]	45.4 [25.0-65.8]	58.0 [16.9-75.7]

Tablodaki veriler, süreler yıl, ölçekler medyan ve parantez içindekiler minimum maksimum değer olarak sunulmuştur

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda rozasea hastalarında klinik fibromiyalji sendromu (FMS) sıklığı %5,0 olarak saptandı. Bununla birlikte, ACR 2016 kriterlerini karşılamayan ancak PSD skoru 8–11 olan eşik-altı hastalarda santral sensitizasyon (CSI) ve yaşam kalitesi (DLQI) skorlarının tanısal FMS grubuyla benzer bulunması, bu grubun klinik olarak gözden kaçabilecek önemli bir ara fenotipi temsil edebileceğini düşündürmektedir. Bu ara fenotipin klinik anlamını ve zamansal spektrumunu ortaya koymak için prospektif boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Rozasea Hastalarında PSD Kategorilerine Göre CSI ve DLQI Sıra Ortalamalarının Dağılımı



Hem CSI hem de DLQI skorları, rozasea hastalarında PSD kategorilerine göre normal gruptan eşik-altı gruba geçişte son derece anlamlı bir tırmanış göstermiştir (CSI için $p<0.001$; DLQI için $p=0.021$). Eşik-altı grupta yer alan hastaların santral duyarlılığı (CSI) ve yaşam kalitesi kaybı (DLQI), tanısal FMS grubu (PSD $\geq$ 12) ile istatistiksel olarak tamamen benzer (farksız) düzeydedir (sırasıyla $p=0.143$ ve $p=0.279$).

Anahtar Kelimeler: Rozasea, Fibromiyalji, Santral Sensitizasyon

Yayın No: P-295
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Kronik Spontan Ürtiker Hastalarında Serum Siglec-8 Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Gizem Savran[1], Arzu Kılıç[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Kronik spontan ürtiker (KSÜ), ürtikeryal plaklar ve/veya anjioödem ile karakterize, inflamatuar hastalıktır. Patogenezinde mast hücre aktivasyonu temel rol oynamaktadır. Son yıllarda mast hücre yüzeyindeki inhibitör reseptörlerin hedeflenmesi yeni bir tedavi yaklaşımı olarak öne çıkmaktadır. Bu inhibitör reseptörlerden biri olan Siglec-8, mast hücreleri ve eozinofiller üzerinde eksprese edilmekte olup, alerjik hastalıklarda terapötik hedef olarak değerlendirilmektedir. Siglec-8'i hedefleyen monoklonal antikor lirentelimab ile yürütülen klinik çalışmalar mevcuttur. Çözünür Siglec-8'in serumda ölçülebildiği ve bazı alerjik hastalıklarda değerlendirildiği bildirilmiş olmakla birlikte, bildiğimiz kadarıyla KSÜ hastalarında serum Siglec-8 düzeylerini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, KSÜ hastalarında serum Siglec-8 düzeylerinin sağlıklı bireylerle karşılaştırılması ve hastalık aktivitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu prospektif kesitsel çalışmaya 42 KSÜ hastası ve 41 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Son 3 ay içinde omalizumab tedavisi alanlar ile son 1 ay içinde immünsüpresif tedavi kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Katılımcıların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, boy, kilo ve vücut kitle indeksi[VKİ]), yaşam tarzı özellikleri (sigara ve alkol kullanımı), eşlik eden kronik hastalıkları ve atopi öyküsü kaydedildi. Hastalık aktivitesi Ürtiker Aktivite Skoru-7 (ÜAS7), hastalık kontrolü Ürtiker Kontrol Testi (ÜKT) ve yaşam kalitesi Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ) kullanılarak değerlendirildi. Laboratuvar değerlendirmesinde C-reaktif protein (CRP), total immünoglobulin E (total IgE), anti-tiroid peroksidaz (anti-TPO), tiroid stimülan hormon (TSH), serbest tiroksin (fT4) düzeyleri ile tam kan sayımı parametreleri kaydedildi. Ayrıca nötrofil, lenfosit, monosit ve trombosit sayılarından nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR), Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi (SII) ve Sistemik İnflamasyon Yanıt İndeksi (SIRI) hesaplandı. Veriler istatistiksel olarak analiz edildi ve $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi. Araştırma için etik kurulu onayı alınmış olup finansal destek Türk Dermatoloji Derneği tarafından sağlanmıştır.

Bulgular: Serum Siglec-8 düzeyleri açısından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,810$). Serum Siglec-8 düzeyleri ile ÜAS7, ÜKT ve DYKİ skorları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (tümü $p > 0,05$). Korelasyon analizinde serum Siglec-8 düzeyleri ile yaş ve VKİ arasında negatif korelasyon saptanırken (sırasıyla $p=0,040$ ve $p=0,034$), çoklu regresyon analizinde yalnızca yaşın serum Siglec-8 düzeyleri ile bağımsız olarak ilişkili olduğu belirlendi ($p=0,044$). Hasta grubunda CRP ve total IgE düzeyleri ile sistemik inflamasyon belirteçleri olan NLR, PLR, SII ve SIRI değerleri kontrol grubuna göre anlamlı

olarak daha yüksekti (tümü $p < 0,05$). Hasta grubunda diğer parametreler arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde; CRP düzeyleri ile NLR, SII, SIRI ve yaş arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. TSH ve total IgE düzeyleri erkek cinsiyette anlamlı yükseklik gösterdi.

Tartışma ve Sonuç: KSÜ hastalarında CRP, IgE, NLR, PLR, SII ve SIRI düzeylerinin anlamlı olarak yüksek bulunması, hastalığın sistemik inflamatuar doğasını desteklemektedir. Buna karşın serum Siglec-8 düzeylerinin hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık göstermemesi, dolaşımdaki çözünür Siglec-8 düzeylerinin mast hücresi ve eozinofillerdeki yüzey ekspresyonunu veya reseptörün fonksiyonel aktivitesini doğrudan yansıtmamasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca çok değişkenli analizde yaş ile serum Siglec-8 düzeyleri arasında negatif ilişki saptanmış olup, bu bulgu yaşlanmaya eşlik eden immün düzenleyici mekanizmalardaki değişikliklerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışma, KSÜ hastalarında serum Siglec-8 düzeylerini sağlıklı kontrollerle karşılaştıran bildiğimiz kadarıyla ilk çalışmadır. Bulgularımız, serum Siglec-8'in KSÜ için uygun biyobelirteç olmayabileceğini, ancak Siglec-8'in hücre yüzeyi ekspresyonunun ve fonksiyonel aktivitesinin araştırılmasının daha açıklayıcı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: siglec-8, kronik spontan ürtiker, alerjik hastalıklar

Yayın No: P-298
Bildiri Grubu: Genel / Yapay Zeka

İnflamatuvar Deri Hastalıklarında Diyet Literatürünün Yirmi Yıllık Evrimi: Bibliyometrik ve Bilim Haritalama Analizi

Tuğcan Yüksek[1]

[1]Girne Dr. Akçiçek Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Girne, KKTC

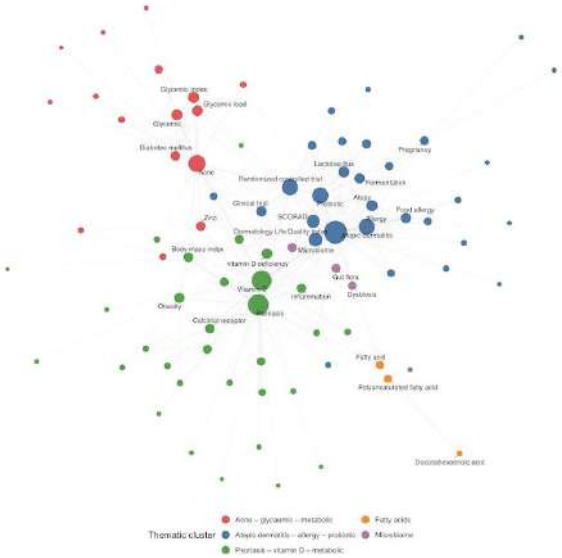
Giriş ve Amaç: Diyet; psoriasis, atopik dermatit, akne ve diğer inflamatuvar dermatozlarda hastalık gelişimi, şiddeti ve tedavi yanıtını etkileyebilecek değiştirilebilir bir faktör olarak giderek daha fazla ilgi görmektedir. Bununla birlikte mevcut literatür çoğunlukla tek bir hastalık veya belirli bir diyet yaklaşımına odaklanmakta; alanın küresel büyümesi, bilimsel iş birliği yapısı, tematik gelişimi ve hastalıklara özgü araştırma yönelimleri bütüncül olarak ortaya konmamaktadır. Bu çalışmada, inflamatuvar deri hastalıkları ile diyet ilişkisini inceleyen yayınların son yirmi yıldaki gelişiminin haritalanması; başlıca ülkelerin, araştırma gruplarının, dergilerin, kavramsal kümelerin, zamansal değişimlerin ve hastalıklara özgü diyet araştırma profillerinin belirlenmesi amaçland

Yöntem: OpenAlex veri tabanında 1 Ocak 2005–31 Aralık 2025 tarihleri arasında yayımlanan makaleler tarandı. Çalışmaya alınabilmek için makale başlığında en az bir inflamatuvar deri hastalığı terimi ile en az bir diyet veya beslenme teriminin birlikte bulunması koşulu arandı. Hastalık bloğu psoriasis, atopik dermatit/egzema, akne, rozase, hidradenitis suppurativa, kronik ürtiker ve seboreik dermatiti içerdi. Diyet bloğunda diyet, beslenme, Akdeniz diyeti, kalori kısıtlaması, glisemik indeks/yük, süt ürünleri, probiyotikler, prebiyotikler, D vitamini, çinko, omega-3, glutensiz ve düşük histaminli diyet gibi terimler yer aldı. İlk taramada 2.373 kayıt saptandı; veterinerlik odaklı, dermatoloji dışı, topikal tedaviyle sınırlı ve yinelenen kayıtların dışlanmasının ardından 2.168 makale analiz edildi. Yıllık yayın sayısı, atıf göstergeleri, açık erişim durumu, ülkeler, yazarlar, dergiler, uluslararası iş birlikleri, kavram birliktelikleri ve hastalık–diyet ilişkileri değerlendirildi. Ağ analizleri, toplam bağlantı gücü hesaplamaları ve Louvain topluluk belirleme yöntemi R programında gerçekleştirildi.

Bulgular: Yıllık yayın sayısı 2005'te 41 iken 2025'te 205'e yükseldi ve yayınların %53,6'sı 2019–2025 döneminde yayımlandı. Toplam 2.168 makale 43.591 atıf aldı; makale başına ortalama atıf sayısı 20,1, açık erişim oranı %52,4 olarak bulundu. Araştırmalar 93 ülkeden köken almakla birlikte Amerika Birleşik Devletleri 334 yayınla ilk sırada yer aldı; Çin, İtalya ve Güney Kore bunu izledi. Ülke bilgisi bulunan yayınların yalnızca %15,5'i uluslararası iş birliği içeriyordu. En üretken dergi 90 yayınla Journal of the American Academy of Dermatology idi. Kavram birlikteliği analizi 84 kavram ve 238 bağlantıdan oluştu; beş temel küme belirlendi: psoriasis–D vitamini–metabolik eksen, atopik dermatit–alerji–probiyotik ekseni, akne–glisemik eksen, yağ asitleri kümesi ve mikrobiyom kümesi. Ortalama yayın yılı 2022 olan mikrobiyom kümesi en yeni temaydı. Psoriasiste D vitamini 281, Akdeniz diyeti/kilo ilişkili temalar 106; atopik dermatitte probiyotikler 323; aknede glisemik ve süt ürünleriyle ilişkili konular 168

yayınla öne çıktı. Kronik ürtikerde düşük histamin ve psödoalerjen diyetler belirginleşirken hidradenitis suppurativa, rozase ve seboreik dermatit literatürü sınırlı kaldı.

Şekil 5. İnflamatuvar deri hastalıklarında diyet araştırmalarının kavram birlikteliği ağı.



Düğüm büyüklüğü kavramların görülme sıklığını, çizgiler kavramlar arasındaki birlikte görülme ilişkisini, çizgi kalınlığı ise ilişkinin gücünü göstermektedir. Renkler Louvain yöntemiyle belirlenen tematik kümeleri temsil etmektedir. Ağda psoriasis–D vitamini–metabolik eksen, atopik dermatit–alerji–probiyotik ekseni, akne–glisemik eksen, yağ asitleri ve mikrobiyom olmak üzere beş temel araştırma kümesi yer almakta; görsel açıklık için toplam bağlantı gücü en yüksek 40 kavram gösterilmektedir

İnflamatuvar deri hastalıkları ile başlıca diyet temaları arasındaki ilişkilerin ısı haritası.



enk yoğunluğu, her hastalık ile diyet temasının başlık ve özetlerde birlikte görülme sıklığını göstermektedir. Psoriasiste D vitamini ve Akdeniz diyeti/kilo ilişkili temalar, atopik dermatitte probiyotikler, aknede glisemik yük ve süt ürünleri, kronik ürtikerde ise düşük histamin ve psödoalerjen diyetler öne çıkmaktadır.

Tartışma ve Sonuç: nflamatuvar deri hastalıklarında diyet araştırmaları son yirmi yılda yaklaşık beş kat artmış ve erken dönem alerji, pediatrik atopik hastalık ve probiyotik çalışmalarından

metabolik sağlık, mikrobiyom ve bağırsak–deri eksenine doğru belirgin bir dönüşüm göstermiştir. Bulgular, inflamatuvar dermatozlarda tek bir ortak diyet yaklaşımından ziyade hastalıklara özgü araştırma eksenlerinin geliştiğini göstermektedir. Diyet–mikrobiyom–metabolizma ekseni alanın en hızlı gelişen araştırma yönünü oluştururken, hidradenitis suppurativa, rozase ve seboreik dermatit gibi daha az çalışılmış hastalıklarda kontrollü klinik çalışmalara ve daha geniş uluslararası iş birliklerine gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: diyet, bibliometrik analiz, inflamatuvar dermatozlar

Yayın No: P-299
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Herpes Zoster Hastalarında Postherpetik Nevralji Riskinin Belirlenmesi: Tek Merkezli Retrospektif Kohort Çalışması

Güllü GENCEBAY[1], Sera Nur YÜCESOY[2], Esra Nur PINAR TOPBAŞ[1]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi,Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Postherpetik nevralji (PHN), herpes zoster (HZ) döküntülerinin başlamasını takiben 90 günden fazla süren, persistan nöropatik ağrı ile karakterize ve hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde bozan en önemli kronik komplikasyondur. Klinik pratikte PHN gelişiminde kronik komorbidite yükünün mü yoksa yaşa bağlı immün fonksiyon kaybının mı daha baskın bir faktör olduğu tartışmalıdır. Bu çalışmada, HZ hastalarında PHN gelişimini öngören klinik ve dermatomal bağımsız risk faktörlerinin saptanması; özellikle de eslik eden komorbidite yükü ile ileri yaş faktörünün süreç üzerindeki göreceli etkilerinin netleştirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2024 - Ocak 2026 tarihleri arasında kliniğimizde HZ tanısı alan ve 3 aylık takipleri eksiksiz tamamlanan 235 ardışık hasta retrospektif olarak dahil edildi. Çalışmada PHN; akut kutanöz döküntülerin başlamasından sonraki üçüncü ayda halen devam eden dermatomal ağrı varlığı olarak tanımlandı. Hastaların demografik verileri, komorbiditeleri, tetikleyici faktörleri, semptom başlangıcından dermatoloji kliniğine başvuruya kadar geçen süreleri ve tedavi özellikleri kaydedildi. Verilerin analizinde univariable karşılaştırmaların ardından bağımsız risk faktörlerini belirlemek amacıyla multivariable lojistik regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 235 hastanın %56,2'si (n=132) kadın, %43,8'i (n=103) erkek olup, ortalama yaş 52,0 ± 17,0 (7-89 yaş arası) olarak saptandı. En sık torakal dermatomal tutulum (%45,1, n=106) izlendi. Takip sürecinde hastaların %13,2'sinde (n=31) PHN gelişti. Yaş grupları incelendiğinde, 40 yaşın altındaki hiçbir hastada PHN gözlenmezken; PHN prevalansı 40-59 yaş arasında %6,9, 60-79 yaş arasında %29,6 ve ≥80 yaş grubunda %30,0 olarak saptandı. Univariable analizde koroner arter hastalığı ($p < 0,001$), hipertansiyon ($p=0,013$) ve hiperlipidemi ($p=0,003$) PHN gelişen grupta anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ancak tüm anlamlı değişkenlerin dahil edildiği multivariable lojistik regresyon modelinde kardiyometabolik komorbiditeler bağımsız anlamlılığını kaybetti. Modelde PHN gelişimini öngören en güçlü bağımsız risk faktörleri ileri yaş ($p < 0,001$) ve dermatoloji kliniğine başvuru süresinin uzaması ($p < 0,001$) olarak saptandı. İstatistiksel olarak, hastanın yaşındaki her bir yıllık artışın PHN riskini %8,7 artırdığı (Odds Oranı [OR]: 1,087, %95 Güven Aralığı [GA]: 1,042–1,134); semptom başlangıcından sonra kliniğe başvuruda yaşanan her bir günlük gecikmenin ise PHN riskini %26,6 oranında yükselttiği (OR: 1,266, %95 GA: 1,113–1,440) belirlendi. Buna karşın,

sistemik antiviral tedavinin başlandığı her bir erken günün PHN riskini %13,7 oranında azalttığı ve bağımsız bir koruyucu etki sağladığı bulundu (OR: 0,863, %95 GA: 0,747–0,996, p=0,044).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızın verileri, PHN gelişiminde kronik komorbidite yükünün bağımsız bir etkisinin olmadığını; bu süreçteki asıl belirleyici ve baskın faktörün kronolojik yaşlanma olduğunu ortaya koymuştur. Univariable analizde izlenen kardiyometabolik hastalık etkisi, bağımsız bir risk faktörü olmayıp ileri yaş konfaktörüne bağlıdır. Yaşta yaşanan her bir yıllık artışın PHN riskini %8,7, kliniğe başvuruda gecikilen her günün ise %26,6 gibi çarpıcı oranlarda artırması, erken müdahalenin önemini göstermektedir. Bu nedenle, özellikle yaşa bağlı hücresel bağışıklığın azaldığı riskli yaş gruplarında kalıcı nöral hasarı önlemek adına, sistemik antiviral tedavinin ilk 72 saat hedefiyle mümkün olan en erken dönemde başlanması klinik açıdan hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster, Postherpertik Nevralji, Risk Faktörleri

Yayın No: P-302
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Multıpl Nodüler Kutanöz Lezyonların Nadir Bir Nedeni: Rosai-Dorfman Hastalığı

Can Karaali[1], Beyza Nizam[1], Zeynep Topkarcı[1], Bilgen Erdoğan[1]

[1]Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi , İstanbul

Giriş ve Amaç: Rosai-Dorfman hastalığı (RDH), nadir görülen Langerhans hücreli olmayan bir histiositozdur. Klasik olarak çocuk ve genç erişkinlerde masif, ağrısız bilateral servikal lenfadenopati ile prezente olmakla birlikte deri en sık ekstranodal tutulum bölgelerinden biridir. Lenf nodu veya sistemik tutulum olmaksızın yalnızca deriye sınırlı kutanöz Rosai-Dorfman hastalığı (KRDH) tüm vakaların yaklaşık %3'ünü oluşturur. Kutanöz lezyonların klinik görünümü değişken olup inflamatuvar, lenfoproliferatif ve neoplastik hastalıkları taklit edebilir. Burada, lenfadenopati olmaksızın baş ve gövdede multipl kutanöz lezyonlarla seyreden bir KRDH olgusu sunulmaktadır.

Yöntem: Altmış yaşında, diabetes mellitus tanılı erkek hasta, yaklaşık iki ay önce sağ temporal bölge ve vertekste başlayan kaşıntılı, ağrısız, eritemli infiltre plak ve nodüller nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastamızın Mayıs 2025'te dış merkez tarafından sağ preauriküler bölgeden alınan biyopsisi granüloma faciale lehine yorumlanmış ve topikal klobetazol propionat başlanmıştı. Topikal tedaviye rağmen izlemde gövde ön ve arka yüzde de benzer karakterde lezyonlar oluşmaya devam etmiş. Dermatolojik muayenede sağ temporal bölge, verteks ve gövdede dağınık yerleşimli, yaklaşık 3×3 cm boyutlarında, koyu kırmızı, infiltre, bazıları yassı bazıları nodüler lezyonlar izlendi. Sırttaki lezyonların bazıları lobüler karakterdeydi. Dermoskopide etrafı eritemli santrali sarı- turuncu, yer yer ülsere alanların ve sarı globüllerin izlendiği; ince skuam ve telenjiektatik damarların eşlik ettiği lezyonlar görüldü.

Bulgular: Kutanöz B hücreli lenfoma, kutanöz metastaz, sarkoidoz, histiositoz ve psödolenfoma ön tanılarıyla gövde lezyonlarından biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermisin korunduğu, papiller dermisten başlayarak dermisi dolduran yoğun lenfosit ve plazma hücreleri ile geniş, soluk eozinofilik sitoplazmalı histiyositik hücrelerden oluşan infiltrasyon izlendi. Histiyositlerin sitoplazmalarında intakt lenfosit ve plazma hücrelerinin bulunmasıyla karakterize emperiopolezis saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede histiyositik hücrelerde S100, CD68 ve Siklin D1 pozitifliği; CD1a ve Langerin negatifliği saptandı. Bulgular RDH lehine değerlendirildi ve verteksteki nodüler lezyondan yapılan eksizyonel biyopsiyle tanı doğrulandı. Yapılan tetkiklerde tam kan sayımı, CRP, sedimentasyon ve biyokimya değerleri normal sınırlardaydı. Boyun ultrasonografisinde patolojik lenf nodu; batın ultrasonografisinde hepatosplenomegali; abdominopelvik manyetik rezonans görüntülemede lenfadenopati saptanmadı. Olgu sistemik tutulum olmaksızın KRDH olarak değerlendirildi. Diyabet tanısı nedeniyle oral kortikosteroid tedavisini kabul etmeyen hastada topikal kortikosteroid tedavisine devam edildi. Üç aylık takipte gövde ve sağ temporal bölgedeki lezyonların boyut ve endurasyonunda azalma gözlendi.

Figür 1



vertekste kaşıntılı, ağrısız, eritemli infiltre plak ve nodüller

figür 2



sırtta kaşıntılı, ağrısız, eritemli infiltre plak ve nodüller

Tartışma ve Sonuç: Sonuç: KRDH, lenfadenopati olmaksızın ortaya çıkabilen ve çeşitli inflamatuvar ve neoplastik dermatozları taklit edebilen nadir bir histiositozdur. Multipl infiltre papül, plak ve nodüller görülen olgularda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tanıda emperiopolezis ve karakteristik immünohistokimyasal profil yol göstericidir. Olgumuz, sistemik tutulum olmaksızın multipl kutanöz lezyonlarla seyretmesi ve literatürdeki çoğu vakanın aksine topikal kortikosteroid tedavisine yanıt göstermesi nedeniyle dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: Rosai-Dorfman hastalığı, histiositoz, emperipolezis

Yayın No: P-303
Bildiri Grubu: Genel / Psikodermatoloji

Psöriazis Hastalarında Somatizasyon Hastalık Şiddetinden Bağımsız mıdır? Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırmalı Kesitsel Çalışma

Zülal inci Bal[1], Besim Burcu Dudaklı[1], Makbule Esen Öksüzoğlu[1]

[1]Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Psöriazis, yaşam kalitesini ve psikososyal iyilik halini olumsuz etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Üstbiliş, bireyin kendi düşünme süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri izleyip düzenleyebilme kapasitesini ifade eder. Psöriazis hastalarında hastalık şiddeti ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Ancak üstbilişsel inançların bu süreçteki rolü ve psikopatolojik belirtilerle ilişkisi henüz yeterince aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada, psöriazis hastalarında hastalık şiddeti ile üstbilişsel inançlar, psikopatolojik belirtiler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi; ayrıca bu parametrelerin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel, gözlemsel, analitik çalışmaya Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'nde klinik olarak psöriazis tanısı alan 37 erişkin hasta ile yaş (39,0±9,2 ve 38,6±9,0 yıl) ve cinsiyet (kadın oranı %64,9) açısından benzer 37 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Psöriazis hastalarında hastalık şiddeti Psoriasis Area Severity Index (PASI) ile değerlendirildi. Katılımcılara psikopatolojik belirtileri değerlendirmek amacıyla Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) ve üstbilişsel inançları değerlendirmek amacıyla Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30) uygulandı; hasta grubunda ayrıca Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DLQI) hesaplandı. Gruplar arasında ölçek puanları karşılaştırıldı, hasta grubunda klinik değişkenler ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri ile değerlendirildi ve yaşam kalitesini etkileyen bağımsız faktörler çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda etki büyüklükleri hesaplandı; anlamlı bulunmayan temel sonuçlar iki tek yanlı test (TOST) yaklaşımı ile eşdeğerlik açısından değerlendirildi.

Bulgular: Psöriazis hastalarında ortalama hastalık süresi 14.0±10.1 yıl, ortalama PASI skoru 7.78±6.24 (medyan: 5.80) idi ve hastaların %37.8'i orta-şiddetli hastalık grubundaydı. Buna karşın yaşam kalitesi belirgin düzeyde etkilenmişti; ortalama DLQI skoru 17.9±5.1 olup olguların %91.9'unda yaşam kalitesi "çok" veya "aşırı" düzeyde bozulmuştu. Psöriazis ve sağlıklı kontrol grupları arasında genel psikopatoloji düzeyi ile üstbilişsel inançlar açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Buna karşın PSDI ve somatizasyon puanları psöriazis grubunda daha yüksek bulundu ($p=0.003$, $p=0.010$). Hasta grubunda bildirilen toplam psikolojik belirti sayısı daha düşük olmasına rağmen mevcut belirtiler daha yoğun yaşanıyordu. Somatizasyon düzeyi; hastalık şiddeti (PASI), hastalık süresi, başlangıç yaşı, özel bölge tutulumu ve yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmadı. PASI ile DLQI arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Psöriatik artrit varlığı sonuçları değiştirmedi; eklem tutulumu olmayan hastalarda da psikolojik belirti şiddeti,

somatizasyon kontrol grubuna göre daha yüksekti. Çok değişkenli analizlerde, psikolojik belirti şiddetindeki artış psöriazis ile bağımsız ilişkili bulunurken, psöriatik artritin bu ilişkiye anlamlı katkısı olmadığı görüldü. Olası psikiyatrik olgu oranı psöriazis grubunda daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasındaki fark anlamlı değildi. Üstbilişsel inançlar ile psikolojik belirti düzeyi arasındaki ilişkinin iki grupta benzer olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda, psöriazis hastaları ile sağlıklı kontroller arasında genel psikopatoloji ve üstbilişsel inançlar açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Buna karşın, psöriazis hastalarında psikolojik belirti şiddetinin, özellikle somatizasyon boyutunda, daha yüksek olduğu gösterildi. Bu farklılığın hastalık şiddeti, hastalık süresi ve psöriatik artritten bağımsız olması, psikolojik belirti yükünün yalnızca klinik hastalık şiddeti ile açıklanamayacağını düşündürmektedir. Ayrıca, yaşam kalitesinde belirgin bozulma saptanmasına rağmen PASI ile anlamlı bir ilişki bulunmaması, psöriazisli hastaların değerlendirilmesinde klinik bulguların yanı sıra psikososyal faktörlerin de dikkate alınması gerektiğini desteklemektedir. Bu bulgular, psöriazis yönetiminde yalnızca hastalık şiddetine odaklanmanın yeterli olmadığını; psikolojik belirti yükü ve yaşam kalitesinin de rutin klinik değerlendirmeye dahil edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Psöriazis, Üstbiliş, Psikopatoloji

Yayın No: P-306
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

Pediatrik Kseroderma Pigmentozum Vakasında Yüz Güldüren Vismodegib Deneyimi

Eren ERSUN[1], Arzu KILIÇ[1], Pelin HIZLI[1], İlkay CAN[1], Yeşim MAHMARILI YİĞİT[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[2]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kseroderma pigmentozum (XP), ultraviyole (UV) ışınlarına bağlı DNA hasarının onarımında görev alan nükleotid eksizyon tamir mekanizmasındaki defektler sonucu gelişen, nadir görülen otozomal resesif bir genodermatozdur. Hastalık, erken çocukluk döneminde başlayan fotosensitivite, yaygın pigment değişiklikleri ve belirgin kutanöz malignite riski ile karakterizedir. XP'li hastalarda bazal hücreli karsinom (BHK), skuamöz hücreli karsinom (SHK) ve melanom erken çocukluk çağında gelişebilmektedir. Hedgehog sinyal yolak inhibitörlerinden vismodegib, lokal ileri veya multipl BHK olgularında etkili bir tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Tanının gecikmesi, morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir faktördür. Bu yazıda, çoklu BHK gelişimi ile başvuran ve vismodegib tedavisi uygulanan olgu sunulmaktadır.

Yöntem: Dermatoloji polikliniğinde izlenen, kseroderma pigmentozum tanılı 7 yaşında kız hastanın klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulguları retrospektif olarak değerlendirildi. Histopatolojik olarak doğrulanan multipl bazal hücreli karsinom nedeniyle hastaya multidisipliner konsey kararıyla oral vismodegib (150 mg/gün) tedavisi başlandı. Hastanın klinik yanıtı düzenli dermatolojik muayene ve klinik fotoğraflar ile değerlendirildi.

Bulgular: Yedi yaşında kız hasta, ebeveynleri tarafından yüz ve boyundaki kitle ve lekeler nedeniyle polikliniğimize getirildi. Hastanın pigmente lezyonlarının 18 aylıkken başladığı, uzun süre benign olarak değerlendirildiği öğrenildi. Fotofobi tarifleyen hastanın yüzünde deriden kabarık kanayan yeni lezyonların çıkması üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde alında, burun üzerinde, bilateral malar bölgede yaygın multiple lentijinöz makül ve papüller, sağ orbita lateral kantus inferiorunda 5,5x5,5 mm boyutunda üzerinde hemorajik krutların izlendiği nodüler lezyon, sağ nazoorbital bileşkede 5,5x3,5 mm boyutlu papüler lezyon, sol kulak posterirunda 6x3 mm boyutunda papüler lezyon izlendi (Resim 1). Sağ göz lateral kantus, sağ nazoorbital bileşke ve sol kulak posteriorundaki 3 adet papüler lezyonun dermoskopik değerlendirmesi BHK ile uyumlu olması üzerine total eksize edildi. Lezyonların histopatolojik incelemesi BHK ile uyumlu bulundu. 6 aylık takip sürecinde yüzde yeni BHK lezyonlarının (Resim 2) gelişmesi üzerine hasta multidisipliner olarak değerlendirildi. Yüzde 10'dan fazla BHK şüphesi uyandıran lezyon olması, bazıları periorbital bölgelerde yer alması, daha öncesinde cerrahi uygulanmasına rağmen yeni lezyonların gelişmesi nedeniyle oral vismodegib (150 mg/gün) tedavisine başlandı. Tedavinin üçüncü ayında mevcut lezyonlarda belirgin klinik gerileme saptandı (Resim 3). Hasta halen tedaviye devam etmektedir. Bu klinik

yanıt, XP'li hastalarda vismodegib kullanımını bildiren önceki olgu sunumlarıyla uyumlu bulundu.

Resim 1



Sol kulak inferirounda, sağ göz inferolateralinde ve sağ nazoorbital bölgede lokalize papüler lezyonların görünümü

Resim 3



Vismodegib tedavisinin 3.ayında BHK lezyonların gerilemiş hali

Tartışma ve Sonuç: Kseroderma Pigmentozum için kür sağlayan bir tedavi mevcut değildir. Bu nedenle, bu hastalıkta komplikasyonların önlenmesi son derece önemlidir. XP gibi nonmelanom deri kanseri riskinin yüksek olduğu genodermatozlarda, çok sayıda BHK varlığında, kritik bölge (ör. periorbital, perioral alanlar) yerleşimli lezyonlarda, 10 mm'den büyük ve iki cerrahi girişim sonrası yineleyen, kemik, kıkırdak veya diğer yapılara infiltrasyon gösteren ve küratif rezeksiyonun mümkün olmadığı, birden fazla cerrahi ve/veya radyoterapi sonrasında nüks eden, genel anestezi için uygun olmayan hastalarda cerrahi ve radyoterapi seçeneği uygun değildir. Bu olgu, XP'de erken tanının önemini vurgulamakta ve seçilmiş pediatrik olgularda vismodegibin etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kseroderma Pigmentozum, Bazal hücreli karsinom, Vismodegib

Yayın No: P-307
Bildiri Grubu: Genel / Dermatocerrahi

İzole Tırnak Tutulumunda Tanısal Güçlükler: Tırnak Liken Planusu ve Tırnak Psöriyazisinde Klinikopatolojik Değerlendirmenin Önemi

Pelin Koçyiğit[1], Merve Aygün Alizada[1], Muhammet Talha Saraç[1], Aylin Okçu Heper[2], Seher Bostancı[1]

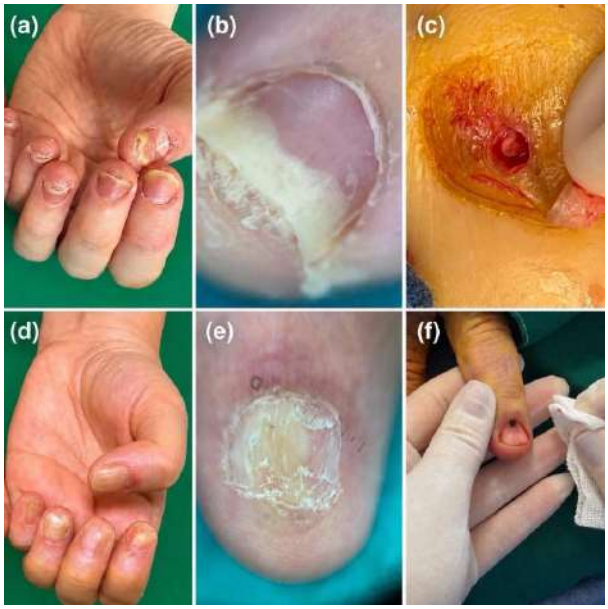
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Tırnak psöriyazisi (TP) ve tırnak liken planusu (TLP), en sık görülen inflamatuvar tırnak hastalıkları (İTH) arasında olup, özellikle deri tutulumunun eşlik etmediği izole tırnak tutulumu ile seyreden olgularda tanı güçleşmektedir. Tırnak ünitesi biyopsisi (TÜB), İTH ayırıcı tanısında değerli bir yöntemdir ancak örnekleme bölgesinin seçimi, tırnak ünitesinin karmaşık anatomik yapısı, biyopsi materyalinin işlenmesindeki teknik zorluklar ve non-spesifik/tanısal olmayan inflamatuvar değişikliklerin sık izlenmesi nedeniyle, TÜB tek başına her zaman kesin tanı sağlamayabilir. Bu çalışmada, izole veya atipik tırnak tutulumu ile başvuran olgularda TLP ve TP ayrımında, histopatolojik verilerin tek başına değil; klinik bulgular, tutulum paterni, eşlik eden mukokutanöz/ekstrakutanöz bulgular ve mikolojik değerlendirme ile birlikte ele alındığı bütüncül klinikopatolojik yaklaşımın tanısal değerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada 2000–2026 yılları arasında, İTH tanısıyla takip edilen 62 hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, tırnak tutulum paterni, klinik bulgular, eşlik eden kutanöz, mukozal, saçlı deri ve eklem tutulumları, aile öyküsü, mikolojik inceleme sonuçları, klinik ön tanılar ve takip sürecinde belirlenen nihai klinik tanılar kaydedildi. TÜB sadece izole tırnak tutulumu, klinik tanısal belirsizlik, atipik ya da tedaviye dirençli seyir ve histopatolojik doğrulama gereksinimi olan seçilmiş olgularda yapıldı. TÜB yapılan 47 hastada histopatolojik sonuçlar TP ile uyumlu, TLP ile uyumlu ve nonspesifik inflamatuvar değişiklikler olarak sınıflandırıldı. Nihai klinik tanı, biyopsi sonucu ile klinik bulgular ve eşlik eden mukokutanöz/ekstrakutanöz bulguların birlikte değerlendirilmesiyle belirlendi. İstatistiksel analizde kategorik değişkenler Fisher kesin testi veya Fisher-Freeman-Halton testiyle, sürekli değişkenler uygun non-parametrik testlerle değerlendirildi; $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların 35'i TP, 27'si TLP olarak değerlendirildi. İzole tırnak tutulumu 32 hastada (%51,6) saptandı ve iki tanı grubunda benzer sıklıktaydı. Mukozal tutulum TLP'de, saçlı deri tutulumu ise TP'de daha sıktı ($p < 0,05$). Klinik değerlendirmede pitting, subungual hiperkeratoz, onikoliz ve renk değişikliği TP lehine; pterjiyum, longitudinal çizgilenme/çentiklenme ve trakionişi TLP lehine ayırt edici bulgulardı ($p < 0,05$) (Tablo 1, Figür 1). TÜB yapılan 47 hastanın 7'sinde TP, 5'inde TLP ile uyumlu spesifik histopatolojik bulgular saptandı; 35 biyopside (%74,5) ise nonspesifik inflamatuvar değişiklikler izlendi (Tablo 2). Spesifik histopatolojik tanı elde edilen tüm olgularda histopatolojik tanı nihai klinik tanı ile uyumluydu. Buna karşın, tüm biyopsiler içinde doğrudan tanısal histopatolojik verim %25,5 ile sınırlıydı. Spesifik histopatolojik tanıların özgüllüğü ve pozitif prediktif değeri %100 iken, duyarlılık TP için %24,1, TLP için %27,8 idi.

Figür 1



Figür 1. Tırnak psöriasisi ve tırnak liken planusunda klinik, dermoskopik ve intraoperatif bulgular. (a–c) Tırnak psöriasisi: (a) Birden fazla el tırnağında düzensiz onikoliz, belirgin subungual hiperkeratoz, beyaz-sarı renk değişikliği ile oil-drop/salmon patch görünümü ile uyumlu alanlar ve distrofik değişiklikler. (b) Dermoskopik incelemede distalde belirgin onikoliz ve düzensiz beyaz-sarı renk değişikliği ile subungual hiperkeratoz. (c) Tırnak yatağından yapılan punch biyopsi . (d–f) Tırnak liken planusu: (d) Birden fazla el tırnağında belirgin longitudinal çizgilenme, tırnak plağında beyaz renk değişikliği, incelme ve yüzey düzensizliği ile distrofik değişikler. e) Dermoskopik incelemede belirgin longitudinal çizgilenme ve oluklar, subungal hiperkeratoz ve trakionişi. (f) Matriks ve yatak bölgesine yönelik yapılan punch biyopsi.

Tablo 1

Klinik bulgular	Toplam, n/N (%)	TP, n/N (%)	TLP, n/N (%)	p değeri	Tanısal yönelim
Takılma şikayeti	29/62 (46,8)	11/35 (31,4)	18/27 (66,7)	0,010	TLP
Renk değişikliği	23/62 (37,1)	17/35 (48,6)	6/27 (22,2)	0,039	TP
Onikoliz	22/62 (35,5)	17/35 (48,6)	5/27 (18,5)	0,017	TP
Subungual hiperkeratoz	19/62 (30,6)	16/35 (45,7)	3/27 (11,1)	0,005	TP
Pitting	17/62 (27,4)	16/35 (45,7)	1/27 (3,7)	<0,001	TP

Longitudinal çizgilenme/çentiklenme	22/62 (35,5)	7/35 (20,0)	15/27 (55,6)	0,007	TLP
Pterjiyum	12/62 (19,4)	2/35 (5,7)	10/27 (37,0)	0,003	TLP
Trakionişi	8/62 (12,9)	1/35 (2,9)	7/27 (25,9)	0,017	TLP

TP ve TLP ayrımında ayırt edici klinik bulgular Kısaltmalar: TP, tırnak psöriyazisi; TLP, tırnak liken planusu.

Tablo 2

Histopatolojik tanı	Duyarlılık	Özgüllük	Pozitif Prediktif Değer	Negatif prediktif değer
Tırnak psoriazisi	%24,1	%100	%100	%45,0
Tırnak liken planusu	%27,8	%100	%100	%69,0

Nihai klinikopatolojik tanı referans kabul edilerek TP ve TLP'ye özgül histopatolojik bulguların tanısal performansı

Tartışma ve Sonuç: İzole veya atipik tırnak tutulumunda TLP ve TP arasında belirgin klinik ve histopatolojik benzerlik vardır [1–6]. TÜB, spesifik histopatolojik bulgu saptandığında tanıyı güçlü biçimde destekleyen yüksek özgüllüklü bir yöntemdir; ancak nonspesifik inflamatuvar sonuçların yüksek sıklığı nedeniyle tanıyı dışlamada yetersizdir. Nitekim çalışmamıza benzer şekilde Hanno ve ark. edinsel tırnak distrofilerinde nonspesifik histopatolojik değişikliklerin önemli bir tanısal güçlük oluşturduğunu bildirmiş; Grover ve ark. ise tırnak biyopsisinin tanısal başarısının uygun lezyon seçimi, doğru örnekleme lokalizasyonu, teknik hazırlık ve klinikopatolojik korelasyona bağlı olduğunu vurgulamıştır [6-8]. Bu nedenle bu hasta grubunda tanısal yaklaşım yalnızca biyopsi sonucuna dayandırılmamalı; klinik bulgular, tutulum paterni, eşlik eden mukokutanöz ve ekstrakutanöz bulgular ve takip sürecindeki klinik seyir birlikte yorumlanmalıdır [4,5,7,8]. Bulgularımız, izole tırnak tutulumunda doğru tanının ancak kapsamlı klinikopatolojik değerlendirme ile güvenilir biçimde konulabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tırnak liken planusu; tırnak psöriyazisi; klinikopatolojik korelasyon

Yayın No: P-308
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Omalizumaba Bağlı Paradoksal Alevlenme: Kronik Spontan Ürtikerde Klinik Özellikler ve Yönetim

Mehmet Gülengül[1], Esra Adışen[2], Emek Kocatürk Göncü[3]

[1]Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Omalizumab, antihistaminik tedaviye refrakter kronik spontan ürtikerde (KSÜ) önerilen tedavi seçeneklerinden biridir ve genel olarak iyi tolere edilir. Bununla birlikte, omalizumab sonrasında ürtikeryal kabarıklıkların ve/veya anjiyoödemin paradoksal olarak alevlendiği olgular bildirilmiştir; ancak klinik örüntüler ve pratik yönetim yaklaşımları halen yeterince tanımlanmamıştır. Bu çalışmada, KSÜ'de omalizumab sonrası gelişen alevlenmenin zamanlamasının, ilişkili özelliklerinin ve yönetiminin karakterize edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tek merkezli, prospektif olgu serisine omalizumab uygulamasını takiben tekrarlayan alevlenme gelişen sekiz KSÜ hastası dahil edildi. Demografik veriler, klinik özellikler, laboratuvar bulguları, enjeksiyon sonrası alevlenme zamanı ve uygulanan tedaviler kaydedildi. Gruplar arasındaki farklılıklar ve istatistiksel veriler için SPSS 32.0 kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 31 yıl (dağılım: 21-52) olup %75'i (n=6) kadındı. Ortalama hastalık süresi 10 ay (3-24), ürtiker atağı süresi ise 14 saat (6-24) idi; hastaların %50'sinde anjiyoödem eşlik etmekteydi. En sık bildirilen tetikleyici faktör stres (%62,5) idi. Tüm hastalar başvuru öncesinde yüksek doz antihistaminik tedavi almış, %75'i sistemik kortikosteroid kullanmıştı. Laboratuvar incelemede hastaların %37,5'inde CRP, %50'sinde ESR yüksekliği saptanırken, %25'inde D-dimer ve %25'inde Anti-TPO düzeyleri yüksekti; ortalama total IgE düzeyi 179 IU/mL (44,6-449) idi.Alevlenme zamanlamasına göre hastalar iki gruba ayrıldı: enjeksiyondan sonraki 2-12 saat içinde (%37,5, n=3) ve 12 saatten geç (%62,5, n=5); tüm hastalarda alevlenme ikinci dozdan itibaren gözlenmiştir. 2-12 saatlik grupta medyan total IgE düzeyi sayısal olarak daha yüksek (378'e karşı 81,3 IU/mL) ve aile öyküsü daha sık (%100'e karşı %20) saptanmıştır. Alevlenmeler altı hastada yüksek doz antihistaminik tedavi ile kontrol altına alınırken, iki hastada kısa süreli sistemik kortikosteroid tedavisi gerekmiştir. Tekrarlayan alevlenmesi olan hastalarda omalizumab dozu iki haftada bir 150 mg olacak şekilde bölünmüş; bu yaklaşımla iki hastada alevlenme tekrarlamamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Güncel kılavuzlar omalizumabın 4 haftada bir 300 mg dozunda uygulanmasını önermekle birlikte, seçilmiş olgularda doz ve uygulama aralığının bireyselleştirilmesine olanak tanımaktadır. Literatür ağırlıklı olarak tedaviye yanıtsızlık üzerine odaklanmış olup, paradoksal alevlenme büyük ölçüde olgu sunumları düzeyinde bildirilmiştir; altta yatan mekanizma olarak IgE aracılı olmayan reaksiyonlar ve/veya yardımcı maddelere

duyarlılık öne sürülmekle birlikte, kanıt düzeyi sınırlıdır. Serimizde alevlenmenin, tedavinin erken sikluslarından itibaren, enjeksiyondan birkaç saat içinde ya da 12 saatten geç bir sürede ortaya çıktığı görülmüştür. Doz bölünmesinin, standart kurtarma tedavisiyle birlikte uygulanarak enjeksiyon başına maruziyeti azaltmasının, yinelemeyi önlemede pratik bir yaklaşım olabileceği düşünülmüştür.KSÜ'de omalizumaba bağlı alevlenmeler tedavinin erken sikluslarından itibaren ortaya çıkabilmekte; enjeksiyonu takip eden birkaç saat içinde veya 12 saati aşan bir gecikmeyle gelişebilmektedir. Olguların çoğunda alevlenme yüksek doz antihistaminik tedavi ile kontrol altına alınmış, bir kısmında ise omalizumab dozunun iki haftada bir 150 mg olarak bölünmesi nüksü önlemiştir. Bu nadir klinik paternin tanınması ve bireyselleştirilmiş dozlama stratejilerinin benimsenmesi, tedavinin tolere edilebilirliğini ve sürdürülebilirliğini artırabilir.

Anahtar Kelimeler: alevlenme, omalizumab, ürtiker

Yayın No: P-312
Bildiri Grubu: Genel / Genodermatozlar

İktiyoz Hastalarında Oral D vitamini Kullanımının İktiyozun Klinik Bulgularına Etkisi

Özge Altunok[1], Veysi Yılmaz[1], Ayşe Deniz Yücelten[1], Serap Demircioğlu Turan[2]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları A.B.D
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Konjenital iktiyozlar, yaygın eritem ve skuam gösteren, ömür boyu tedavi gerektiren ve yönetimi güç genetik geçişli hastalıklardır. İktiyozlu hastalarda skuamların UV ışınlarının deri penetrasyonunu engellemesi, ısı intoleransı ve sosyal kaçınma davranışına bağlı olarak güneş maruziyetinin azalması, sağlıklı bireylere kıyasla D vitamini eksikliği riskinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Topikal tedavi ajanları dışında, en temel sistemik tedavi retinoidler olmakla birlikte, uzun süreli kullanımda ortaya çıkabilecek yan etkiler konusunda endişeler bulunmaktadır. Psoriazis tedavisinde topikal D vitamini analogları; antiproliferatif, epidermal diferansiyasyonu ve keratinizasyonu düzenleyici ile antiinflamatuvar etkileri nedeniyle uzun yıllardır etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Benzer etki mekanizmalarından hareketle, oral D vitamininin de konjenital iktiyoz tedavisinde potansiyel bir tedavi seçeneği olabileceği öne sürülmüş ve bu doğrultuda çeşitli klinik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, oral D vitamini tedavisinin konjenital iktiyozlu hastalarda klinik bulgular ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu prospektif gözlemsel çalışmaya otozomal resesif konjenital iktiyoz, epidermolitik iktiyoz ve Sjögren-Larsson sendromu tanılı toplam 17 hasta dahil edildi. Hastalara, yaş ve başlangıç serum 25(OH)D düzeylerine göre belirlenen dozlarda 12 hafta süreyle oral kolekalsiferol tedavisi uygulandı. Klinik değerlendirmeler tedavi öncesinde, 4. ve 12. haftalarda gerçekleştirildi. Tedavi etkinliği İktiyoz Şiddet Skoru (İŞS), tedavi memnuniyetini değerlendiren Vizüel Analog Skala (VAS) ve yaşam kalitesini değerlendiren Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi/Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI/cDLQI) kullanılarak değerlendirildi. Çalışma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.06.2024 tarihli ve 09.2024.702 sayılı kararı ile etik kurul onayı alındı.

Bulgular: Hastaların bazal, birinci ay ve üçüncü ay İSS toplam düzeyleri karşılaştırıldığında ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$). İkili karşılaştırmalarda, İSS toplam düzeyinin üçüncü ay ölçümünde bazal ölçüme göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulundu ($p < 0,001$). Bazal – birinci ay ve birinci ay – üçüncü ay karşılaştırmalarında anlamlı düşüş yoktu (sırasıyla; $p=0,259$ ve $p=0,077$). Hastaların DLQI/cDLQI değerleri bazal, birinci ay ve üçüncü ay arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,012$). İkili karşılaştırmalarda ölçek puanlarının üçüncü ay ölçümünde bazal ölçüme göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptandı($p=0,031$). Diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark

yoktu. VAS skorlarında birinci ay ile üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,521)

Şekil 1.



Lamellar iktiyoz hastasının oral kolekalsiferol tedavi öncesi (sol) ve 12.haftadaki (sağ) klinik görüntüsü

Tablo 1.

Değişken	Bazal	Birinci ay	Üçüncü ay	p	İkili karşılaştırmalar, p değerleri*		
					Bazal – birinci ay	Birinci ay – üçüncü ay	Bazal– üçüncü ay
ISS toplam	2,85 ± 1,32 / 2,40 (1,80 – 3,50)	2,43 ± 1,41 / 2,00 (1,50 – 3,10)	2,22 ± 1,28 / 1,60 (1,50 – 2,30)	**<0,001****	0,259	0,077	**<0,001**
ISS eritem	0,87 ± 0,76 / 0,90 (0,20 – 1,30)	0,59 ± 0,61 / 0,40 (0,00 – 1,00)	0,54 ± 0,66 / 0,40 (0,00 – 0,60)	**0,042****	0,310	0,999	0,077
ISS skuam	2,03 ± 0,88 / 1,80 (1,40 – 2,30)	1,84 ± 0,93 / 1,40 (1,20 – 2,10)	1,69 ± 0,83 / 1,50 (1,10 – 1,80)	**0,033****	0,178	0,999	**0,039**
DLQI/cDLQI	10,8 ± 7,9 / 8,5 (4,5 – 18,5)	9,1 ± 8,3 / 7,0 (2,0 – 14,0)	8,9 ± 8,8 / 5,0 (2,0 – 14,0)	**0,012****	0,081	0,999	**0,031**
VAS	-	3,4 ± 2,5 / 3,0 (1,0 – 6,0)	3,7 ± 2,9 / 3,0 (1,0 – 6,0)	0,521*	-		-

*Wilcoxon testi; **Friedman testi

Ortalama ± standart sapma / Ortanca (25. – 75. Persentil) değerleri gösterildi.

ISS: İktiyoz şiddet skoru, DLQI: Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi, cDLQI: Çocuklar için Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi, VAS: Görsel Analog Skala

Hastaların ISS, VAS, DLQI/cDLQI değişim düzeyleri

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda oral D vitamini tedavisi ile klinik şiddet skorları ve yaşam kalitesi ölçümlerinde anlamlı iyileşme saptanmıştır. Bu bulgular, oral D vitamininin konjenital iktiyoz tedavisinde mevcut tedavilere tamamlayıcı, etkili ve iyi tolere edilen bir yaklaşım olabileceğini desteklemektedir. Bulgularımızın daha geniş örneklemli kontrollü çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital iktiyoz, D vitamini, Retinoid

Yayın No: P-319
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Alt Ekstremitede Atipik Yerleşimli Nekrobiyotik Ksantogranülomda Tanısal Gecikme ve Lenalidomid ile Klinik Stabilizasyon: MGUS Eşlikli İki Olgu

Yekbun Yaşa[1]

[1]Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği astanesi

Giriş ve Amaç: Nekrobiyotik ksantogranülom (NXG), sıklıkla monoklonal gammopati ile ilişkili, nadir görülen ve klinik olarak geniş bir spektrumu taklit edebilen bir non-Langerhans hücreli histiositozdur. Klasik olarak periorbital yerleşim göstermesine rağmen, atipik lokalizasyonlar tanısal gecikmeye yol açabilmektedir. Bu çalışmada, alt ekstremite ağırlıklı atipik yerleşim gösteren, uzun süre farklı tanılarla izlenen ve MGUS eşlik eden iki NXG olgusu sunularak tanısal güçlükler ve lenalidomid tedavisinin klinik etkinliğinin vurgulanması amaçlanmıştır.Bu olgular, NXG'de atipik yerleşimin tanısal gecikmeye yol açabileceğini ve lenalidomidin klinik stabilizasyon sağlayabileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Yöntem: Olgu: Olgu 1:Kırk iki yaşında kadın hasta, yaklaşık iki yıldır üst ve alt ekstremitelerde gelişen, palpasyonla sert, fikse nodül ve plak lezyonlar nedeniyle değerlendirildi. Alt ekstremitedeki lezyonlar hafif skuamlı ve belirgin infiltre karakterdeydi.İlk biyopsilerde septolobüler granülomatöz pannikülit saptanmış; klinik olarak eritema nodosum, sarkoidoz ve diğer granülomatöz hastalıklar ön planda düşünülmüştür. Sarkoidoz ve tüberküloz açısından yapılan ileri incelemeler dışlayıcı bulunmuştur.Klinik seyirde lezyonların persiste etmesi ve konvansiyonel tedavilere yetersiz yanıt alınması üzerine tekrar biyopsi yapılmış; nekrobiyotik alanlar, kolesterol kleftleri ve dev hücreler ile uyumlu bulgular saptanarak NXG tanısı konulmuştur. Hastanın hematolojik değerlendirmesinde MGUS ve eşlik eden sitopeni tespit edilmiştir.Topikal tedavi, intralezyonel kortikosteroid ve kısa süreli sistemik steroid tedavilerine kısmi yanıt alınmış; ancak tam klinik gerileme sağlanamamıştır. Hasta hematoloji ile birlikte izleme alınmıştır.Olgu 2:Altmış yaşında erkek hasta, gövde ve ekstremitelerde uzun süredir devam eden annüler ve plak tarzında lezyonlar nedeniyle takip edilmekteydi. Önceki biyopsilerde nekrobiyozis lipoidika ve granüloma annulare ile uyumlu bulgular bildirilmiştir.Lezyonların progresyon göstermesi ve atipik klinik seyir nedeniyle tekrar biyopsi yapılmış; Touton tipi dev hücreler, kolesterol kleftleri ve belirgin nekrobiyotik değişiklikler içeren granülomatöz inflamasyon izlenmesi üzerine NXG tanısı konulmuştur. Hastada MGUS ve multipl miyelom ön tanısı ile hematolojik takip mevcuttur.Dapson tedavisi ile sınırlı yanıt alınması üzerine hematoloji tarafından lenalidomid tedavisi başlanmıştır. Tedavi sonrası yeni lezyon gelişiminin durduğu, mevcut lezyonlarda belirgin yumuşama ve gerileme olduğu gözlenmiştir.

Bulgular: Her iki olguda da lezyonların alt ekstremite ağırlıklı ve atipik yerleşim göstermesi tanısal süreci uzatmıştır. Başlangıçta farklı granülomatöz dermatozlar ön planda düşünülmüş, kesin tanı ancak tekrarlayan biyopsiler ve klinik-patolojik korelasyon ile konulabilmiştir.Birinci

olguda topikal, intralezyonel ve kısa süreli sistemik kortikosteroid tedavilerine kısmi yanıt alınmış ancak tam gerileme sağlanamamıştır. İkinci olguda dapson tedavisi ile sınırlı yanıt elde edilmiş; lenalidomid tedavisi başlanmasını takiben yeni lezyon gelişiminin durduğu ve mevcut lezyonlarda belirgin klinik gerileme olduğu gözlenmiştir

Resim 2



Kadın hasta ;sol alt ekstremite distalinde lateral yüzeyde ortas çökük inflame görünümde çevresi deriden kabarık ülsere plak

Resim 1



Erkek hasta ; alt ekstremite annüler ve plak lezyonlar

Tartışma ve Sonuç: NXG, özellikle klasik yerleşim dışındaki tutulumlarda tanısal gecikmeye yol açabilen önemli bir klinik taklitçidir. Alt ekstremite yerleşimli, kronik ve tedaviye dirençli granülomatöz lezyonlarda NXG mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir.MGUS ile güçlü ilişkisi nedeniyle bu hastalarda hematolojik değerlendirme kritik öneme sahiptir. Lenalidomid tedavisi, özellikle hematolojik eşlik eden hastalığı olan NXG olgularında klinik stabilizasyon ve regresyon sağlayabilen etkili ve umut verici bir seçenek olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Necrobiotic xanthogranuloma Monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS), Xanthogranulomatous disease and Paraproteinema, Lenalidomide

Yayın No: P-324
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Şiddetli İrritan Eroziv Papülonodüler Diaper Dermatiti: Bir Spektrumun Olgu Serisi

Ömer Faruk Şimşek[1], Kaan Gündüz[2], Derya Çağlar Saraç[1], Ayşe Boyvat[1], Ayşe Öktem[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
[2]Atılım Üniverstesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Granüloma gluteale infantum (GGI), Jacquet erozif diyaper dermatiti (JEDD) ve psödöverrüköz papül ve nodüller (PPPN), geleneksel olarak birbirinden farklı klinik antiteler olarak tanımlanan, diaper dermatitin şiddetli ve tedaviye dirençli formlarıdır. Son yıllarda bu tabloların ortak patogeneze sahip tek bir hastalık spektrumunun farklı morfolojik varyantları olabileceği öne sürülmektedir. Bu olgu serisinde, farklı yaş gruplarında görülen, kronik irritan maruziyeti öyküsü bulunmayabilen ve yalnızca diaper bölgesiyle sınırlı kalmayıp farklı anatomik bölgeleri de tutabilen GGI, JEDD ve PPPN olguları sunulmuştur. Bu olgu serisinde, hastaların klinik özellikleri ve seyri değerlendirilerek GGI, JEDD ve PPPN için literatürde öne sürülen ortak spektrum hipotezi ile uyumunun incelenmesi ve bu antitelerin tek bir şiddetli irritan dermatoz spektrumu altında değerlendirilmesinin terminolojiyi sadeleştirerek klinik tanı ve tedavi yaklaşımına katkı sağlayabileceğinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Serimizde GGI, PPPN ve JEDD tanılı dört olgu; klinik özellikleri, eşlik eden sistemik hastalıkları, predispozan faktörleri, tedavi yaklaşımları ve izlem sonuçları açısından değerlendirildi. Tüm olgularda irritan maruziyetinin azaltılması, deri bariyerinin onarılması ve gerekli durumlarda topikal tedavileri içeren konservatif yaklaşım uygulandı.

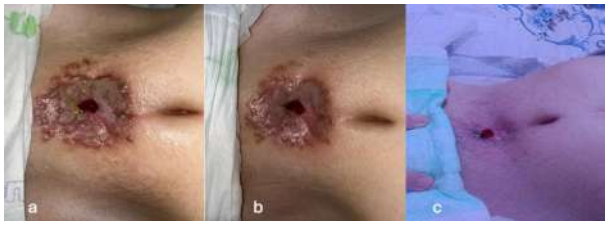
Bulgular: Olgular; IL-10 reseptör eksikliğine bağlı kronik diyaresi olan 6 yaşındaki erkek çocukta GGI, vezikostomi çevresinde kronik idrar irritasyonuna bağlı 13 yaşındaki adölesanda PPPN ve hemofagositik lenfohistiyositoz tanılı iki infantta diyare öyküsü (kronik irritasyon) olmaksızın gelişen JEDD olgularından oluşmaktaydı. Lezyonlar yalnızca klasik infantil diaper dermatiti görünümüyle sınırlı kalmayıp peristomal bölgede ve ileri çocukluk yaşlarında da gözlendi. Tüm olgularda kronik irritan maruziyeti, bariyer fonksiyon bozukluğu ve altta yatan sistemik hastalıktan bir veya birkaçı ortak risk faktörü olarak saptandı; şiddetli klinik tablolarına karşın, altta yatan hastalığa yönelik sistemik tedaviye ek konservatif ve topikal yaklaşımlarla belirgin klinik iyileşme sağlandı.

Jacquet'nin erozif diaper dermatiti



a, Bilateral gluteal bölgelerde keskin sınırlı, kabarık viyolase kenarlı ülseratif lezyonlar. b, %5 gentian violet tedavisi sonrası perianal bölgedeki erozyon ve ülserlerde belirgin reepitelizasyon ve granülasyon dokusu gelişimi. c, Başvuru sırasında gluteal bölgede eritemli kenarlı erozif ve ülseratif plaklar. d, Tedavi sonrasında belirgin reepitelizasyon ve lezyonlarda tama yakın düzelme.

Psödoverrüköz papül ve nodüller



a, Peristomal yerleşim gösteren, düz tepeli, eritemli-viyolase renkli verrüköz papül ve nodüller. b, İkinci haftada verrüköz papüllerde belirgin düzleşme, eritemde azalma ve vezikostomi çevresinde parsiyel reepitelizasyon ile karakterize belirgin klinik iyileşme. c, İkinci ayda peristomal derinin büyük ölçüde normale dönerek minimal rezidüel eritem ile birlikte lezyonların tama yakın gerilemesi.

Tartışma ve Sonuç: Bu olgu serisi, GGI, JEDD ve PPPN'nin birbirinden bağımsız hastalıklar olmaktan çok, ortak patogeneze sahip ancak farklı morfolojik görünümlerle seyreden tek bir şiddetli irritan dermatoz spektrumuna ait tablolar olduğu görüşünü desteklemektedir. Bulgularımız, bu tabloların yalnızca neonatal veya infantil döneme özgü olmadığını; daha büyük çocuklarda ve diaper bölgesi dışında, özellikle kronik irritan maruziyetinin bulunduğu peristomal alanlarda da ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Sonuç olarak söz konusu antitelerin tek bir spektrum çatısı altında değerlendirilmesinin terminolojiyi sadeleştireceği, tanısal yaklaşımı kolaylaştıracağı ve uygun tedavinin erken başlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Diaper Dermatitine Basamaklı Klinik Yaklaşım

Basamak	Yaklaşım
Basamak 1: Başlangıç	Bariyerin Korunması

Tedavisi	ve Enfeksiyon Kontrolü
	• Sık bez değişimi • Ilık su ile nazik temizlik • İrritanlardan kaçınılması (sabunlar, alkol veya parfüm içeren ıslak mendiller vb.) • Yeterli havalandırma (hava ile temasın artırılması) • Bariyer kremleri (çinko oksit, vazelin/petrolatum)
Katkıda bulunan faktörlerin değerlendirilmesi	• Diyarenin tedavisi, idrar ve gaita temasının elimine edilmesi • Varsa Candida veya bakteriyel enfeksiyonların uygun şekilde tedavi edilmesi
Basamak 2: İlk Tedaviye Yanıt Vermeyen Olgular	İkinci Basamak Tedaviler
10–14 gün içinde klinik düzelme sağlanmazsa tedavinin bir üst	• Düşük potent topikal kortikosteroidler • Topikal takrolimus

basamağa geçirilmesi değerlendirilmelidir	• Deri bütünlüğünün bozulduğu olgularda %5 gentian violet veya sukralfat uygulanmasının değerlendirilmesi • Gereksiz antibiyotiklerin kesilmesi
Basamak 3: Dirençli / Seçilmiş Olgular	Tanısal Değerlendirme
İleri inceleme	Deri biyopsisi: Alternatif tanıların dışlanması Sistemik değerlendirme: Altta yatan sistemik hastalıkların araştırılması (örn. immünolojik inceleme, çinko ve biyotin düzeyleri, hemofagositik lenfohistiyositoz açısından incelemeler) Çocuk istismarı veya ihmalinin değerlendirilmesi

Anahtar Kelimeler: diaper dermatit, irritan kontakt dermatit, deri bariyeri

Yayın No: P-332
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

Ebv Seropozitifliği Eşliğinde Egzema Herpeticum Benzeri Yaygın ve Şiddetli Klinik Seyir Gösteren Olgu

Erdal Pala[1], Ezgi Bozyiğit[1]

[1]Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Egzema herpeticum (EH), çoğunlukla herpes simpleks virüsü (HSV) enfeksiyonuna bağlı olarak gelişen ve bariyer fonksiyonu bozulmuş deri zemininde hızla yayılabilen, potansiyel olarak yaşamı tehdit edici bir dermatolojik acildir. Bununla birlikte, son yıllarda HSV dışındaki viral ajanların da EH benzeri klinik tablolar oluşturabileceğine yönelik artan kanıtlar mevcuttur. Özellikle EBV (Epstein-Barr virüsü) ile ilişkili kutanöz erüpsiyonların, klinik ve morfolojik olarak EH ile örtüşebileceği bildirilmiştir.Bu çalışmada, Epstein-Barr virüsü (EBV) seropozitifliği eşliğinde egzema herpeticum (EH) benzeri klinik bulgular sergileyen bir olgunun sunulması ve EBV'nin klinik tablo üzerindeki olası rolünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Literatür taraması yapıldığında benzer vaka örneğine rastlanmamıştır.

Yöntem: 1,5 yaşında erkek hasta, üç gündür mevcut olan ve servikal bölgeden başlayarak aksiller alan ve gövdeye yayılan döküntü şikayeti ile tarafımıza başvurdu.Klinik olarak ön planda EH düşünüldü. HSV, VZV (varisella zoster virüsü) ve EBV serolojileri çalışıldı. Hastaya intravenöz asiklovir tedavisi ve destek tedavileri başlandı; eş zamanlı olarak immün yetmezlik açısından allerji immünoloji görüşü alındı.

Bulgular: Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde servikal, aksiller, paraumblikal alanlarda monomorfik, grube yerleşimli, veziküler lezyonlar izlendi.Mevcut klinik bulgulara ateş yüksekliği eşlik etmekteydi. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz ($14{,}04\times10^9$/L) ve C-reaktif protein yüksekliği (13,9 mg/L) saptandı. İmmünolojik değerlendirmede IgM ve IgG düzeyleri yaşa göre düşük, IgE düzeyi yüksek bulundu. HSV serolojisi negatif iken, EBV VCA IgM ve IgG pozitifliği saptandı. Başlanan intravenöz asiklovir tedavisi sonrası hastada hızlı ve belirgin klinik yanıt izlendi, ateşi geriledi ve kutanöz lezyonlarda progresif iyileşme sağlandı.

sol periumblikal bölgeden lomber bölgeye uzanan alanda grube veziküler döküntü



tedavi sonrası



Tartışma ve Sonuç: EH tanısı klinik değerlendirme ve laboratuar testleri ile konur. Klinik olarak;atopik dermatit zemininde gelişen yaygın monomorfik veziküllere ateş, ağrı, halsizlik şikayetleri eşlik eder. Tanıyı doğrulamak için yapılan laboratuar testleri içinde pcr test en güvenilir parametredir. Olgumuzda,daha önce atopik dermatit şikayetleri olan hastada yaygın monomorfik grube veziküler döküntülerin olması klinik olarak EH ile yüksek düzeyde uyumlu olmakla birlikte hastanemizde pcr bakılamadığı için, viral serolojiler istenmiştir. EBV IGG ve IGM seropozitifliği dikkat çeken atipik bir tabloyu temsil etmektedir. EBV'nin primer etken rolü net olarak ortaya konulamamakla birlikte, mevcut bulgular EBV'nin klinik fenotipi modifiye eden veya hastalık şiddetini artıran bir kofaktör olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, EH benzeri erüpsiyonların heterojen doğasını desteklemekte ve özellikle atipik seyirli olgularda yalnızca HSV'ye odaklanmak yerine daha geniş bir viral etiyoloji spektrumunun değerlendirilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: ebstein-barr virüsü, egzema herpeticum, herpes simpleks virüsü

Yayın No: P-333
Bildiri Grubu: Genel / Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Dirençli Uyuz Vakalarında Psikiyatrik Belirti Sıklığı ve Cinsel Yaşamın Değerlendirilmesi

Merve Güneş[1], Tuba Tuğ Altunöz[1], Arzu Kılıç[1], Pelin Hızlı[1], İlkay Can[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
[2]Balıkesir Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Skabiyez, Sarcoptes scabiei var. hominis akarının neden olduğu bulaşıcı ve şiddetli kaşıntılı bir dermatozdur. Bu dermatozun yönetimi, günümüzde geleneksel tedavi protokollerine karşı artan direnç bildirimleri nedeniyle klinik olarak giderek zorlaşmaktadır. Söz konusu direnç algısı çoğunlukla parazitin biyolojik direncinden ziyade, yetersiz çevre temizliği ve aile içi eş zamanlı tedavi uyumsuzluğuna bağlı reenfeksiyon döngülerinden kaynaklanmaktadır. Sürecin bu şekilde kronikleşmesi ise hastalar üzerinde derin bir psikopatolojik semptom yük ve içselleştirilmiş damgalanma süreci başlatarak emosyonel ve psikoseksüel sağlığı olumsuz etkilemektedir. Bu ön çalışmada; kliniğimizde konvansiyonel tedavilere yanıtsızlık kriterlerini karşılayan olguların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) ve Semptom Kontrol Listesi-90-Revize (SCL-90-R) ölçekleriyle sırasıyla cinsel işlev bozukluğu ve psikopatolojik semptom yük le ilişkisini netleştirmek, bu parametrelerin sosyodemografik değişkenlerle ilişkilerini araştırmak ve elde edilecek ilk veriler ışığında ileride planlayacağımız daha geniş örneklemli çalışmamıza temel oluşturması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu prospektif ve kesitsel ön çalışmaya, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji polikliniğinde konvansiyonel tedaviye yanıtsız dirençli uyuz tanısı konulan 29 hasta dahil edildi.Tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam alındıktan ve çalışmanın amacı onlara açıklandıktan sonra sırasıyla bir dermatolog ve bir psikiyatrist tarafından değerlendirildi. Psikopatolojik semptomlar, dokuz semptom boyutunda (somatizasyon, obsesif kompulsif özellikler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, düşmanlık, fobik kaygı, paranoyak fikir ve psikotizm) psikolojik sıkıntıyı ölçmek için tasarlanmış yaygın olarak kullanılan SCL-90-R ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Hastaların sosyodemografik verileri (yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek), psikopatolojik semptomları ve ACYÖ ile değerlendirilen cinsel işlev durumları kaydedilerek değişkenler arasındaki ilişkiler SPSS 25 programı ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 29 hastanın 14'ü (%48,3) kadın, 15'i (%51,7) erkek olup yaş ortalaması 35,17 ± 14,57 (18–66) yıldır. Cinsel yaşam ve demografik değişkenlerin değerlendirilmesinde dirençli skabiyez tanılı olguların %79,3'ünde (n=23) cinsel işlev bozukluğu tespit edilmiş olup, aktif cinsel hayatı olmayan olgularda cinsel aktif gruba kıyasla depresyon (p = 0,004) ve psikotik belirti skorları (p = 0,018) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hastalık takip süresi uzadıkça fobik belirtilerin arttığı (p=0,048), yaş ilerledikçe ise depresyon (p=0,041) ve öfke (p=0,040) skorlarının azaldığı saptandı.Ayrıca evli hastalarda bekar hastalara göre obsesyon (p=0,018), depresyon (p=0,015), kişilerarası duyarlılık (p=0,006),

öfke (p=0,001), psikotik belirti (p=0,008), paranoid belirti skorlarıyla (p=0,032) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, cinsiyet ile psikiyatrik ölçek skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Skabiyez, şiddetli pruritus ve sekonder lezyonlarıyla fizyolojik rahatsızlığın yanı sıra uykusuzluk, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinde düşüşe yol açarak önemli bir psikososyal komorbidite oluşturan yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Nitekim hastalığın yol açtığı bu psikososyal yük ve deri hastalıklarının genel işlevsellik üzerindeki belirgin etkisi göz önüne alındığında, literatür dermatolojik olguların klinik değerlendirmelerine ruh sağlığı parametrelerinin de entegre edilmesini desteklemektedir. Deri bütünlüğünün cinsel işlev üzerindeki kritik rolü dikkate alındığında kutanöz lezyonların cinsel sağlığı olumsuz etkilemesi beklense de, skabiyez ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki doğrudan ilişki günümüze kadar incelenmemiştir. Sonuç olarak; dirençli skabiyez yalnızca dermatolojik bir enfestasyon değil, yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu ve psikiyatrik komorbiditenin eşlik ettiği kompleks bir tablodur. Bu doğrultuda, klinik değerlendirmelerde hastaların yalnızca fiziksel lezyonlarının değil; medeni durum, aktif cinsel yaşam ve hastalık süresi gibi psikososyal bileşenlerinin de bütüncül bir yaklaşımla ele alınması ve dirençli olgularda rutin psikiyatrik destek süreçlerinin planlanması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: SCL-90-R, ACYÖ, Dirençli skabiyez

Yayın No: P-335
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Plak Psoriasis Tedavisinde Guselkumab ve Risankizumabın Gerçek Yaşam Etkinliği, İlaçta Kalımı ve Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırılması

Zeynep Topkarcı[1], Serdar Ergenç[1], Aslı Ergül[1], Bilgen Erdoğan[1]

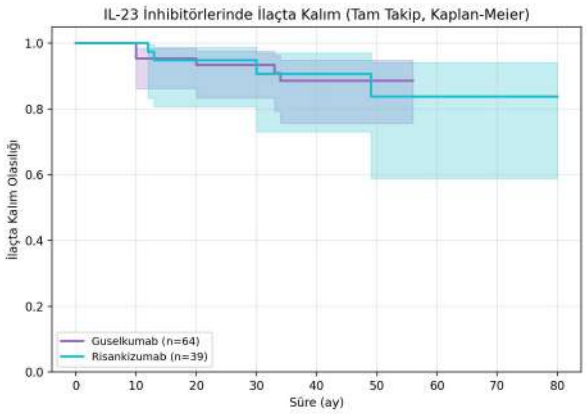
[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: İnterlökin-23 inhibitörleri, orta-şiddetli plak psoriasis tedavisinde yüksek ve kalıcı deri temizliği sağlayan önemli tedavi seçenekleridir. Bununla birlikte guselkumab ve risankizumabın uzun dönem gerçek yaşam etkinliği, ilaçta kalımı ve sistemik inflamatuvar belirteçler üzerindeki etkilerini doğrudan karşılaştıran veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, guselkumab ve risankizumabın gerçek yaşam koşullarında 52 haftaya kadar olan etkinliğinin, ilaçta kalımının ve sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif kohortta IL-23 inhibitörü başlanan 101 hastaya ait 103 tedavi epizodu değerlendirildi (guselkumab n=64, risankizumab n=39). Demografik ve klinik özellikler, başlangıç ile 4., 12., 24. ve 52. haftalardaki PASI ve SII değerleri, tedavi süresi ve tedavi kesilme nedenleri kaydedildi. Klinik yanıt PASI75/90/100 oranları olarak 4, 12, 24 ve 52. haftalarda hesaplandı; erken kesilen hastalar o zaman noktasından itibaren tedaviye yanıtsız kabul edildi. İlaçta kalım Kaplan-Meier yöntemiyle ve log-rank testiyle, yaş ve naif duruma göre düzeltilmiş etki büyüklüğü Cox regresyon modeliyle değerlendirildi. SII değişimi baseline'a göre Wilcoxon signed-rank testi ile, gruplar arası farklar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, hastalık süresi, biyolojik-naiflik, başlangıç PASI'si ve başlangıç SII değeri açısından benzerdi (tümü $p > 0,05$). Guselkumab ve risankizumab arasında ilaçta kalım açısından anlamlı fark saptanmadı (log-rank p=0,93; düzeltilmiş Cox modelinde HR 1,02, p=0,98; Şekil 1). 52. haftada PASI90/PASI100 yanıt oranları guselkumabda %88,9/%55,6, risankizumabda %94,6/%67,6 olup risankizumab lehine sayısal bir üstünlük izlenmekle birlikte fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p=0,29-0,48). SII değerlendirmesinde risankizumab grubunda baseline'a göre anlamlı düşüş 4. haftada başlarken (p=0,049), guselkumab grubunda anlamlı düşüş ancak 12. haftada ortaya çıktı (p=0,0006); her iki ilaç da 52. haftada benzer SII düzeylerine ulaştı ve gruplar arası farklar hiçbir zaman noktasında anlamlı değildi (tüm $p > 0,2$). Eklem tutulumu risankizumab grubunda daha sıktı (%30,6'ya karşı %12,7; p=0,037). Toplam 10 tedavi kesilmesinin altısı sekonder yanıtsızlık, üçü artrit/artralji ve biri enfeksiyon sıklığında artış nedeniyle gerçekleşti.

IL-23 inhibitörlerinde ilaçta kalım (Kaplan-Meier)



Guselkumab ve risankizumab gruplarında tam takip süresince Kaplan-Meier yöntemiyle hesaplanan ilaçta kalım eğrileri ve %95 güven aralıkları (gölgeli alan) gösterilmektedir."

Tartışma ve Sonuç: Gerçek yaşam kohortumuzda guselkumab ve risankizumab, ilaçta kalım ve nihai klinik etkinlik açısından benzer performans göstermiştir. Ancak risankizumab, sistemik inflamasyonu (SII) daha erken baskılıyor gibi görünmektedir; bu erken etki farkının klinik yanıttaki sayısal (anlamlılığa ulaşmayan) üstünlükle örtüştüğü dikkat çekicidir. Olay ve hasta sayısının sınırlı olması nedeniyle sonuçlar temkinli yorumlanmalı, daha geniş örneklemli çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, IL-23 inhibitörleri, ilaçta kalım

Yayın No: P-337
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Alopesi Areata Hastalarında Aterojenite Riski: Olgu-Kontrol Çalışması

Huriye Aybüke Koç[1], Işıl Deniz Oğuz[1], Sevgi Kulaklı[4], Burak Akşan[1], Nihal Sarı[1], Doğan Sezgin[2], Cansu Altınöz Güney[3]

[1]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Giresun
[2]Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Giresun
[3]Dinar Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Afyonkarahisar
[4]İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

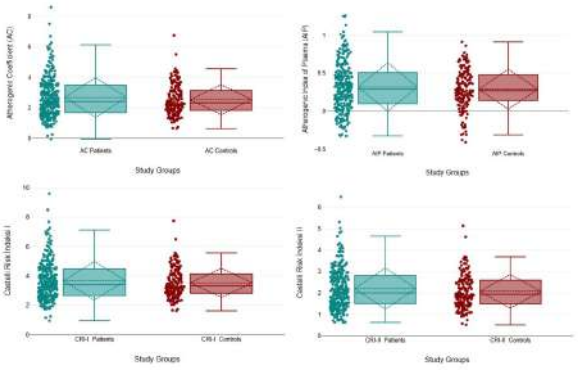
Giriş ve Amaç: Alopesi areata (AA) T hücre aracılı otoimmun bir hastalık olup skatrisyel olmayan saç dökülmesi ile seyreder. Otoimmün inflamatuar hastalıklara sahip bireylerde inflamatuar dengesizliklerin artmış kardiyovasküler hastalık (KVH) riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışma, AA hastalarında serum lipid parametrelerini değerlendirerek, aterojenik indeksler aracılığıyla kardiyovasküler hastalık riskini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif olgu-kontrol çalışmasına 18 yaş üzeri 267 olgu ve 157 kontrol olmak üzere toplam 424 katılımcı dahil edildi. Katılımcıların demografik bilgileri, serum lipid parametreleri (trigliserit, HDL, LDL, total kolesterol) ve aterojenik indeksler (Atherogenic Index of Plasma (AIP), Castelli Risk Index I ve II (CRI-I ve II), ve Atherogenic Coefficient (AC)) için laboratuvar test sonuçları kaydedildi. Kronik inflamatuar hastalığı olan, lipid düşürücü veya anti-inflamatuar tedavi kullananlar ile gebelik ve laktasyon dönemindekiler dışlandı.

Bulgular: Ortalama yaş ve cinsiyet dağılımı AA ve kontrol grupları arasında karşılaştırılabilir düzeydeydi (sırasıyla p=0,621 ve p=0,370). AA hastalarının vücut kitle indeksi (VKİ) kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti (28,04±5,31 vs. 25,08±3,96 kg/m², p < 0,001). Toplam kolesterol, LDL kolesterol ve HDL dışı kolesterol seviyeleri AA grubunda daha yüksek olma eğilimindeydi, ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi (tüm p > 0,05). Benzer şekilde, trigliserit, HDL kolesterol, AC, AIP, CRI-I ve CRI-II değerleri iki grup arasında karşılaştırılabilir düzeydeydi (Tablo 1). Genel olarak, aterojenik indekslerin dağılımları iki grup arasında büyük ölçüde karşılaştırılabilir olup, çeyrekler arası aralıklarında ve medyan değerlerinde önemli bir örtüşme mevcuttur. (Şekil 1). AA ile AC, AIP veya CRI-I'nin yüksek risk kategorileri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (sırasıyla p=0.964, p=0.262 ve p=0.544). CRI-II'ye göre yüksek riskli olarak sınıflandırılan bireylerin oranı AA grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen (%19,9'a karşı %12,7), ilişki istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır (OR=1,70, %95 CI: 0,97–2,96; p=0,061). (Tablo 2) Çok değişkenli lojistik regresyon modeli yaş, BMI, toplam kolesterol ve HDL dışı kolesterolün AA varlığıyla bağımsız olarak ilişkili olduğunu gösterdi. Artan yaş, AA olasılığının azalmasıyla bağımsız olarak ilişkiliydi (OR=0,96, %95 CI: 0,94–0,97; p < 0,001). Buna karşılık, daha yüksek BMI, AA olasılığının artmasıyla bağımsız olarak ilişkiliydi; her 1 kg/m²'lik artış, AA

olasılığında %22'lik bir artışa karşılık geliyordu (OR=1,22, %95 CI: 1,15–1,30; p < 0,001). Benzer şekilde, toplam kolesteroldeki her 1 mg/dL'lik artış, AA olasılığında %2'lik bir artışla ilişkilendirildi (OR=1,02, %95 CI: 1,01–1,04; p=0,007). Buna karşılık, HDL dışı kolesteroldeki her 1 mg/dL'lik artış, AA olasılığında %3'lük bir azalma ile ilişkilendirildi (OR=0,97, %95 CI: 0,96–0,99; p=0,008). Cinsiyet, LDL kolesterol ve yüksek riskli CRI-II kategorisi, çok değişkenli modelde AA varlığı ile bağımsız olarak ilişkili değildi (sırasıyla p=0,388, p=0,526 ve p=0,138). Yüksek riskli CRI-II kategorisindeki bireylerin AA'ya yakalanma olasılığı düşük riskli kategoridekilere göre 1,8 kat daha yüksek olmasına rağmen, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmadı (OR=1,80, %95 CI: 0,83–3,89; p=0,138). (Tablo 3)

Alopesi Areata (AA) ve kontrol grubunda aterojenik indekslerin (AC, AIP, CRI I–II) dağılımı



Tablo 1. Çalışma gruplarının demografik özellikleri, klinik bulguları ve laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması

Değişken	AA (n=267) Ortalama ± SD / n (%)	Kontrol (n=157) Ortalama ± SD / n (%)	p-değeri
Demografik ve klinik özellikler			
Yaş (yıl)	35,33 ± 11,58	37,76 ± 15,99	,621
Cinsiyet (K/E)	174 (%65,2) / 93 (%34,8)	109 (%69,4) / 48 (%30,6)	,37
BMI (kg/m^2)	28,04 ± 5,31	25,08 ± 3,96	<.001*
Kan lipit düzeyleri ve aterojenik indeksler			
Trigliserid	126,73 ± 80,93	110,36 ± 48,8	,412

(mg/dl)			
Total kolesterol (mg/dl)	184,19 ± 39,59	178,39 ± 33,83	,084
HDL (mg/dl)	54,19 ± 16,51	53,27 ± 14,18	,864
LDL (mg/dl)	109,1 ± 32,65	103,46 ± 29,34	,081
Non-HDL Kolesterol (mg/dl)	130 ± 40,55	125,11 ± 33,55	,149
AC	2,68 ± 1,31	2,53 ± 0,99	,604
AIP	0,32 ± 0,32	0,29 ± 0,26	,744
Castelli Risk İndeksi I	3,68 ± 1,31	3,53 ± 0,99	,604
Castelli Risk İndeksi II	2,2 ± 0,96	2,07 ± 0,78	,315

Not: Sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için Ki-kare testi kullanılmıştır. *p<0.05 anlamlı kabul edilmiştir

Tablo 2. Aterojenik indekslerin AA varlığı ile ilişkisi (Univariate analiz)

Parametre	**Kategori**	**AA** **n (%)**	**Kontrol** **n (%)**	**p-değeri**	**OR**	**%95 CI**
AC	Yüksek risk	178 (66.7%)	105 (66.9%)	0.964	0.99	0.65–1.51
	Düşük risk (<2)	89 (33.3%)	52 (33.1%)			
AIP	Yüksek risk	198 (74.2%)	124 (79.0%)	0.262	0.76	0.48–1.22
	Düşük risk (<0.1)	69 (25.8%)	33 (21.0%)			

CRI-I	Yüksek risk	91 (34.1%)	49 (31.2%)	0.544	1.14	0.75–1.74
	Düşük risk (<4)	176 (65.9%)	108 (68.8%)			
CRI-II	Yüksek risk	53 (19.9%)	20 (12.7%)	0.061	1.70	0.97–2.96
	Düşük risk (<3)	214 (80.1%)	137 (87.3%)			

Not: Ki-kare testi kullanılmıştır. OR (Odds Ratio), yüksek risk kategorisinin düşük risk kategorisine (referans) göre alopesi areata görülme odds oranını göstermektedir. %95 CI: %95 güven aralığı.

Tartışma ve Sonuç: Bulgularımız AA'nın tek başına belirgin bir aterojenik risk artışı ile ilişkili olmadığını ancak obezite ile ilişkili olabileceğini ve metabolik risk faktörlerinin bu hasta grubunda dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu ilişkinin daha iyi aydınlatılabilmesi için prospektif, çok merkezli ve uzun dönem takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alopesi areata, Aterojenik indeks, obezite

Yayın No: P-338
Bildiri Grubu: Genel / Veneroloji

Sifilizin Değişen Epidemiyolojisi: 2010–2026 Yıllarına Ait Retrospektif Bir Analiz

Rabia Öztaş Kara[1], Zeynep Sancak[1], Erva Öksüz Gökçe[1], Berna Solak[1]

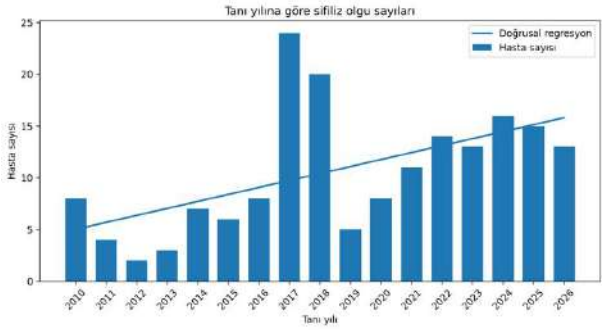
[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Sifiliz, Treponema pallidum subsp. pallidum tarafından oluşturulan, başta cinsel temas olmak üzere farklı yollarla bulaşabilen ve primer, sekonder, latent ve tersiyer evrelerle seyreden sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. Erken tanı ve uygun tedavi ile tamamen tedavi edilebilir olmasına rağmen, tanı ve tedavide gecikme ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Son yıllarda dünya genelinde ve ülkemizde bildirilen sifiliz olgularındaki artış, hastalığın yeniden önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiğini göstermektedir. Bu çalışmada, üçüncü basamak bir merkezde 2010 yılından itibaren sifiliz tanısı alan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, yıllar içerisindeki olgu sayılarındaki değişimin incelenmesi ve hastalığın değişen epidemiyolojik özelliklerinin ortaya konulması amaçlandı.

Yöntem: 2010–2026 yılları arasında üçüncü basamak merkezimizde sifiliz tanısı alan hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, tanı yılı, başvuru kliniği, klinik hastalık evresi, klinik bulguları, VDRL ve TPHA sonuçları, HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla birliktelikleri, gebelik durumu, uygulanan tedaviler, partner tedavisi ve reenfeksiyon bilgileri incelendi. Yıllara göre tanı alan olgu sayılarındaki değişim değerlendirildi. Klinik evre bilgileri mevcut kayıtlar üzerinden incelenmekte olup, eksik verilerin dosya incelemesi ile tamamlanmasına yönelik çalışmalar sürdürülmektedir.

Bulgular: Çalışmada 2010–2026 yılları arasında sifiliz tanısı alan hastaların kayıtları değerlendirildi. Tanı alan sifiliz olgularının yıllar içerisinde genel olarak artış gösterdiği ve bu artış eğiliminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Hastaların çoğunluğunu erkekler oluştururken, erkek hasta baskınlığının özellikle son yıllarda daha belirgin hale geldiği gözlendi. HIV durumu bilinen hastaların bir bölümünde eşlik eden HIV enfeksiyonu bulunduğu ve HIV pozitif hastaların HIV negatif hastalara kıyasla daha genç yaşta olduğu görüldü. Klinik özellikler ve hastalık evreleri değerlendirildiğinde, olguların farklı klinik evrelerde başvurduğu ve yıllar içerisinde klinik başvuru paternlerinde değişim olduğu gözlendi.

Tanı Yılına Göre Sifiliz Olgu Sayıları



Tartışma ve Sonuç: Üçüncü basamak merkezimizde tanı alan sifiliz olgularında yıllar içerisinde belirgin bir artış eğilimi gözlenmiştir. Bulgular, sifilizin günümüzde de önemini koruyan ve epidemiyolojik özellikleri zaman içerisinde değişebilen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Sifiliz kontrolünde yalnızca erken tanı ve etkili tedavi değil, cinsel partnerlerin değerlendirilmesi ve tedavisi, reenfeksiyonların önlenmesi ve toplumun cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda bilinçlendirilmesi de önem taşımaktadır. Üçüncü basamak merkezlerden elde edilen uzun dönemli verilerin, sifilizin değişen epidemiyolojisinin izlenmesine ve ulusal sürveyans çalışmalarının geliştirilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: sifiliz, epidemiyoloji

Yayın No: P-339
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Orta ve Şiddetli Plak Psoriazisinde Biyolojik Tedavinin Gerçek Yaşam Verilerine Dayalı Etkinlik ve Güvenlilik Sonuçları: Tek Merkezli Retrospektif Kohort Çalışması

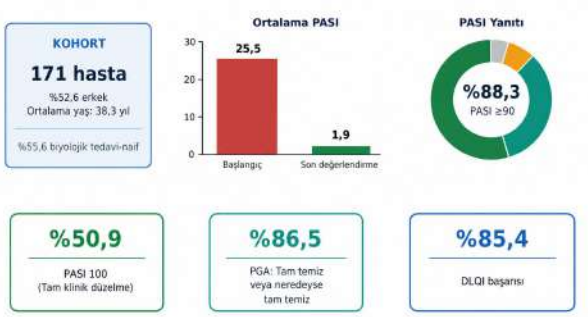
İlknur Yorğun Özdemir[1], Hatice Uce Özkol[1], Murat Öztürk[3], Hatice Karatekin[2], Edanur Çiçekci[1], Sena Gedikli[1]

[1]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı
[2]Erciş Şehit Rıdvan Çevik Devlet Hastanesi
[3]Özel Muayenehane, Van

Giriş ve Amaç: Biyolojik ajanlar, orta ve şiddetli plak psoriazisinin tedavisinde önemli ilerlemeler sağlamıştır. Bununla birlikte, rutin klinik uygulamada gözlenen tedavi sonuçları, ruhsatlandırma (Faz III) klinik çalışmalarında elde edilen bulgulardan farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, tek merkezli bir hasta kohortunda biyolojik tedavinin gerçek yaşam verilerindeki etkinliğini, yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ve güvenlilik profilini değerlendirmek; ayrıca tedavi yanıtını etkileyebilecek klinik faktörleri araştırmaktır.

Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışmasına biyolojik tedavi alan orta ve şiddetli plak psoriazisli 171 erişkin hasta dahil edilmiştir. Demografik, klinik ve tedaviye ilişkin veriler hasta dosyalarından geriye dönük olarak elde edilmiştir. Tedavi etkinliği; Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Physician Global Assessment (PGA) ve Dermatology Life Quality Index (DLQI) kullanılarak değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi veya Fisher kesin testi uygulanmış; iki yönlü $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 38,3 yıl olup, %52,6'sını erkekler oluşturmaktaydı. Başlangıçta ortalama PASI skoru 25,5 iken, değerlendirme sırasında bu değer 1,9'a gerileyerek ortalama %92,5 oranında azalma göstermiştir. Hastaların 151'inde (%88,3) PASI 90 veya üzerinde tedavi yanıtı elde edilirken, 87 hastada (%50,9) tam klinik düzelme (PASI 100) sağlanmıştır. PGA değerlendirmesine göre hastaların 148'inde (%86,5) "tam temiz" veya "neredeyse tam temiz" yanıtı saptanırken, 146 hastada (%85,4) DLQI başarısı elde edilmiştir. Tedaviye bağlı advers olaylar 14 hastada (%8,2) gözlenmiş olup, bunların tamamına yakını hafif şiddette seyretmiştir. Hastalık süresi daha kısa olan bireylerde ve değerlendirme sırasında sekukinumab tedavisi alan hastalarda suboptimal PGA yanıtı daha sık görülürken, hastalık süresi daha uzun olan bireylerin biyolojik tedavi deneyimine sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Tablo 1. PASI'de %90 veya daha fazla iyileşme sağlayan hastalar ile %90'ın altında iyileşme sağlayan hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	**Kategori**	**PASI ≥90 (n=151)**	**PASI <90 (n=20)**	**p değeri**
Hastalık süresi	≤10 yıl	62 (%41,1)	12 (%60,0)	0,108
	>10 yıl	89 (%58,9)	8 (%40,0)	
Tedavisi güç bölge tutulumu	Yok	38 (%25,2)	3 (%15,0)	0,317
	Var	113 (%74,8)	17 (%85,0)	
Biyolojik tedavi öyküsü	Biyolojik tedavi-naif	83 (%55,0)	12 (%60,0)	0,670
	Daha önce biyolojik tedavi almış	68 (%45,0)	8 (%40,0)	
Mevcut biyolojik ajan	Guselkumab	38 (%25,2)	4 (%20,0)	0,614
	Risankizumab	46 (%30,5)	6 (%30,0)	0,966
	Sekukinumab	40 (%26,5)	9 (%45,0)	0,085
	İksekizumab	18 (%11,9)	0 (%0,0)	0,103
	Ustekinumab	4 (%2,6)	0 (%0,0)	1,000
	Adalimumab	4 (%2,6)	1 (%5,0)	0,467
	Sertolizumab pegol	1 (%0,7)	0 (%0,0)	1,000

Tablo 2. PGA değerlendirmesine göre "tam temiz" veya "neredeyse tam temiz" yanıtı elde edilen hastalar ile hafif-şiddetli hastalık grubundaki hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Tam temiz veya neredeyse tam temiz (n=148)	Hafif-şiddetli hastalık (n=23)	p değeri
Hastalık süresi	≤10 yıl	59 (%39,9)	15 (%65,2)	0,022
	>10 yıl	89 (%60,1)	8 (%34,8)	
Tedavisi güç bölge tutulumu	Yok	37 (%25,0)	4 (%17,4)	0,427
	Var	111 (%75,0)	19 (%82,6)	
Biyolojik tedavi öyküsü	Biyolojik tedavi-naif	81 (%54,7)	14 (%60,9)	0,581
	Daha önce biyolojik tedavi almış	67 (%45,3)	9 (%39,1)	
Mevcut biyolojik ajan	Guselkumab	38 (%25,7)	4 (%17,4)	0,391
	Risankizumab	45 (%30,4)	7 (%30,4)	0,998
	Sekukinumab	38 (%25,7)	11 (%47,8)	0,029
	İksekizumab	18 (%12,2)	0 (%0,0)	0,077
	Ustekinumab	4 (%2,7)	0 (%0,0)	1,000
	Adalimumab	4 (%2,7)	1 (%4,3)	0,519
	Sertolizumab pegol	1 (%0,7)	0 (%0,0)	1,000

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmanın bulguları, biyolojik tedavinin rutin klinik uygulamalarda yüksek oranda deri lezyonu temizliği sağladığını, hastaların yaşam kalitesini anlamlı ölçüde iyileştirdiğini ve kabul edilebilir bir güvenlilik profiline sahip olduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, biyolojik ajanların etkinlik ve güvenliliğine ilişkin kontrollü klinik çalışmalar ile diğer gerçek yaşam kohort çalışmalarından bildirilen bulgularla uyumlu olup, orta ve şiddetli plak psoriazisinin tedavisinde biyolojik ajanların gerçek yaşam koşullarındaki etkinliğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Psoriazis, biyolojik tedavi, gerçek yaşam verileri

Yayın No: P-343
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Saç Dökülmesinde Mikronutrient Testleri ve Takviyelerin Kullanımı: Dermatologların Klinik Pratikteki Yaklaşımları

Gaye Güldiken Doğruel[2], Güldehan Atış[1], Esra Nur İpek[1]

[1]Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührei Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Ataşehir Memorial Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü

Giriş ve Amaç: Saç dökülmesi dermatoloji pratiğinde sık rastlanılan bir semptom olup saç dökülmesi şikayetiyle başvuran hastalarda telogen effluvium ve /veya androgenetik alopesi sıklıkla saptanmaktadır. Bu hastalıklar multifaktöriyel olmalarına rağmen çeşitli mikronütrientlerin eksikliklerleriyle bağlantıları genel olarak kabul görmektedir. Klinik pratikte bu hastalarda demir, vitamin B12, vitamin D, folat, çinko, biyotin, selenyum vb. mikronütrientlerin kan seviyelerinin eksikliklerinin tetkik edilmesi ve tedavi amaçlı takviye edilmesi konusunda standardize rehberler bulunmamaktadır ve bu konudaki çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, dermatologların saç dökülmesi hastalarında mikronütrient düzeylerini değerlendirme alışkanlıkları ve takviye etme konusundaki tutumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmamız, prospektif, kesitsel, tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. 18 bölümden oluşacak şekilde Google Sheets programında oluşturulan anket online platformlar aracılığıyla Türkiye'deki dermatoloji uzmanlarıyla paylaşılmıştır. Katılımcılar ilk sorudaki "çalışmaya katılmayı kabul ediyorum" seçeneğini seçtikten sonra anketi doldurmaya başlayabilmektedir. Sonraki sorularda uzmanların polikliniklerine saç dökülmesi şikayetiyle gelen ve tanıda skar yapmayan saç dökülmesi (telojen effluvium, kadın ve erkek tipi patern alopesi [androgenetik alopesi]) düşündükleri hastalardaki tetkik isteme ve mikronütrient takviye etme yaklaşımlarına yönelik sorular sorulmuştur. Elde edilen veriler desktriptif olarak analiz edilmiştir. Etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 105 dermatoloji uzmanı katıldı. %58.1'inin (n= 61) dermatoloji uzmanı olarak 0-9 yıl, %41.9'unun (n= 44) 10 yıl ve daha fazla deneyimi vardı. Katılımcıların %30.5'si (n= 32) devlet hastanesi, %27.6'ü (n= 29) özel hastanede, %24.8'i (n= 26) üniversite hastanesinde, %17.1'i (n= 18) özel muayenehanede çalışmaktaydı. Günlük ortalama baktıkları hasta sayısı %35.2'inin (n= 37) 0-20 arası, %34.3'ünün (n= 36) 50'den fazla, %30.5'sinin (n= 32) 20-50 arasıydı. Uzmanların %79.1'i (n=83) kanda ferritin, %76.2'si (n=80) vitamin B12, %65.7'si (n=69) folat, %56.2'si (n=59) D vitamini, %28.6'sı (n= 30) çinko, %3.8'i (n= 4) biyotin ve %1.9'u (n= 2) selenyum değerlerini yakın zamanda tetkik edilmemiş tüm saç dökülmesi hastalarında istemekteydi. Katılımcıların %73.3'ü (n= 77) selenyum, %61.9 (n=65) biyotin, %33.3'ü (n= 35) çinko,%7.6'sı (n= 8) D vitamini ve %6.7'si (n=7) folik asit değerlerini hiçbir saç dökülmesi hastasında tetkik etmemekteydi. Saç dökülmesi tedavisinde kullanılan ek etken maddelerden katılımcıların en sık tercih ettikleri %84 (n=79) cüce palmiye ekstraktı (saw palmetto) , %58.5 (n=55) L-sistein, %51.1 (n=41) kabak çekirdeği

yağıydı (pumpkin seed oil). Katılımcıların %49.5'i (n= 52) başvuran tüm telojen dökülmelere, %20.0'ı (n= 21) ise başvuran tüm patern alopesilere içeriğinde demir, B vitaminleri, D vitamini, yüksek doz biyotin, cüce palmiye ekstraktı vb. bulunduran kompleks saç takviyelerinden başlamaktayken, %20.0'ı (n= 21) bu takviyeleri hiçbir hastaya vermemekteydi.

Tartışma ve Sonuç: Telojen effluvium ve patern alopesilerde ayrıntılı anamnez, klinik muayene, dermoskopik inceleme ve gerektiğinde hedeflenmiş laboratuvar değerlendirmeleri temel yaklaşımı oluşturmaktadır. Çalışmamız, dermatoloji uzmanlarının bu skar bırakmayan saç dökülmesi olan hastalarda mikronütrient değerlendirme ve takviye önerme alışkanlıklarını araştıran sınırlı sayıdaki çalışmalardan biridir. Literatürde yalnızca demir eksikliği bulunan hastalarda demir takviyelerinin faydalı olacağına ilişkin daha güçlü kanıtlar vardır. Diğer takviyelerle ilgili literatürde tartışmalı sonuçlar mevcuttur. Çalışmamız klinik pratikteki yaklaşım ve uygulama farklılıklarını göstermesi açısından değerlidir. Daha tutarlı klinik yaklaşımların geliştirilmesi, gereksiz tetkik ve tedavinin önüne geçilmesi ve hasta yönetiminin hastanın faydası göz önünde bulundurularak standardize edilmesi açısından ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alopesi, Oral Takviyeler, Mikro Besinler

Yayın No: P-344
Bildiri Grubu: Genel / Tırnak hastalıkları

Onikomikozda HLA Alelleri ile Genetik Duyarlılık ve Hastalık Etkeni Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Fungal Etken Spektrumuna İlişkin Ön Bulgular

Tuğba Anğın Leblebici[1], Mine Müjde Kuş[1], Filiz Orak[2], Ayşe Nedret Koç[3], Mustafa Altay Atalay[3]

[1]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
[3]Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

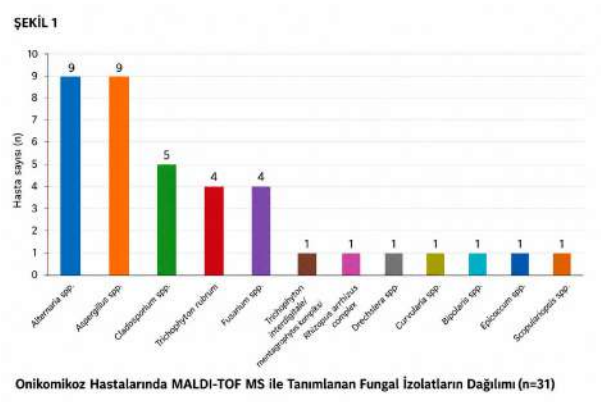
Giriş ve Amaç: Onikomikoz; dermatofitler, mayalar ve nondermatofit küflerin neden olabildiği, erişkin popülasyonda sık görülen bir tırnak enfeksiyonudur. Son yıllarda tür düzeyinde tanımlamanın önemi giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Bu bildiride 'Onikomikozda HLA Alelleri ile Genetik Duyarlılık ve Hastalık Etkeni Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi' başlıklı prospektif çalışmanın fungal etken dağılımına ilişkin ön bulgularının sunulması amaçlandı. Bu kapsamda tedavi almamış onikomikoz hastalarında KOH ile direkt mikroskobik inceleme yapıldı. KOH pozitif olguların kültür sonuçları değerlendirildi ve kültürde üreyen fungal izolatlar MALDI-TOF MS yöntemi ile tür düzeyinde tanımlandı.

Yöntem: Bu prospektif çalışmaya Eylül 2025-Mayıs 2026 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğine başvuran ve daha önce antifungal tedavi almamış 120 onikomikoz hastası dahil edildi. Tüm hastalardan tırnak örnekleri alınarak KOH preparatı ile direkt mikroskobik inceleme yapıldı. Çalışmaya dahil edilen 120 hastanın 73'ünde (%60,8) KOH incelemesi pozitif bulundu. Direkt mikroskobik incelemede mantar elemanları saptanan olgularda fungal kültür gerçekleştirildi. KOH pozitif 73 hastanın 31'inde (%42,5) fungal kültürde üreme saptandı. Kültürde üreyen izolatlar MALDI-TOF MS yöntemi ile tür düzeyinde tanımlandı. Çalışma devam etmekte olup, kültürde üreme olan 39 onikomikoz hastası ve 39 sağlıklı kontrol grubundan oluşan örneklem büyüklüğüne ulaşıldıktan sonra HLA-DQ, HLA-DR ve HLA-C alel analizleri gerçekleştirilerek genetik duyarlılık ile fungal etkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 120 hastanın 73'ünde (%60,8) KOH incelemesi pozitif bulundu. Kültür işlemi yalnızca KOH pozitif hastalara uygulandı. KOH pozitif 73 hastanın 31'inde (%42,5) fungal kültürde üreme saptanırken, 42 hastada (%57,5) kültürde üreme elde edilemedi. Kültür pozitifliği saptanan 31 hastanın 12'si (%38,7) kadın, 19'u (%61,3) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 48,7±13,4 (23-70 yıl) idi. Kültür negatif grupta iseş 12 (%28,6) kadın ve 30 (%71,4) erkek hasta bulunmakta olup yaş ortalaması 49,3±15,8 (23-87 yıl) olarak hesaplandı. Kültür pozitif ve kültür negatif gruplar arasında yaş ortalaması (p=0,863) ve cinsiyet dağılımı(p=0,533) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Kültür pozitif

örneklerde dermatofit ve nondermatofit küf türleri tanımlandı. Dermatofitler arasında en sık Trichophyton rubrum izole edilirken, Trichophyton interdigitale/mentagrophytes kompleksi de saptandı. En sık izole edilen türler Alternaria spp. (n=9), Aspergillus spp. (n=9), Cladosporium spp. (n=5), Trichophyton rubrum (n=4) ve Fusarium spp. (n=4) olarak bulundu. Daha nadir olarak Trichophyton interdigitale/mentagrophytes kompleksi(n=1), Rhizopus arrhizus complex(n=1), Drechslera spp.(n=1), Curvularia spp.(n=1), Bipolaris spp.(n=1), Epicoccum spp.(n=1) ve Scopulariopsis spp.(n=1) tanımlandı. Bazı örneklerde birden fazla fungal tür birlikte izole edildi.

MALDI-TOF MS ile Tanımlanan Fungal İzolatlar



KOH Pozitif Hastalarda Kültür Sonuçlarına Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Özellik	**Kültür Pozitif(n=31)**	**Kültür Negatif(n=42)**
Yaş (ortalama±SS)	48,7±13,4	49,3±15,8
Yaş Aralığı (min-max)	23-70	23-87
Kadın,n (%)	12(%38,7)	12(%28,6)
Erkek,n (%)	19(%61,3)	30(%71,4)

Kültür pozitif ve kültür negatif gruplar arasında yaş ortalaması (p=0,863) ve cinsiyet dağılımı(p=0,533) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda tedavi almamış onikomikoz hastalarında KOH pozitiflik oranı %60,8, KOH pozitif olgularda kültür pozitiflik oranı ise %42,5 olarak bulundu. Kültür pozitif örneklerde MALDI-TOF MS ile tür düzeyinde tanımlama sonucunda, nondermatofit küf izolasyonlarının dermatofit izolasyonlarından daha sık olduğu gözlemlendi. En sık izole edilen

türler Alternaria spp. (n=9), Aspergillus spp. (n=9), Cladosporium spp. (n=5) ve Fusarium spp. (n=4) olup, dermatofitler arasında Trichophyton rubrum (n=4) öne çıktı. Kültür analizinin yalnızca KOH pozitif örneklerde gerçekleştirilmiş olması, izole edilen fungal türlerin klinik anlamlılığını desteklemektedir. Literatürde dermatofitler onikomikozun başlıca etkenleri olarak kabul edilmekle birlikte, son yıllarda nondermatofit küflerin onikomikoz etyolojisindeki önemine dikkat çeken çalışmaların sayısı artmaktadır. Bulgularımız, onikomikoz etyolojisinde nondermatofit küflerin potansiyel rolünü desteklemekte ve MALDI-TOF MS yönteminin fungal izolatların hızlı ve güvenilir tanımlanmasında değerli bir araç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: KOH inceleme, MALDI-TOF MS, Onikomikoz

Yayın No: P-362
Bildiri Grubu: Genel / Bağ doku hastalıkları

Ailesel Özellik Gösteren Diskoid Lupus Eritematozus ile İlişkili Lupus Panniküliti Olgunun 24 Yıllık Seyri

Dilay Yerlioğlu Ak[1], Can Baykal[1]

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

Giriş ve Amaç: Kronik kutane lupus eritematozus (KKLE), farklı özellikli deri lezyonlarına yol açıp atrofi ve sikatris ile sonlanabilen bir hastalık grubu olup, eritemli hiperkeratotik plaklar şeklinde görülen diskoid lupus eritematozus(DLE) bu grubun en sık görülen formudur(1).Lupus panniküliti(LEP, lupus profundus) ise derin nodüller, yağ nekrozu ve lipoatrofi ile karakterize, nadir görülen bir formunu oluşturur.(2)Hastaların bir bölümünde LEP ve DLE bir arada olabilir. DLE genellikle sporadik, nadiren ailesel olarak ortaya çıkar.

Yöntem: DLE/LEP birlikteliği görülen, oğlunda da DLE bulunan takip sürecinde artralji gelişen bir olgunun 24yıllık seyri sunularak tedaviye verdiği yanıtlara ve artralji gelişmesine karşın SLEgelişmemesine dikkat çekilmektedir.

Bulgular: Otuz iki yaşında kadın hasta yüz, alın, burun dorsumu ve yanaklarda 14yıldır bulunan livid, hafif kaşıntılı atrofik plaklar ve supraklaviküler ağrılı subkutan nodülle başvurdu. Hastalığın başlangıç döneminde alınan deri biyopsisi DLE ile uyumlu bulunmuştu ve HepatitB taşıyıcılığı dışında sistemik hastalığı yoktu. Supraklaviküler nodülden alınan derin insizyonel biyopside perivasküler ve perinöral lenfoplazmositer infiltrasyon, lipofajlar, yabancı cisim dev hücreleri, fibrin birikimi ve miksomatöz dejenerasyon LEP ile uyumlu bulundu. ANA, anti-dsDNA, anti-Sm, anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, anti-histon ve anti-nükleozom antikorları negatif, RF ve CRP normaldi.Sistemik metilprednizolon ve hidroksiklorokin başlanan hastada kısmi yanıt elde edildi; antimalaryal tedaviye uyumsuzluk dönemlerinde DLEplaklarında alevlenmeler izlendi ve aktif lezyonlara intralezyonel kortikosteroid uygulandı.Takipte kulak memeleri, boyun ve üst gövdede yeni subkutan nodüller gelişti. Hidroksiklorokin (200–400mg/gün)ile dönemsel klinik stabilite sağlandı. İzlemde özellikle yanaklar, kulak memeleri ve boyunda belirgin yağ dokusu kaybı gelişti. LEP tanısından 20yıl sonra artralji nedeniyle SLE açısından yeniden değerlendirilen hastada otoantikorlar tekrar negatif bulundu ve SLE sınıflandırma kriterleri karşılanmadı. Yirmi dört yıllık takip sonunda(2026)belirgin fasiyal lipoatrofi, kulak memesi atrofisi ve DLE skarları mevcutken otoantikorlar negatif kaldı ve SLE gelişmedi. Hastanın oğlunda 29 yaşında DLE gelişti ve az sayıda plak şeklinde yüz lezyonu ile seyretti.

Tartışma ve Sonuç: LEP, KKLE'nin nadir bir varyantı olup kronik inflamasyon sonucunda geri dönüşümsüz lipoatrofi ve kalıcı kozmetik sekellere yol açabilmektedir. LEP ve DLE birlikteliği farklı serilerde %21–60 arasında bildirilmiş olup (2),olgumuz da DLE zemininde gelişen LEP spektrumunu temsil etmektedir. LEP'nin SLE ile birlikteliği veya izlem sırasında SLE'ye

progresyonu DLE’ye göre yüksek olup oranı farklı serilerde %10–42 arasında değişmektedir. Buna karşın, SLE hastalarının yalnızca %2–5’inde lupus paniküliti geliştiği bildirilmiştir(2).Bununla birlikte LEP’de seroloji negatif kalabilir ve sistemik hastalığa progresyon görülmeyebilir. Buna karşılık, LEP’in ilk klinik bulgu olduğu ve birkaç yıl sonra malar raş ve artraljiyle birlikte otoantikor pozitifleşmesi sonucunda SLE tanısı alan bir olgu bildirilirken(3), uzun dönem takipli başka bir LEP olgusunda seroloji pozitifliğine rağmen SLE gelişmediği gösterilmiştir(4).Ayrıca sistemik lupusu olmayan DLE hastalarında artralji ve yorgunluk sık görülebilmektedir(5). Olgumuzda da 20.yılda artralji gelişmesine rağmen 24 yıllık izlem boyunca otoantikor pozitifliği veya SLE gelişmemiştir. Hastanın oğlunda da DLE gelişmesi, KKLE’de genetik yatkınlık ve immünogenetik mekanizmaların olası rolünü destekleyen nadir bir gözlemdir (6–8).Literatürde aynı ailede iki bireyde LEP bildirilmiş olması da ailesel yatkınlığın DLE ile sınırlı olmayabileceğini düşündürmektedir (9).Uzun süreli antimalaryal ve kortikosteroid tedavilerine rağmen lipoatrofi engellenememiştir.Sonuç olarak, bu olgu DLE ile ilişkili LEP’in 24yıllık seyrini, tedavi direncini, geri dönüşümsüz fasiyal lipoatrofi gelişimini ve artralji gelişmesine rağmen sistemik hastalığa ilerlemeyebileceğini ortaya koymaktadır. Buna ek olarak, anne ve oğulda DLE birlikteliği, literatürde nadir bildirilen ailesel KKLE olgularına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lupus paniküliti, Ailesel lupus, Diskoid lupus eritematozus

Yayın No: P-368
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Vitiligo Tanılı Hastalarda Serum ADMA, ADA, Bisfenol A Ve NO Düzeylerinin Değerlendirilmesi

İlknur Yorğun Özdemir[1], Hatice Uce Özkol[1], Sena Uçan[1]

[1]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

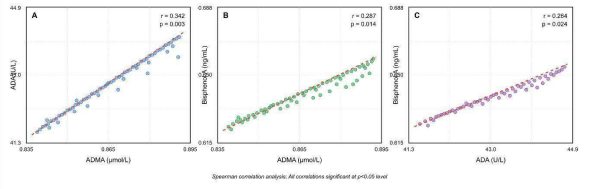
Giriş ve Amaç: Vitiligo, epidermiste melanosit kaybına bağlı gelişen, keskin sınırlı depigmente makül ve yamalarla karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Vitiligoda melanosit hasarında serbest oksijen radikalleri artışının büyük rolü olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle vitiligo etyopatogenezine yönelik çalışmalar, vitiligolu hastaların epidermisinde oksidatif stres artışına odaklanmıştır. Serbest radikaller; birçok fizyolojik ve patolojik işlemler sırasında meydana gelen atom ya da moleküllerdir [süperoksit, hidrojen peroksit (H2O2) ve nitrik oksit (NO)]. Serbest radikaller, protein, karbonhidrat, DNA ve özellikle de lipid gibi hücresel bileşiklere zarar verebilir.Asimetrik dimetilarginin (ADMA), endojen nitrik oksit sentaz (NOS) inhibitörüdür. Endojen nitrik oksit sentaz, L-Arginin'den NO sentezini sağlar. Nitrik oksit hem de novo hücre-hücre dışı matriks etkileşimini modüle eder hem de apoptozda rol oynamaktadır. Adenozin Deaminaz (ADA), adenosinden inozine deaminasyon reaksiyonunu katalize eden bir enzimdir. Aynı zamanda pürin katabolik yolunun önemli bir enzimidir. Birçok araştırmacı ADA'nın hücresel immünitenin bir belirteci olduğunu ve buna bağlı olarak farklı hastalıklarda serum seviyelerinin artışını göstermişlerdir. Bu hastalıklar enfeksiyöz mononükleoz, sarkoidoz, karaciğer hastalıkları, akut lösemi, akut pnömoni, romatoid artrit ve çeşitli malignitelerdir. Total ADA aktivitesi otoimmun hastalıklarda (RA, SLE, Ankilozan Spondilit, Myastenia Gravis, otoimmun karaciğer hastalıkları) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. ADA aktivitesindeki artışın otoimmun hastalıkların immünolojik temelinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bisfenol, en yaygın bilinen çeşidiyle Bisfenol A (BPA) polikarbon plastik üretiminde (biberon ve gıda kapları gibi) ve epoksi reçinelerde (metal yiyecek ve içecek kutularının iç yüzey kaplamalarında) yaygın olarak kullanılan bir kimyasal yapı malzemesidir. BPA toksik etkilerinden dolayı birçok ülkede biberonlarda kullanımı yasaklanmıştır. Bisfenoller, düşük dozlarda dahi her yaş insanda toksik etkiler yapabilmektedir. Vitiligo birbiriyle örtüşen genetik, otoimmun ve metabolik faktörlerin rol oynadığı karmaşık bir etyopatogeneze sahiptir. Çeşitli gruplar, vitiligo patofizyolojisinde oksidatif stres katılımını göstermiştir. Bu çalışmada vitiligo ile ADMA, ADA, Bisfenol A ve NO düzeyleri arasındaki olası bir ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma, Mart2026 - Mayıs 2026 tarihleri arasında hastanemiz dermatoloji polikliniğine başvuran 70 vitiligo tanılı hasta ve 70 sağlıklı kontrol üzerinde yürütülen kesitsel tipte bir araştırmadır. Her bireyden serum kan örnekleri ADMA, ADA, Bisfenol A ve NO düzeylerini belirlemek üzere toplanmıştır. Nitrik oksit düzeyleri Griess reaktifi kullanılarak spektrofotometrik yöntemle ölçüldü. ADMA düzeyleri yüksek performanslı sıvı kromatografisi (HPLC) yöntemiyle belirlendi. ADA enzim aktivitesi Giusti ve Galanti yöntemi kullanılarak spektrofotometrik olarak ölçüldü. Bisfenol A düzeyleri enzyme-linked immunosorbent assay

(ELISA) yöntemiyle analiz edildi. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 25.0 yazılımı kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen veriler için gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulandı. Parametreler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Tüm analizlerde $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Serum NO düzeyleri vitiligolu hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düşük iken ($p < 0.001$), serum ADMA, ADA ve Bisfenol A düzeyleri anlamlı olarak artmıştı ($p < 0.001$).

Vitiligo hastalarında oksidatif stres belirteçleri arasında anlamlı korelasyonlar



ADMA (asimetrik dimetilarginin), ADA (adenozin deaminaz) ve Bisfenol A düzeyleri, vitiligo hastalarında anlamlı korelasyon göstermektedir.(***p<0.001, Mann-Whitney U testi)

Vitiligo ve Kontrol Gruplarında Biyokimyasal Parametrelerin Karşılaştırılması

Parametreler	**Vitiligo (n=70)**		**Kontrol (n=70)**		**p değeri**
	Ortalama ± SS	**Medyan (Min-Max)**	**Ortalama ± SS**	**Medyan (Min-Max)**	
NO (µmol/L)	20.31 ± 0.13	20.30 (20.16-20.52)	40.93 ± 0.52	41.09 (39.85-41.76)	<0.001
ADMA (µmol/L)	0.866 ± 0.017	0.867 (0.835-0.895)	0.512 ± 0.006	0.513 (0.503-0.523)	<0.001
ADA (U/L)	43.99 ± 1.22	44.68 (41.26-44.87)	21.19 ± 0.16	21.16 (21.01-21.45)	<0.001
Bisfenol A (ng/mL)	0.649 ± 0.023	0.649 (0.615-0.688)	0.321 ± 0.006	0.321 (0.313-0.333)	<0.001

Mann-Whitney U Testi

Tartışma ve Sonuç: Vitiligonun patogenezi hala tam olarak anlaşılamamıştır. Literatür taramasında vitiligolu hastalarda ADMA, ADA ve BPA düzeylerini inceleyen bir çalışmaya rastlayamadık. Bizim çalışmamızda vitiligo hastalarında NO düzeyleri düşükken, ADMA, ADA ve BPA düzeyleri kontrol bireyler ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Biz NO düzeylerinin azalmasının ve ADMA, ADA ve BPA düzeylerinin artmasının vitiligoda belirgin bir özellik teşkil ettiği sonucuna vardık.

Anahtar Kelimeler: antioksidan, oksidatif stres, vitiligo

Yayın No: P-369
Bildiri Grubu: Genel / Sistemik hastalıklar ve deri

Rozasea Hastalarında Aterojenik İndeksler ve AISI: Retrospektif Vaka-Kontrol Çalışması

Gamze Taş Aygar[1], Furkan Keleş[1], Faruk Yargeldi[1], Selda Pelin Kartal[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Rozasea, kronik inflamatuvar bir deri hastalığı olup, son yıllarda sistemik inflamasyon ve artmış kardiyometabolik risk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada rozasea hastalarında Atherogenic Index of Plasma (AIP), Castelli Risk İndeksi I ve II ile Aggregate Index of Systemic Inflammation (AISI) değerlerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve bu parametrelerin hastalık şiddetiyle ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif vaka-kontrol çalışmasına 84 rozasea hastası ve yaş ile cinsiyet açısından eşleştirilmiş 84 sağlıklı kontrol dahil edildi. Demografik özellikler, lipid profili ve tam kan sayımı parametreleri hasta kayıtlarından elde edildi. AIP, Castelli Risk İndeksi I, Castelli Risk İndeksi II ve AISI hesaplandı. Sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro–Wilk testiyle değerlendirildi. Gruplar arasındaki sürekli değişkenler Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenler Pearson ki-kare testiyle karşılaştırıldı. Rozasea varlığının indeksler üzerindeki bağımsız etkisini değerlendirmek amacıyla başlangıç modellerine rozasea durumu, yaş ve vücut kitle indeksi dahil edilerek çoklu doğrusal regresyon analizleri yapıldı. Hastalık şiddeti ve hekim global değerlendirmesi ile indeksler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analiziyle incelendi.

Bulgular: Gruplar yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, aktif sigara ve alkol kullanımı açısından benzerdi (tümü $p > 0,05$). Rozasea grubunda total kolesterol, LDL-kolesterol, trigliserid, AIP, Castelli Risk İndeksi I, Castelli Risk İndeksi II ve AISI değerleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek; HDL-kolesterol düzeyi ise daha düşüktü. Rozasea grubunda total kolesterol, LDL-kolesterol ve trigliserid düzeyleri daha yüksek, HDL-kolesterol düzeyi ise daha düşüktü (tümü $p \leq 0,001$). Ayrıca AIP [0,268 (IQR: 0,183–0,450) vs. 0,102 (IQR: 0,029–0,170)], Castelli Risk İndeksi I [3,46 (IQR: 2,96–4,53) vs. 2,63 (IQR: 2,26–3,22)], Castelli Risk İndeksi II [2,30 (IQR: 1,86–2,91) vs. 1,79 (IQR: 1,48–2,14)] ve AISI [277,2 (IQR: 210,7–337,4) vs. 133,0 (IQR: 103,5–157,9)] değerleri de kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (tümü $p < 0,001$). Çok değişkenli analizlerde rozasea varlığı AIP, Castelli Risk İndeksi I, Castelli Risk İndeksi II ve AISI için bağımsız belirleyici olarak saptandı (tümü $p < 0,001$). Yaş, AIP ve Castelli indeksleriyle; VKİ ise AISI ile bağımsız ilişki gösterdi. Hastalık süresi ve hastalık şiddeti ile incelenen indeksler arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Hekim global değerlendirmesi skoru yalnızca AISI ile zayıf düzeyde pozitif korelasyon gösterdi ($\rho=0,298$; $p=0,006$).

Tartışma ve Sonuç: Rozasea hastalarında aterojenik indeksler ve AISI sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksektir. Rozasea varlığının yaş ve VKİ'nin etkileri dikkate alındığında da bu

indekslerin bağımsız belirleyicisi olması, hastalığın artmış aterojenik risk ve sistemik inflamasyonla ilişkili olabileceğini desteklemektedir. Bununla birlikte, indekslerdeki artış toplam klinik hastalık şiddetiyle paralellik göstermemiştir. AISI'nin hekim global değerlendirmesiyle gösterdiği zayıf ancak anlamlı ilişki, bu indeksin rozaseadaki genel inflamatuvar yükü yansıtmada potansiyel bir belirteç olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Rozasea, Aterojenik İndeks, Sistemik inflamasyon

Yayın No: P-379
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Herpes Zoster Oftalmikusun Nadir Görülen Komplikasyonu: Orbital Apeks Sendromu

Ferhat Demir[1], Savaş Öztürk[1], Neşe Göçer Gürok[1]

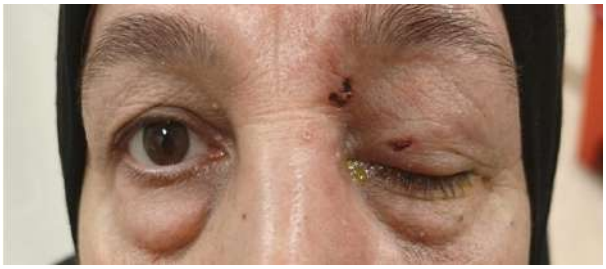
[1]Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Herpes zoster, duyu siniri ganglionlarında latent bulunan varisella-zoster virüsünün reaktivasyonu sonucu gelişen, özellikle ileri yaş ve immünsüpresyonla ilişkili veziküler bir enfeksiyondur. Herpes zoster oftalmikus (HZO), trigeminal sinirin oftalmik dalını tutan reaktivasyon sonucu ortaya çıkar ve tüm herpes zoster olgularının yaklaşık %10–20'sini oluşturur. Dermatomal dağılım gösteren ağrılı veziküler döküntülere ek olarak olguların yaklaşık yarısında konjunktivit, keratit, üveit ve retinit gibi oküler tutulumlar gelişebilir. Bu durum kalıcı görme kaybına kadar ilerleyebilen ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Orbital apeks sendromu (OAS) ise optik sinir ile birlikte III, IV, VI. kraniyal sinirler ve trigeminal sinirin oftalmik dalının etkilenmesiyle ortaya çıkan, HZO'nun nadir fakat ağır seyirli bir komplikasyonudur. Bu çalışmada, HZO'ya sekonder gelişen OAS olgusunun klinik seyri, tanı ve tedavi süreci sunulmuştur.

Yöntem: Dermatolojik muayene yöntemi.

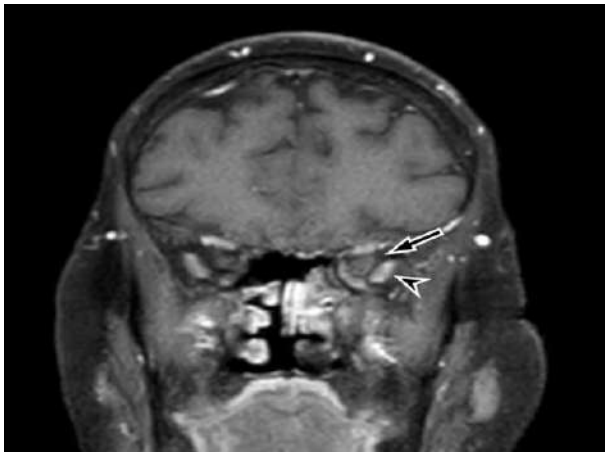
Bulgular: Yetmiş bir yaşında kadın hasta, üç gündür devam eden yüzün sol yarısında ağrı, yanma ve kızarıklık şikayetleri ile başvurdu. Dermatolojik muayenede orta hattı geçmeyen, eritemli zemin üzerinde veziküler lezyonlar izlendi. Lezyonların alın, göz kapakları, kaş, burun ucu ve göz küresini içine alacak şekilde trigeminal sinirin oftalmik dalı dermatomuna yerleştiği ve burun ucunda Hutchinson belirtisinin bulunduğu görüldü. Klinik olarak HZO tanısı konularak hasta yatırıldı ve brivudin (125 mg/gün) ile metilprednizolon (40 mg/gün) tedavisi başlandı.Üç gün sonra cilt şikayetleri azalan hasta kendi isteği ile taburcu edildi ancak bir hafta sonra sol gözde ağrı, bulanık görme ve pitozis gelişimi ile tekrar başvurdu. Oftalmolojik değerlendirmede sol gözde belirgin ptozis, midriyatik pupil, ışık refleksi kaybı, yukarı bakış kısıtlılığı ve görme keskinliğinde azalma (0,3) saptandı. Ayrıca periorbital hipoestezi ve parestezi mevcuttu. Orbital ve kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları orbital apeks düzeyinde inflamatuvar tutulum ile uyumlu bulundu ve hasta OAS ön tanısı ile yatırıldı.Tedavide intravenöz asiklovir (10 mg/kg, günde üç kez) ve yüksek doz sistemik kortikosteroid (prednizolon 80 mg/gün) başlandı, ağrı kontrolü için gabapentin eklendi. İzlemde oftalmoplejinin progresyon gösterdiği, diğer bakış yönlerinde de kısıtlılık geliştiği izlendi. Tekrarlanan MRG'de süperior orbital fissür ve kavernöz sinüs düzeyinde inflamasyon, optik sinir çevresinde kontrastlanma ve ekstraoküler kaslarda genişleme saptandı. Bulgular HZO'ya bağlı OAS ile uyumlu değerlendirildi.Tedavi ile klinik bulgularda gerileme sağlandı ve hasta oral prednizolon ile taburcu edildi. İki ay sonraki kontrolde görme keskinliği 0,6'ya yükselmiş, göz hareketleri düzelmiş ancak pupiller dilatasyon ve hafif pitozis devam etmekteydi.

HZO ve ptozis



HZO ya bağlı ptozis gelişen hasta

MR Görüntüsü



HZO ya bağlı görme şikayetleri olan hastanın MRG sonucu tutulumları görüntüsü.

Tartışma ve Sonuç: HZO'ya bağlı OAS, nadir ancak hızlı ilerleyebilen ve kalıcı nöro-oftalmolojik sekellere yol açabilen ciddi bir tablodur. Erken antiviral tedaviye rağmen klinik kötüleşme gelişebileceğinden hastaların yakın izlenmesi gereklidir. Progresyon durumunda intravenöz antiviral ve sistemik kortikosteroid tedavisinin erken başlanması klinik iyileşmeyi destekleyebilir. Bu olgu, HZO hastalarında orbital tutulum gelişimi açısından dikkatli olunması gerektiğini ve erken müdahalenin prognoz üzerindeki belirleyici rolünü göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: herpes zoster oftalmikus, oküler komplikasyon, orbital apeks sendromu

Yayın No: P-385
Bildiri Grubu: Genel / Tırnak hastalıkları

Psoriasis Hastalarında Tırnak Matriks ve Tırnak Yatağı Tutulumunun Klinik Şiddet ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Aslı Aldemir[1], Ali Karakuzu[1]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları A.B.D., İzmir

Giriş ve Amaç: Psoriasiste tırnak tutulumu, matriks ve/veya tırnak yatağı kaynaklı farklı klinik bulgularla seyredebilir ve yaşam kalitesini etkileyebilir. Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), tırnak matriks ve yatak bulgularını sistematik değerlendirmeye olanak sağlarken, Dermatology Life Quality Index (DLQI) genel dermatolojik yaşam kalitesini, Nail Psoriasis Quality of Life Scale-10 (NPQ-10) ise tırnağa özgü yaşam kalitesi etkilenimini değerlendirir. Bu çalışmada psoriasis hastalarında matriks ve tırnak yatağı bulgularının klinik şiddet, yaşam kalitesi ve özel bölge tutulumları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Etik kurul onayı sonrası, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'nde Nisan–Mayıs 2026 tarihleri arasında kesitsel olarak değerlendirilen 86 psoriasis hastasının verileri analiz edildi. Hastalık şiddeti Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Body Surface Area (BSA) ve Psoriasis Scalp Severity Index (PSSI) ile; yaşam kalitesi DLQI ve NPQ-10 ile değerlendirildi. Tırnak tutulumu el NAPSI ve toplam NAPSI ile skorlandı. Onikomikoz nedeniyle güvenilir değerlendirilemeyen tırnaklar ilgili analizlerden dışlandı; el NAPSI ve NPQ-10 analizleri 85 hasta, toplam NAPSI analizleri 70 hasta üzerinden yapıldı. Veriler IBM SPSS Statistics 27.0 ile analiz edildi. Gruplar Mann-Whitney U testi, korelasyonlar Spearman analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 43'ü kadın, 43'ü erkekti; yaş ortalaması 50,13±14,11 yıldı. En sık klinik tip plak psoriasisti [n=70 (%81,4)]. Medyan PASI 2,85, BSA %4,5, PSSI 0 ve DLQI 5 idi. El tırnak tutulumu 58 hastada (%67,4), ayak tırnak tutulumu 27 hastada (%31,4) mevcuttu. Geçerli verisi bulunan 85 hastanın 52'sinde (%61,2) matriks tutulumu, 39'unda (%45,9) tırnak yatağı tutulumu izlendi; 35 hastada (%41,2) matriks ve yatak tutulumu birlikteydi.Matriks tutulumu olanlarda el NAPSI anlamlı yüksekti [12 vs. 0; $p < 0,001$]. Benzer şekilde tırnak yatağı tutulumu olanlarda el NAPSI daha yüksekti [12 vs. 0; $p < 0,001$]. Tırnak yatağı tutulumu olan grupta PSSI skorları da daha yüksek saptandı [2 (IQR: 6) vs. 0 (IQR: 3); $p=0,043$]; ancak bu bulgu keşifsel olarak değerlendirildi. El NAPSI ile PASI, BSA, PSSI, DLQI ve NPQ-10 arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Pittingli el tırnağı sayısı el NAPSI ile güçlü korelasyon gösterdi ($r=0,821$; $p < 0,001$), ancak yaşam kalitesiyle ilişkili değildi.Dikkat çekici biçimde, yağ damlası/salmon patch görünümü olan hastalarda el NAPSI [13 vs. 5; $p=0,002$], DLQI [12 vs. 5; $p=0,020$] ve NPQ-10 skor dağılımı ($p=0,003$) anlamlı olarak yüksekti; PASI, BSA ve PSSI açısından fark yoktu. Subungual hiperkeratoz NPQ-10 skor dağılımı ile ilişkili bulundu ($p=0,030$). Özel bölge tutulumlarında palmoplantar tutulum NPQ-10 ile ilişkiliydi ($p=0,006$). Genital ve

intergluteal/perianal tutulum varlığında DLQI skorları daha yüksekti (her ikisi için p=0,002); intergluteal/perianal tutulum ayrıca PASI, BSA ve PSSI skorları ile ilişkiliydi (Tablo 1).

Tablo 1

İstatistiksel Anlamlı Bulguların Klinik Temalara Göre Özeti

Klinik tema	Bulgu	İlişkili parametre	Sonuç
Tırnak şiddeti ile ilişkili temel bulgular	Matriks tutulumu	El NAPSI	Daha yüksek [12 vs. 0], p<0,001
Tırnak şiddeti ile ilişkili temel bulgular	Tırnak yatağı tutulumu	El NAPSI	Daha yüksek [12 vs. 0], p<0,001
Tırnak şiddeti ile ilişkili temel bulgular	Pittingli el tırnağı sayısı	El NAPSI	Güçlü pozitif korelasyon, r=0,821; p<0,001
Yaşam kalitesi ile ilişkili tırnak yatağı bulguları	Yağ damlası / salmon patch	El NAPSI	Daha yüksek [13 vs. 5], p=0,002
Yaşam kalitesi ile ilişkili tırnak yatağı bulguları	Yağ damlası / salmon patch	DLQI	Daha yüksek [12 vs. 5], p=0,020
Yaşam kalitesi ile ilişkili tırnak yatağı bulguları	Yağ damlası / salmon patch	NPQ-10	Skor dağılımı daha yüksek, p=0,003
Yaşam kalitesi ile ilişkili tırnak yatağı bulguları	Subungual hiperkeratoz	NPQ-10	Skor dağılımı daha yüksek, p=0,030
Özel bölge tutulumları	Palmoplantar tutulum	NPQ-10	İlişkili, p=0,006
Özel bölge tutulumları	Genital tutulum	DLQI	Daha yüksek, p=0,002
Özel bölge tutulumları	İntergluteal/perianal tutulum	DLQI	Daha yüksek, p=0,002
Özel bölge tutulumları	İntergluteal/perianal tutulum	PASI, BSA, PSSI	Anlamlı ilişkili
Keşifsel bulgu	Tırnak yatağı tutulumu	PSSI	Daha yüksek [2 (IQR: 6) vs. 0 (IQR: 3)], p=0,043

Not: PSSI ile ilişkili bulgu keşifsel olarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel olarak anlamlı bulunan ilişkilerin klinik temalara göre özeti.

Tartışma ve Sonuç: Psoriasis hastalarında matriks ve tırnak yatağı tutulumu el NAPSI skorları ile güçlü ilişkiliydi; ancak yaşam kalitesi etkilenimi tüm tırnak bulgularında homojen değildi. Özellikle yağ damlası/salmon patch görünümü hem tırnak şiddeti hem de genel ve tırnağa özgü yaşam kalitesiyle ilişkili en belirgin klinik bulgu olarak öne çıktı. Subungual hiperkeratozun NPQ-10 ile ilişkisi tırnak yatağı bulgularının hasta algısı üzerindeki seçici etkisini destekledi. Bu nedenle psoriatik tırnak hastalığında toplam NAPSI skorunun ötesine geçilerek spesifik matriks ve yatak bulgularının ayrı ayrı değerlendirilmesi, klinik şiddetin ve yaşam kalitesi etkileniminin daha doğru yorumlanması ve hasta merkezli yönetimin güçlendirilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Tırnak psoriasisi, NAPSİ, Yaşam Kalitesi

Yayın No: P-388
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Suppurativa Hastalarında Serum Catestatin Düzeyi ve Hastalık Şiddeti ile İlişkisinin Araştırılması

Onur Köse[1], Gökçe Şahin[2], Fevziye Burcu Şirin[3], Doğukan Gümüşcan[4], Selma Korkmaz[2]

[1]Dörtyol Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Hatay, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye
[3]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye
[4]Isparta Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Kliniği, Isparta, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS), apokrin bez yoğunluğu fazla bölgelerde tekrarlayan nodül, apse ve sinüs traktlarıyla seyreden kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Patogenezinde foliküler oklüzyon sonrası gelişen innate ve adaptif immün yanıt merkezi rol oynar; hastalık yalnızca deriyle sınırlı olmayıp sistemik inflamatuvar özellikler taşır. Catestatin, kromogranin A'dan türeyen, antimikrobiyal, kardiyoprotektif ve özellikle immünomodülatör/anti-inflamatuvar etkileri gösterilmiş 21 aminoasitlik bir nöroendokrin peptittir. Kronik inflamatuvar hastalıklarda serum düzeyinin arttığını veya azaldığını bildiren çelişkili veriler mevcuttur. HS'de catestatinin rolüne ilişkin literatürde yeterli veri bulunmamaktadır. Catestatinin makrofajlardan proinflamatuvar sitokin salınımını baskıladığı ve mast hücre degranülasyonunu düzenlediği bildirilmiştir. Ayrıca güncel çalışmalar HS'yi salt dermatolojik değil, nöroimmün ve inflamatuvar bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Bu çalışmada, HS hastaları ile sağlıklı kontroller arasında serum catestatin düzeyinin farklılık gösterip göstermediği ve hastalık şiddetini yansıtan Hurley evrelemesi ile ilişkisi araştırılarak, catestatinin hastalık patogenezindeki olası rolüne dair nöroendokrin-immün eksenli yeni bir bakış açısı sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Etik kurul onamı alınarak yürütülen bu çalışmaya, klinik olarak doğrulanmış HS tanılı 37 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 38 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Son üç ayda sistemik tedavi almış olanlar ve eşlik eden başka bir inflamatuvar hastalığı bulunanlar çalışma dışı bırakıldı. Katılımcıların demografik verileri, antropometrik ölçümleri ve Hurley evreleri kaydedildi. Serum catestatin düzeyi sandwich ELISA yöntemiyle ticari kit kullanılarak ölçüldü. İstatistiksel analizler SPSS 32.0 ile yapıldı; gruplar arası karşılaştırmalarda Student t-testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi, ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesinde lojistik regresyon analizi kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: HS ve kontrol grupları arasında yaş ve boy açısından fark saptanmazken, vücut ağırlığı, VKİ, bel ve kalça çevresi HS grubunda anlamlı olarak yüksekti ($p < 0,001$). Sigara (%78,4'e karşı %21,1) ve alkol kullanımı da HS grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu. HS grubunda ortanca serum catestatin düzeyi 5,74 (4,93–13,63) ng/ml, kontrol grubunda 6,92 (5,09–10,48) ng/ml olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,391$). Buna karşın Hurley

evreleri arasında catestatin düzeyleri açısından anlamlı fark bulundu (p=0,008); en belirgin fark Evre I ile Evre II arasındaydı (düzeltilmiş p=0,006). Lojistik regresyon analizinde sigara kullanımı, VKİ ve CRP düzeyi HS gelişimi için bağımsız risk faktörleri olarak saptanırken, catestatin düzeyi anlamlı bir etki göstermedi (p=0,768).

Tablo 1. HS hastalarının ve sağlıklı kontrol grubunun demografik özellikleri ve serum catestatin düzeyleri

Değişken	Alt Grup	Kontrol Grubu (n=38)	HS Grubu (n=37)	p değeri
Yaş (Yıl)		32,92 ± 11,78	33,49 ± 11,92	0,837†
Boy (cm)		174,18 ± 8,69	176,32 ± 8,13	0,275†
Kilogram (kg)		72,89 ± 12,04	92,86 ± 24,88	**<0,001**†
VKİ (kg/m²)		23,81 ± 2,81	27,87 ± 5,78	**<0,001**†
Bel Çevresi (cm)		83,42 ± 10,08	101,49 ± 18,35	**<0,001**†
Kalça Çevresi (cm)		93,86 ± 6,77	110,27 ± 13,81	**<0,001**†
Cinsiyet	**Kadın**	11 (%28,9)	11 (%29,7)	0,941‡
	Erkek	27 (%71,1)	26 (%70,3)	
Sigara	**Evet**	8 (%21,1)	29 (%78,4)	**<0,001**
	Hayır	30 (%78,9)	8 (%21,6)	
Alkol	**Var**	0 (%0)	6 (%16,2)	0,012F
	Yok	38 (%100)	31 (%83,8)	
Serum Catestatin Düzeyi		**Kontrol Grubu (ng/ml)**	**HS Grubu (ng/ml)**	**p değeri**
Medyan (Q1–Q3)		6,92 (5,09–10,48)	5,74 (4,93–13,63)	0,391
Ortalama ± Sd		12,81 ± 14,30	12,28 ± 13,55	0,870†

Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma (Mean±Sd), kategorik değişkenler sayı (%) olarak sunulmuştur. †Independent Groups T-testi, ‡Pearson Ki-kare testi, FFisher's Exact testi. Serum catestatin düzeyi karşılaştırmasında medyan değerler için Mann-Whitney U testi, ortalama değerler için Independent Groups T-testi kullanılmıştır. VKİ: Vücut Kitle İndeksi, Sd: Standart Sapma, kg: kilogram, m²: metrekare, cm: santimetre.

Tablo 2. Tutulum bölgesi, cinsiyet ve Hurley evresine göre serum catestatin düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken	Bölge/Alt Grup	Grup	n	Yüzde	Medyan (Q1–Q3)	p değeri
Cinsiyet		**Kadın**	11	%29,7	5,15 (4,72–27,01)	0,589
		Erkek	26	%70,3	6,03 (4,93–11,49)	

Hurley Evre		**Evre I**	15	%40,5	4,99 (4,72–5,74)	**0,008***
		Evre II	16	%43,2	12,94 (5,58–33,08)	
		Evre III	6	%16,2	5,84 (4,53–13,46)	
Tutulum Bölgesi	**Aksiller**	**Var**	27	%72,9	5,47 (4,91–7,97)	0,468
		Yok	10	%27,0	6,15 (5,07–25,05)	
	İnguinal	**Var**	28	%75,7	5,72 (4,91–22,77)	0,958
		Yok	9	%24,3	5,74 (5,07–7,95)	
	Gluteal	**Var**	13	%35,1	5,29 (4,77–22,46)	0,649
		Yok	24	%64,9	5,87 (5,02–7,78)	

Değerler medyan (çeyrekler arası aralık [Q1–Q3]) olarak sunulmuştur. Tutulum bölgesi alt gruplarında ve cinsiyet karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi; Hurley evreleri arasındaki karşılaştırmada Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. *Hurley evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (H=9,576; sd=2; p=0,008); Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda fark yalnızca Evre I ile Evre II arasında anlamlı bulunmuştur (düzeltilmiş p=0,006).

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, serum catestatin düzeyinin HS varlığını ayırt eden bir belirteç olmadığını, ancak hastalık şiddetiyle doğrusal olmayan, evreye özgü bir ilişki gösterdiğini ortaya koyan ilk çalışmadır. Erken evreden orta evreye artış gösteren ancak ileri evrede gerileyen bu patern, catestatinin altta yatan inflamasyona karşı gelişen kompansatuvar bir nöroendokrin-immün belirteç olabileceğini düşündürmektedir. Catestatinin lokal kütanöz düzeyde keratinositler ve sinir uçlarından salgılanması, lezyonel aktivasyonun serum düzeylerine her zaman orantılı yansımayabileceğini akla getirmektedir. Kesitsel tasarım ve sınırlı Evre III örneklem büyüklüğü çalışmanın kısıtlılıklarıdır. Sonuç olarak catestatin, HS patogenezinde birincil değil, hastalığın inflamatuvar sürecine ikincil, dinamik bir biyobelirteç olarak değerlendirilebilir; bu ilişkinin netleştirilmesi için lezyonel doku düzeyinde değerlendirme yapan, diğer inflamatuvar sitokinleri de içeren, daha büyük örneklemli ve longitudinal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis Suppurativa, Catestatin, Hurley evresi

Yayın No: P-394
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Epoksi Reçinesine Bağlı Alerjik Kontakt Dermatit: Üçüncü Basamak Bir Merkezden 30 Yıllık Deneyim

Esen Özkaya[1], Ömer Mangır[1], Yasemin Erdem[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş ve Amaç: Epoksi reçineler, endüstride yaygın olarak kullanılan güçlü kontakt alerjenler olup mesleki alerjik kontakt dermatitin (AKD) önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Son yıllarda, günlük yaşamda veya hobi amaçlı kullanılan çeşitli yapıştırıcılar aracılığıyla meslek dışı duyarlanmalarda artış bildirilmiştir. Türkiye'de epoksi alerjisine ilişkin veriler ise sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, 30 yıllık bir dönemde epoksi reçinesi ile duyarlanma sıklığını belirlemek, pozitif reaksiyonların klinikle ve meslekle uyumunu değerlendirmek ve meslek dışı AKD'de artış eğiliminin Türk hasta popülasyonu için geçerli olup olmadığını ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu çalışmada, 1996-2025 yılları arasında epoksi reçinesi ile yama testi yapılan toplam 2733 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Epoksi reçinesi, Avrupa standart yama testi serisi kapsamında diglisidil eter bisfenol A (DGEBA) %1 (vazelinde) şeklinde test edilmişti. Ayrıca 133 hastaya epoksi sertleştiriciler ve reaktif dilüentleri içeren ek epoksi komponentleri ile de yama testi yapılmıştı. Yama testi pozitiflikleri ESCD kılavuzuna göre, klinikle uyum CODEX sınıflamasına göre, meslekle uyum ise Mathias kriterlerine göre belirlendi.

Bulgular: Epoksi reçinesi ile duyarlanma prevalansı %0,95 (26/2733) olarak saptandı; genel olarak dalgalı bir seyir izlemekle birlikte son yıllarda pozitiflik oranlarında artış olduğu görüldü. Kadın/erkek oranı 1:1,6 olup hafif erkek hakimiyeti mevcuttu. Yaş aralığı 19-67 (ortalama yaş: 34,7) idi. Olguların %96,2'sinde (n=25) epoksi pozitifiği klinikle uyumlu bulunarak AKD tanısı kondu. AKD tanısı konan hastaların %88,5'inde epoksi duyarlanması meslekle ilişkili idi; başlıca tersane çalışanları, tekstil çalışanları, uçak bakım personeli, kuyumcu ve endüstriyel boyama işiyle uğraşanlarda görüldü. Meslek dışı AKD (%11,5) ise çoğunlukla hobi amaçlı kullanılan yapıştırıcılarla ilişkili bulundu. Lezyonlar en sık, el-yüz-boyun ve periorbital bölge başta olmak üzere, airborne yerleşim (%61,5) göstermekteydi. Yüz tutulumu, epoksi pozitif hastalarda epoksi negatif hastalara kıyasla anlamlı derecede daha sıktı ($p < 0,001$). Yirmi bir hastada (%80,8) yalnızca epoksi reçinesine karşı pozitiflik saptanırken, beş hastada (%19,2) eş zamanlı olarak diğer epoksi komponentleri de pozitif bulundu: 4,4'-diaminodifenilmetan (n=2), trietilentetramin (n=1), dietilentriamin (n=1), kresil glisidil eter (n=1) ve hekzametilentetramin (n=1). Epoksi reçinesine bağlı AKD saptanan bütün hastalarda DGEBA pozitifti.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada, 30 yıllık bir süre içinde epoksi reçinesine bağlı AKD sıklığında artış, bunların çoğunun mesleki AKD olguları olması ve airborne yerleşim dikkat çekici bulgular olarak öne çıkmaktadır. Meslek dışı AKD olgularında ise literatürdekine benzer bir artma eğilimi gözlenmemiştir. Tüm hastalarda duyarlanmanın DGEBA ile gösterilmiş olması, standart seri yama testinin tanısal değerini desteklemektedir. Bu bulgular, riskli meslek

gruplarında erken tanı için uygun yama testi uygulamalarının ve etkili korunma stratejilerinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: alerjik kontakt dermatit, epoksi reçinesi, yama testi

Yayın No: P-395
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Ailesel Akdeniz Ateşi Hastalarında Hidradenitis Suppurativa'nın Prevalansı, Klinik ve Genetik Özellikleri ile Tedavi Yanıtları

gizem dayı[1], serdal ugurlu[2]

[1]İstanbul Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Romatoloji Bilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), MEFV gen mutasyonlarına bağlı gelişen ve tekrarlayan ateş ile serozit ataklarıyla karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır. Hidradenitis suppurativa (HS) ise kronik, tekrarlayıcı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Son yıllarda her iki hastalığın patogenezinde IL-1β aracılı inflamatuvar yolakların önemli rol oynadığı gösterilmiş olup, FMF ve HS birlikteliğine yönelik ilgi artmıştır.Bu çalışmada FMF tanısı ile takip edilen hastalarda HS prevalansının belirlenmesi, HS saptanan hastaların klinik ve genetik özelliklerinin değerlendirilmesi ve uygulanan tedavilere yanıtlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel gözlemsel çalışmaya, Tel Hashomer kriterlerine göre FMF tanısı almış 18 yaş üzeri 299 hasta dahil edildi. HS varlığı, üç soruluk tarama anketi ve dermatolojik muayene ile değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları, MEFV mutasyonları ve tedavi bilgileri kaydedildi. HS tanısı alan hastalarda hastalık şiddeti Hurley evreleme sistemi ve IHS4 skoru ile, yaşam kalitesi ise Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI) ile değerlendirildi. HS olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldı, bağımsız risk faktörleri lojistik regresyon analizi ile araştırıldı.

Bulgular: Toplam 299 FMF hastasının 7'sinde (%2,3) HS saptandı. HS olan ve olmayan hastalar arasında yaş, vücut kitle indeksi ve hastalık süresi açısından anlamlı fark bulunmadı. Buna karşın sigara kullanımı HS grubunda anlamlı derecede daha yüksekti (%100'e karşı %30,5; $p < 0,001$). Ayrıca biyolojik tedavi kullanımı ve son bir aydaki atak sıklığı HS grubunda daha fazlaydı. Göğüs ağrısı HS eşlik eden hastalarda anlamlı olarak daha sık görüldü (%42,9'a karşı %12,3; $p=0,049$). Kolşisin direnci HS grubunda %85,7 oranında saptanırken, HS olmayan grupta bu oran %11,6 idi ($p < 0,001$). HS hastalarının çoğu Hurley Evre II veya III düzeyindeydi ve DLQI skorları belirgin yaşam kalitesi kaybını göstermekteydi. M694V mutasyonu univaryant analizde HS ile ilişkili bulunurken, çok değişkenli analizde anlamlılığını kaybetti. Lojistik regresyon analizinde kolşisin direnci HS ile ilişkili tek bağımsız risk faktörü olarak belirlendi.

FMF Hastasında Hidradenitis Suppurativa Lezyonlarının Klinik Görünümü



FMF hastasında aksiller yerleşimli hidradenitis suppurativa lezyonları. (1) Sol aksillada aktif inflamatuvar nodül ve skar dokusu, (2) tedavi sonrası rezidüel skar görünümü, (3) sağ aksillada aktif inflamatuvar nodül.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda FMF hastalarında HS prevalansı %2,3 olarak saptanmış olup bu oran genel popülasyonda bildirilen prevalansın üzerindedir. HS varlığı; artmış atak sıklığı, göğüs ağrısı ve özellikle kolşisin direnci ile ilişkili bulunmuştur. Bulgularımız, HS'nin FMF'ye eşlik eden basit bir komorbiditeden ziyade daha ağır inflamatuvar fenotipin göstergesi olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle kolşisin direnci veya sık atakları olan FMF hastalarında HS açısından dikkatli değerlendirme yapılması erken tanı ve uygun tedavi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), Hidradenitis Suppurativa, İnterlökin-1β

Yayın No: P-399
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Kronik Ürtikerli Olgularda {Helicobacter pylori} Varlığı: Klinik Özellikler ve Laboratuvar Belirteçleri ile İlişkisi

Eda Nur Demir[1], Ece Gökyayla[1], Nilay Duman[1]

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

Giriş ve Amaç: Helicobacter pylori enfeksiyonu, kronik ürtiker patogenezinde rol oynayabilecek faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. H. pylori'ye bağlı gelişen kronik inflamasyon ve immün yanıtın hastalık aktivitesine katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir. Bu çalışmada kronik ürtiker hastalarında H. pylori pozitifliğinin hastalık kontrolü, klinik özellikler ve sistemik inflamatuar belirteçlerle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tek merkezli, retrospektif çalışmaya 2015–2025 yılları arasında kronik ürtiker tanısıyla takip edilen ve H. pylori testi sonucu kayıtlı olan 150 hasta dahil edildi. Hastalar H. pylori pozitif (Grup 1, n=75) ve H. pylori negatif (Grup 2, n=75) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Yaş, cinsiyet, hastalık süresi, anjiyoödem varlığı, atak sıklığı, gastrointestinal yakınmalar ve eşlik eden hastalıklar ile Ürtiker Kontrol Testi (ÜKT) skorları ve laboratuvar parametreleri (eozinofil, lenfosit, monosit, nötrofil, lökosit, trombosit, hemoglobin, CRP, total IgE, TSH, anti-TPO, sT4 ve nötrofil/lenfosit oranı) karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler SPSS 26.0 ile yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler medyan olarak verildi ve gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanıldı; kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunularak Ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi. ÜKT skorunu etkileyen bağımsız faktörleri belirlemek amacıyla yaş, anjiyoödem, atak sıklığı ve CRP değişkenlerinin dahil edildiği çok değişkenli lineer regresyon analizi; H. pylori pozitifliğiyle bağımsız olarak ilişkili faktörleri saptamak için ise lojistik regresyon analizi uygulandı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Gruplar yaş (46,3±15,4 vs 42,2±17,2 yıl; p=0,116), cinsiyet (kadın oranı %54,7 vs %65,3; p=0,243) ve hastalık süresi (medyan 32 vs 36 ay; p=0,494) açısından benzerdi. Anjiyoödem (%17,3 vs %8,0; p=0,141) ve atak sıklığı dağılımı (p=0,300) gruplar arasında farklı değildi; Grup 1 hastalarının %44,0'ında (n=33) gastrointestinal yakınma mevcuttu. ÜKT skoru Grup 1'de anlamlı olarak daha düşüktü (medyan 12 [8–16] vs 15 [11–16]; p=0,001). CRP (medyan 1,9 vs 1,1 mg/L; p=0,037) ve nötrofil/lenfosit oranı (2,15 vs 1,85; p=0,041) Grup 1'de yüksekti; eozinofili (%8,0 vs %0; p=0,037) ve nötrofili (%13,3 vs %1,3; p=0,012) de bu grupta daha sıktı. Total IgE, anti-TPO, TSH, sT4 ve diğer hematolojik parametreler açısından gruplar arasında fark saptanmadı ($p > 0,05$). Çok değişkenli lineer regresyonda yaş, anjiyoödem, atak sıklığı ve CRP düzeltildikten sonra H. pylori pozitifliği ÜKT skorunun bağımsız belirleyicisi olarak kaldı ($\beta=-1,44$; $p < 0,001$; $R^2=0,83$); lojistik regresyonda ÜKT skorundaki her birimlik artış H. pylori pozitifliği olasılığını azalttı (OR=0,84; p=0,001).

Tartışma ve Sonuç: H. pylori ile kronik ürtiker arasındaki ilişki uzun süredir tartışılmaktadır. Çalışmamızda H. pylori pozitif hastalarda ÜKT skorunun daha düşük, CRP ve nötrofil/lenfosit oranının ise daha yüksek bulunması, H. pylori varlığının hastalık aktivitesi ve sistemik inflamasyon ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca pozitif grupta eozinofili ve nötrofili daha sık izlenirken, total IgE, anti-TPO ve tiroid fonksiyon testleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgular, gözlenen farkın atopik veya otoimmün mekanizmalardan ziyade sistemik inflamatuvar ve hücresel yanıtla bağlantılı olduğunu göstermektedir. Bulgularımız H. pylori eradikasyonunun semptom kontrolüne katkı sağlayabileceğini düşündürmekle birlikte, bu ilişkinin prospektif kontrollü çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir. H. pylori pozitifliği kronik ürtikerde daha kötü hastalık kontrolü ve artmış sistemik inflamasyon ile ilişkilidir. Bu hastalarda H. pylori varlığının araştırılması ve uygun olgularda eradikasyon tedavisinin değerlendirilmesi yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Helicobacter pylori, Kronik ürtiker, Ürtiker Kontrol Testi

Yayın No: P-400
Bildiri Grubu: Genel / Yapay Zeka

Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Dermatolojik Sağlık Sorunlarının Tanısı ve Yönetiminde Yapay Zekâ Kullanımına Yönelik Bakış Açısı, Alışkanlığı ve Güven Düzeyinin Değerlendirilmesi

Berkercan Tuş[1], Kübra Çiçek[1], Leyla Huseynova Terzi[1], Başak Yalıcı Armağan[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri Ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Günümüzde bireyler dermatolojik sağlık sorunları ile ilgili soruları sıklıkla yapay zekâ (YZ) araçlarına danışmaktadır. Hastaların hekime başvurmadan önce veya aktif takip/tedavi süreçlerinde bu dijital teknolojilerden kontrolsüzce yararlanması, klinik uyumu ve hasta-hekim ilişkisini doğrudan etkilemektedir. Bu çalışmada; dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların deri hastalıklarının tanı, takip ve yönetim süreçlerinde YZ kullanım farkındalıklarının, klinik kullanım alışkanlıklarının, bakış açılarının ve genel güven düzeylerinin kapsamlı şekilde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel, gözlemsel ve tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran ve aydınlatılmış onamı alınan 189 yetişkin hasta ardışık olarak dahil edilmiştir. Veriler; sosyodemografik özellikler, YZ farkındalığı, klinik kullanım paternleri ve Likert tutum ölçeklerini barındıran yapılandırılmış bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, çoklu grup analizlerinde Tek Yönlü ANOVA ve yaş korelasyonunda Pearson analizleri kullanılmıştır ($p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık sınırı kabul edilmiştir).

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 37,93±14,62 yıl olup, %55,6'sı (n=105) kadın, %44,4'ü (n=84) erkektir. Katılımcıların %37,0'ı (n=70) Genel Dermatoloji Polikliniği, %36,0'ı (n=68) Kronik Hastalıklar Polikliniği ve %27,0'ı (n=51) Kozmetoloji Ünitesindendir. Kavramsal YZ farkındalığı %82,5 (n=156) saptanmış olup, eğitim seviyesi arttıkça anlamlı yükselmiştir ($p < 0.0001$). Sağlık alanındaki spesifik YZ uygulamalarından haberdarlık %21,2 (n=40) düzeyindedir. Katılımcıların %90,2'si (n=148) daha önce bir sağlık sorunu nedeniyle YZ araçlarını kullandığını beyan etmiştir. YZ'nin gelecekte sağlıkta daha fazla yer alacağı düşüncesine yüksek katılım Kozmetoloji Ünitesinde %84,0 (n=42), Genel Dermatoloji'de %75,0 (n=48), Kronik Hastalıklar'da %49,0 (n=25) olup fark anlamlıdır ($p < 0.001$). YZ'nin gelecekte dermatologların yerine geçebileceği düşüncesine yüksek katılım oranı Kozmetoloji Ünitesinde %77,6 (n=38) iken, bu oran Kronik Hastalıklar Polikliniğinde %23,5 (n=12) ve Genel Dermatoloji Polikliniğinde %21,9 (n=14) düzeyine gerilemekte olup poliklinik türleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.0001$). Artan yaş ile YZ'yi olumlu karşılama arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$). Eğitim seviyesi arttıkça YZ'ye güven anlamlı yükselmiştir ($p=0.0139$). Özel bölge yerleşimli cilt döküntülerinde düşük güven bildirenlerin oranı %52,6 (n=82) düzeyindedir. YZ kullanılsa dahi tedaviyle ilgili son kararın kesinlikle doktora ait olması gerektiği ifadesine katılım oranı %90,8 (n=138) olarak

belirlenmiştir. YZ önerisi sonrasında hekime başvurma oranı %74,5 (n=123), tahlil talep etme %53,3 (n=88), kendi kendine ilaç/takviye başlama %40,6 (n=67) saptanmıştır. YZ yönlendirmesiyle ilacı/tedaviyi bırakma oranı toplamda %18,8 (n=31) olup; bu durum Genel Dermatoloji'de %28,1 (n=18), Kronik Hastalıklarda %21,6 (n=11), Kozmetoloji Ünitesinde %4,0 (n=2) bulunmuş ve fark anlamlı saptanmıştır (p=0.0039).

Tablo 1: Belirlenen Klinik Durumlarda Yapay Zekâ Kullanımının Uygunluk Dağılımı (n_Geçerli=165)

Klinik Senaryo / Durum İfadesi	**Düşük Onay (Nadiren / Hiçbir Zaman) *n*, %**	**Orta Onay (Bazen) *n*, %**	**Yüksek Onay (Sıklıkla / Hemen Her Zaman) *n*, %**
Tanısı doktor tarafından konulan hastalıkla ilgili genel bilgi edinme	37 (%22,4)	40 (%24,2)	88 (%53,3)
Gerekli tahlillerin önerilmesi	54 (%32,7)	49 (%29,7)	62 (%37,6)
Tanısı doktor tarafından konulan deri hastalığının yapay zeka tarafından tedavisinin düzenlenmesi	54 (%32,7)	49 (%29,7)	62 (%37,6)
Tedavisi doktor tarafından düzenlenen hastalığın takibinin yapılması	65 (%40,6)	36 (%22,5)	59 (%36,9)
Tedavi sonlandırılması	65 (%40,6)	36 (%22,5)	59 (%36,9)

Tablo 2: Yapay Zekâ Önerileri Sonrasında Katılımcılarda Gerçekleşen Tercihlerin Dağılımı (N_Geçerli=165)

Gerçekleşen Tercih / Seçenek İfadesi	**Frekans (*n*)***	**Geçerli Katılımcı Yüzdesi (%)****
Doktora gitme kararı aldım	123	74,5
Doktora gidip belli tahliller yaptırmasını söyledim	88	53,3
Kendi kendime ilaç/takviye başladım	67	40,6
Doktora gitmeyi erteledim	37	22,4

İlacı/tedaviyi bıraktım	31	18,8
Hiçbir şey yapmadım	26	15,8

Tartışma ve Sonuç: Hastaların genel YZ farkındalığı ve sağlık amaçlı dijital kullanım deneyimleri oldukça yüksektir. Katılımcılar YZ'nin klinik süreçlerdeki rolünü özellikle kozmetik uygulamalar bağlamında kabule daha eğilimli olsalar da, nihai tedavi ve yönetim kararının mutlak surette uzman hekime ait olması gerektiğinde güçlü uzlaşı mevcuttur. Genel dermatoloji polikliniği hastalarının YZ yönlendirmesiyle tıbbi tedavileri bırakma riskinin, kozmetoloji hastalarına kıyasla anlamlı yüksek olması dikkat çekici bulgudur. Genç yaş gruplarında ve eğitim seviyesi yüksek bireylerde YZ entegrasyonuna ve dijital araçlara güvene olan yatkınlığın artması, bu popülasyonlarda kontrolsüz klinik eylemleri tetikleyebilir. Buna karşın, özel bölge lezyonları gibi mahremiyet hassasiyeti yüksek durumlarda hekim muayenesine güven öncelikli konumunu korumaktadır. Sonuç olarak, klinik pratikte kontrolsüz YZ kullanımının getirebileceği tedavi uyumsuzluğu ve ilaç bırakma risklerine karşı hekimlerin hastaları aktif bilgilendirmesi ve süreci yapılandırması büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yapay Zeka, Dermatoloji

Yayın No: P-402
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Akne Vulgaris Tanılı Fertil Kadınlarda Metabolik Sendrom ve Hirşutizm Profilinin Değerlendirilmesi

Ahmet Salih Karaoğlu[1], Burçe Can Kuru[1]

[1]SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Akne vulgaris, pilosebase ünitenin kronik inflamatuvar bir hastalığı olup özellikle genç kadınlarda sık görülmektedir. Güncel çalışmalar aknenin insülin direnci, hiperinsülinemi, metabolik sendrom bileşenleri ve hiperandrojenizm ile ilişkili sistemik bir süreç olabileceğini göstermektedir. İnsülin ve insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1) aracılı besin sinyalizasyon yolakları, sebase bez aktivitesi ve androjenik uyarıyı artırarak akne patogenezine katkı sağlamaktadır. Bu çalışmanın amacı, doğurganlık çağındaki orta, şiddetli ve çok şiddetli akne vulgaris tanılı kadın hastalarda metabolik sendrom prevalansı, alt bileşenleri ve klinik hirşutizm profilinin değerlendirilmesi ve bu parametrelerin birbirleriyle olan ilişkisinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğinde klinik olarak orta, şiddetli veya çok şiddetli (Global Akne Şiddet Skalası derece 3, 4, 5) akne vulgaris tanısı alan 73 kadın hasta ile yaş açısından benzer, aktif inflamatuvar hastalığı bulunmayan (Global Akne Şiddet Skalası derece 0, 1, 2) 71 sağlıklı kadın gönüllü olmak üzere toplam 144 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların antropometrik ölçümleri (boy, kilo, vücut kitle indeksi, bel çevresi) yapılmış; arteriyel kan basınçları ölçülmüştür. En az 8 saatlik açlık sonrası venöz kan örneklerinden açlık kan glukozu, serum trigliserid ve HDL kolesterol düzeyleri çalışılmıştır. Metabolik sendrom varlığı NCEP ATP-III kriterlerine göre, hirşutizm profili ise Modifiye Ferriman-Gallwey Skoru (mFGS) ile değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS v32.0 programı kullanılmıştır.

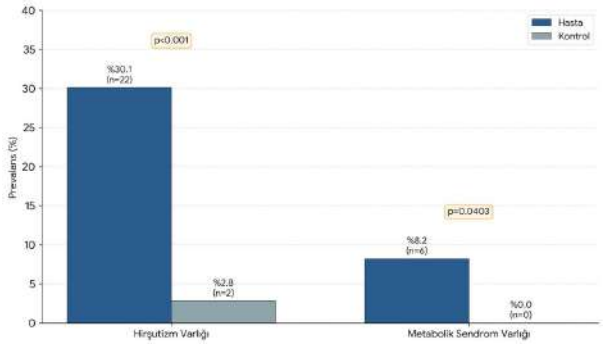
Bulgular: Akne grubunda vücut kitle indeksi, bel çevresi, sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek; HDL kolesterol düzeyi ise anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Metabolik sendrom prevalansı akne grubunda %8,2 (n=6) iken kontrol grubunda metabolik sendrom saptanmamış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,0403). Modifiye Ferriman-Gallwey skoru (mFGS) ortalaması akne grubunda anlamlı derecede yüksek saptanmış (5,68 ± 3,63'e karşılık 3,30 ± 2,03; $p < 0,001$), klinik hirşutizm sıklığı da akne grubunda belirgin olarak artmıştır (%30,1'e karşılık %2,8; $p < 0,001$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde mFGS, bel çevresi ve diastolik kan basıncı akne vulgaris varlığı ile bağımsız ilişkili bulunmuştur. ROC analizinde akne varlığını öngörmede optimal kesim noktası bel çevresi için ≥79,00 cm, mFGS için ise ≥7,00 puan olarak belirlenmiştir.

Metabolik Sendrom Kriterleri ve Hirşutizm Kriter Varlığı

KATEGORİK DEĞİŞKENLER			
Hirsutizm Varlığı • Var (Skor ≥8) • Yok (Skor <8)	22 (30,1%) 51 (69,9%)	2 (2,8%) 69 (97,2%)	p<0,0001
Bel Çevresi Kriteri • Pozitif (>88 cm) • Negatif (≤88 cm)	18 (24,7%) 55 (75,3%)	2 (2,8%) 69 (97,2%)	0,0004
Trigliserid Kriteri • Pozitif (>150 mg/dL) • Negatif (≤150 mg/dL)	4 (5,5%) 69 (94,5%)	2 (2,8%) 69 (97,2%)	0,7022
HDL Kolesterol Kriteri • Pozitif (<50 mg/dL) • Negatif (≥50 mg/dL)	16 (21,9%) 57 (78,1%)	8 (11,3%) 63 (88,7%)	0,1360
Kan Basıncı Kriteri • Pozitif (≥130/85 mmHg) • Negatif (<130/85 mmHg)	21 (28,8%) 52 (71,2%)	6 (8,5%) 65 (91,5%)	0,0036
Açlık Kan Şekeri Kriteri • Pozitif (>100 mg/dL) • Negatif (≤100 mg/dL)	4 (5,5%) 69 (94,5%)	0 (0,0%) 71 (100,0%)	0,1354
Metabolik Sendrom Varlığı • Var (Kriter Sayısı ≥3) • Yok (Kriter Sayısı <3)	6 (8,2%) 67 (91,8%)	0 (0,0%) 71 (100,0%)	0,0403

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda orta ve üzeri şiddette akne vulgarisi bulunan fertil kadınlarda metabolik sendrom prevalansı, hirşutizm sıklığı ve abdominal obezite göstergeleri sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Metabolik sendrom kontrol grubunda saptanmazken, akne grubunda %8,2 oranında görülmesi, akne vulgarisin kardiyometabolik risk faktörleriyle ilişkili olabileceğini desteklemektedir. Metabolik sendrom vaka sayısı sınırlı olmakla birlikte, bel çevresi, kan basıncı ve metabolik sendrom kriter sayısındaki anlamlı farklılıklar bu ilişkiyi güçlendirmektedir. Çok değişkenli analizlerde bel çevresi, mFGS ve diastolik kan basıncının akne varlığı ile bağımsız ilişkili bulunması, akne vulgarisin metabolik yük, hiperandrojenik aktivite ve hemodinamik değişkenlerle ilişkili sistemik bir sürecin kutanöz yansıması olabileceğini düşündürmektedir. Orta ve üzeri şiddette akne vulgaris, fertil kadınlarda yalnızca kutanöz bir hastalık değil; metabolik risk ve hiperandrojenik aktivite açısından dikkate alınması gereken sistemik bir uyarı işaretidir. Kliniğe başvuran hastaların sadece deri bulgularıyla sınırlı kalmayıp; bel çevresi, kan basıncı, lipid paneli ve mFGS skorlamasını içeren bütüncül, multidisipliner bir tarama protokolüyle değerlendirilmesi subklinik kardiyometabolik risklerin erken tanısı ve güvenli izotretinoin risk yönetimi açısından kritik önem taşımaktadır.

Hirşutizm ve Metabolik Sendrom Varlığı



Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, Hirşutizm, Metabolik sendrom

Yayın No: P-415
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Saç Boyası ve Hint Kınasına Bağlı Para-Fenilendiamin Duyarlanmasının Karşılaştırılması: Klinik Bulgular ve Yama Testi Sonuçları

Esen ÖZKAYA[1], Goncagül BABUNA KOBANER[1], Ecem GÜRELER SİRKECİ[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Para-fenilendiamin (PPD) duyarlanması en sık saç boyaları ve Hint kınası ile yapılan geçici dövmeler sonucu meydana gelmektedir. Bu çalışmada, primer duyarlanma kaynağının saç boyası veya Hint kınası olduğu hastalarda PPD duyarlanmasının demografik, klinik bulguları ve yama testi sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif kohort çalışmada, 1996-2023 yılları arasında PPD %1 vaz. ile yapılan yama testinde pozitif reaksiyon saptanan 124 hasta değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları ve yama testi sonuçları retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 124 hastanın yaşları 14-74 (medyan: 28) arasındaydı. Kadın/erkek oranı 1,5:1 idi. Hastaların %10,5'inde atopik dermatit/atopik deri öyküsü mevcuttu. PPD'ye karşı gelişen pozitif yama testi reaksiyonlarının büyük çoğunluğu (n=83, %66,9) güçlü pozitifti (++/+++). Hastaların %28,6'sında izole PPD pozitifliği saptandı. En sık çapraz reaksiyonlar; azo boyaları, toluen-2,5-diamin sülfat (TDS) ve 4,4′-diaminodifenilmetan (MDA) ile gözlendi. Primer duyarlanma kaynağı hastaların %52,9'unda saç boyası, %47,1'inde ise Hint kınasıydı. Primer duyarlanma kaynağı saç boyası olan hastalarda kuaför olma oranı daha yüksekti ($p < 0,001$). Bu grupta el ekzeması daha sık görülmekteydi ($p < 0,01$) ve izole PPD pozitifliği daha sıktı. Primer duyarlanma kaynağı Hint kınası olan hastalarda kadın cinsiyet baskındı ($p < 0,05$) ve başvurular çoğunlukla geçici dövme uygulama alanlarında gelişen mesleki olmayan ekzema nedeniyleydi. Bu grupta PPD ve çapraz reaksiyon veren maddelere karşı güçlü pozitif yama testi reaksiyonları ($p < 0,05$) ile çoklu (≥5) çapraz reaksiyonlar ($p=0,001$) daha sık gözlendi. Ayrıca MDA ile tek başına ($p < 0,05$) veya TDS ($p=0,001$), benzokain ($p < 0,05$) ve N-izopropil-N-fenil-4-PPD ($p < 0,01$) ile birlikte duyarlanma daha sık saptandı. Lojistik regresyon analizinde, Hint kınasına bağlı primer PPD duyarlanmasının çoklu (≥5) çapraz reaksiyon gelişimi ile bağımsız olarak ilişkili olduğu gösterildi.

Tartışma ve Sonuç: Bulgularımız, PPD duyarlanmasında kadın cinsiyetin baskınlığı, saç boyasının en sık primer duyarlanma kaynağı olması ve güçlü yama testi reaksiyonlarının sık görülmesi açısından önceki çalışmalarla uyumludur. Daha önce Hint kınası uygulamasının PPD duyarlanması ve p-amino bileşiklerine karşı çapraz reaksiyonlarla ilişkili olduğu, ayrıca PPD duyarlanma riskini yaklaşık dokuz kat artırdığı bildirilmiştir. Çalışmamız ise primer duyarlanma kaynağına göre klinik özellikler ve çapraz reaksiyon paternlerindeki farklılıkları ortaya koyarak PPD duyarlanmasının klinik heterojenitesine ilişkin yeni veriler sunmaktadır.Sonuç olarak, Hint

kınasına bağlı mesleki olmayan PPD duyarlanması, daha şiddetli yama testi reaksiyonları ve çoklu çapraz reaksiyonlarla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, MDA pozitifliği Hint kınasına bağlı PPD duyarlanmasını destekleyen bir bulgu olarak öne çıkarken, izole PPD pozitifliği saç boyasına bağlı primer PPD duyarlanmasına işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Para-fenilendiamin, Saç boyası, Hint kınası

Yayın No: P-416
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Pemfigus Hastalarında Rituksimab Tedavisi ve Sistemik İnflamasyon Üzerine Etkisi : Retrospektif Çalışma

Hasan Emre İlgenli[1], Sümeyye Aktaş[1], Selami Aykut Temiz[1], İlkay Özer[1], Munise Daye[1], Recep Dursun[1]

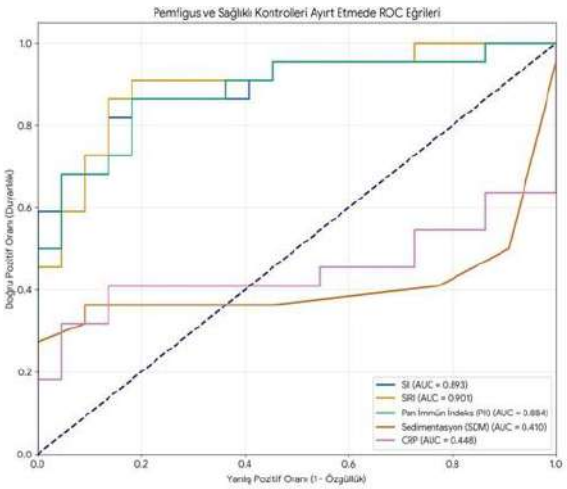
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,Meram,Konya

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, rituksimab tedavisi alan pemfigus vulgaris (PV) hastalarında sistemik inflamasyon yanıt indeksi (SIRI), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ve pan-immün-inflamasyon değerinin (PIV) tedavi öncesi ve sonrası değişiminin değerlendirilmesi ve bu hücresel indekslerin sağlıklı kontroller ile geleneksel inflamasyon belirteçleri eşliğinde rituksimabın sistemik inflamasyon üzerindeki etkilerini yansıtma potansiyelinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif kontrollü çalışmaya, 2023-2026 tarihleri arasında rituksimab tedavisi uygulanan 21 pemfigus vulgaris hastası ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 21 sağlıklı kontrol dahil edildi. Tedavi öncesi ölçümler ilk rituksimab infüzyonundan önce, tedavi sonrası ölçümler ise hastanın aldığı toplam doz sayısından bağımsız olarak son rituksimab infüzyonundan üç ay sonra elde edildi. Hastaların Pemfigus Alan Şiddet İndeksi (PDAI) skorları incelendi. SIRI, SII ve PIV tam kan sayımı parametrelerinden hesaplanırken; C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimantasyon hızı (ESR) da değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde eşleştirilmiş t-testi, Wilcoxon işaretli sıralar testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı; çoklu karşılaştırmalar Benjamini-Hochberg yöntemiyle düzeltildi. İndekslerin tanısal performansı ROC analiziyle değerlendirildi.

Bulgular: PDAI skoru tedaviyle 28.14 ± 11.92'den 1.67 ± 0.80'e gerileyerek %92.7 oranında belirgin klinik remisyon sağlandı ($p < 0.001$). Başlangıç SIRI, SII ve PIV değerleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek bulundu ($q < 0.001$) ve anlamlı tanısal doğruluk (AUC > 0.880) sergiledi. Ancak sağlanan belirgin klinik düzelmeye rağmen, tedavi sonrasında ESR, SIRI ve PIV değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı, paradoksal bir artış saptandı (sırasıyla $q=0.043$, $q=0.018$, $q=0.018$). Yeni indeksler ile CRP ve ESR arasında anlamlı bir korelasyon izlenmedi.

figur 1



Geleneksel inflamasyon parametreleri olan CRP (AUC = 0.448) ve sedimantasyon (AUC = 0.410) değerleri 0.500'ün altında kalmıştır. Bunun nedeni hastaların geçmiş sistemik kortikosteroid kullanımları ve geniş hasta içi varyasyonlardır. Buna karşılık lökosit alt tiplerinden türetilen SIRI (AUC = 0.901), SII (AUC = 0.893) ve PII (AUC = 0.884), aktif hastalık yükünü ayırt etmede %86'ya varan duyarlılık ve özgüllükle mükemmel bir tanısal doğruluk göstermiştir.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, rituksimabın PV hastalarında belirgin klinik remisyon sağladığını doğrulamaktadır. CRP ve ESR gibi geleneksel belirteçlerin aksine; SIRI, SII ve PIV gibi lökosit tabanlı yeni nesil indekslerin aktif hastalığı saptamada mükemmel tanısal doğruluğa sahip olduğu gösterilmiştir. Ancak araştırmamızın en çarpıcı bulgusu, başarılı klinik remisyona ve kortikosteroid dozlarındaki belirgin azalmaya rağmen tedavi sonrasında SIRI ve PIV değerlerinde izlenen paradoksal artıştır. Bu durum, subklinik bir nüksü veya inflamasyon alevlenmesini değil; rituksimabın B-lenfositleri spesifik olarak deplesyona uğratmasıyla formüldeki lenfosit paydasının düşmesine bağlı gelişen matematiksel bir artefaktı yansıtmaktadır. Sonuç olarak, SIRI, SII ve PIV tanı anında hastalığı saptamada değerli biyobelirteçler olsa da, lenfositi hedefleyen biyolojik ajanların takibinde doğrudan 'tedavi yanıt belirteci' olarak kullanılmamalıdır. Aksi takdirde, saptanan izole indeks artışları klinisyenleri yanlışlıkla tedavi başarısızlığı yanılgısına düşürerek hastayı gereksiz ek immünsüpresif yüküne maruz bırakabilir.Bulguların daha geniş ve prospektif çalışmalarda doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pemfigus, Rituksimab, Sistemik inflamasyon

Yayın No: P-417
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoskopi

Melanomda Nevüs Fenotipinin Klinikopatolojik Özelliklerle İlişkisi: Tüm Vücut Nevüs Haritalama Çalışması

Büşra KAYA[1], Burcu BEKSAÇ[1], Nilsel İLTER[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Melanom tanılı hastalarda, tüm vücut nevüs haritalaması (TVH) ile değerlendirilen nevüs fenotipinin melanomun klinikopatolojik özellikleriyle ilişkisini incelemek amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamıza 2024–2025 yıllarında hastanemiz deri tümörleri polikliniğinde takip edilen, histopatolojik olarak doğrulanmış melanom tanısı olan ve TVH verisi bulunan hastalar dâhil edildi. Demografik, klinik ve histopatolojik veriler hastane bilgi sisteminden elde edildi. Dermoskopik görüntüler FotoFinder Medicam1000 cihazıyla alındı. Nevüsler retiküler, globüler, homojen ve kompleks paternlere ayrılarak sayı, anatomik dağılım ve patern özellikleri değerlendirildi. Patern çeşitliliği, 1–2 düşük, 3–4 yüksek olarak sınıflandırıldı. İstatistiksel analizlerde $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 63 melanom hastası dahil edildi. Hastaların demografik ve klinikopatolojik özellikleri ile AJCC evre dağılımı Tablo 1'de özetlenmiştir. Olguların %58,7'si (n=37) invaziv melanom olup, Breslow kalınlığı ile mitoz sayısı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı ($r=0,595$, $p < 0,001$). Evre 0 ve Evre I olgular çoğunluğu oluştururken, invaziv olguların altısında lenf nodu tutulumu saptandı ve hiçbir olguda uzak metastaz izlenmedi.Toplam 2066 nevüs analiz edildi. Nevüsler en sık gövde yerleşimli (%49,5) olup dermoskopik olarak en sık retiküler patern (%87,7) görüldü; bunu kompleks (%6,6) patern izledi (Tablo 2). Fitzpatrick fototip III hastalarda invaziv melanom oranı, tip II'ye kıyasla daha düşük bulundu (%41,7 [n=10] vs %65,7 [n=23]; p=0,041). Benzer şekilde, kronik güneş maruziyeti bulunanlarda invaziv melanom oranı, maruziyet öyküsü olmayanlara göre daha düşüktü (%44,4 [n=12/27] vs %69,4 [n=25/36]; p=0,046). Tümör yerleşimine göre kompleks paternli nevüs sayısı gövde ve üst ekstremitede diğer lokalizasyonlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti (p=0,042). Diğer paternlerde anlamlı fark izlenmedi (Tablo 2). Yaş ile en belirgin ilişki globüler patern ile olup, ≤35 yaş grubunda daha yüksek bulundu (p=0,018). Tanı yaşı ile globüler ($r=-0,415$, $p < 0,01$), retiküler ($r=-0,293$, $p < 0,05$) ve kompleks paternler ($r=-0,294$, $p < 0,05$) arasında negatif korelasyon izlendi. Yaş arttıkça total nevüs sayısı ($r=-0,325$, $p < 0,01$) ile gövde ($r=-0,328$, $p < 0,01$) ve üst ekstremite yerleşimli nevüs sayılarında ($r=-0,329$, $p < 0,01$) azalma gözlendi. Breslow kalınlığı ile globüler ($r=-0,396$, p=0,015) ve kompleks paternli nevüs sayıları ($r=-0,340$, p=0,039) ile patern çeşitliliği ($r=-0,459$, p=0,004) arasında negatif korelasyon saptanırken, total nevüs sayısı ile ilişki anlamlı değildi ($r=-0,305$, p=0,067).

Tablo 1. Hastaların demografik, klinikopatolojik özellikleri ve AJCC evre dağılımı

Değişken	**Grup**	**n (%) / Değer**
Demografik Özellikler		
Cinsiyet	Kadın	33 (52,4)
	Erkek	30 (47,6)
Yaş (yıl)		54,03±16,97 (23–83)
Tanı yaşı (yıl)		50,4±17,2 (21–81)
Tanı yaşı grubu	≤35 yaş	15 (23,8)
	> 35 yaş	48 (76,2)
Fitzpatrick deri fototipi	Tip II	35 (55,6)
	Tip III	24 (38,1)
	Tip IV	4 (6,3)
Klinikopatolojik Özellikler		
Tümör yerleşimi	Baş-boyun	15(23,8)
	Gövde	29(46)
	Alt ekstremite	11(17,5)
	Üst ekstremite	8(12,7)
Breslow kalınlığı (mm)		1,79±2,25 (0,23–12); ortanca: 0,52 (IQR: 0–1,90)
Mitoz (mm^2 başına)		2,7±4,45 (0–18); ortanca: 0 (IQR: 0–3)

AJCC Evre Dağılımı		
Evre	0	26 (41,3)
	IA	16 (25,4)
	IB	10 (15,9)
	IIA	3 (4,8)
	IIB	2 (3,2)
	IIIA	2 (3,2)
	IIIB	1 (1,6)
	IIIC	3 (4,8)

Tablo 2. Anatomik bölgelere ve tümör yerleşimine göre nevüs sayıları ile dermoskopik patern dağılımı

A. Anatomik bölgelere göre nevüs sayıları ve dermoskopik patern dağılımı						
Anatomik bölge	**Retiküler nevüs sayısı(%)**	**Globüler nevüs sayısı (%)**	**Homojen nevüs sayısı (%)**	**Kompleks nevüs sayısı (%)**	**Toplam nevüs sayısı**	
Baş-boyun	79 (68,7)	20 (17,4)	2 (1,7)	14 (12,2)	115	
Gövde	868 (84,9)	67 (6,5)	0 (0)	88 (8,6)	1023	
Üst ekstremite	457 (91,8)	19 (3,8)	1 (0,2)	21 (4,2)	498	

Alt ekstremite	407 (94,7)	8 (1,9)	0 (0)	15 (3,5)	430	
B. Tümör yerleşimine göre nevüs sayıları ve dermoskopik patern dağılımı						
Ölçüm	**Baş boyun[1]**	**Gövde[2]**	**Alt ekstremite[3]**	**Üst ekstremite[4]**	**p**	**fark**
	Ortanca (Min-Maks)	**Ortanca (Min-Maks)**	**Ortanca (Min-Maks)**	**Ortanca (Min-Maks)**		
Total nevüs	15 (3-62)	29 (1-178)	18 (4-79)	28,5 (5-74)	0,365	
Retiküler nevüs sayısı	10 (3-59)	24 (1-174)	18 (3-78)	22,5 (5-49)	0,351	
Globüler nevüs sayısı	0 (0-2)	1 (0-12)	0 (0-6)	0,5 (0-20)	0,438	
Homojen nevüs sayısı	0 (0-2)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,09	
Kompleks nevüs sayısı	0 (0-4)	2 (0-9)	0 (0-5)	3,5 (0-13)	0,042	2,4>1,3

Veriler ortanca (minimum–maksimum) olarak sunulmuştur. p: Kruskal–Wallis testi; fark: Mann–Whitney U testi ile belirlenen ikili karşılaştırmalar.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, TVH ile nevüs fenotipini değerlendirerek melanomun klinikopatolojik özellikleri ile ilişkilendiren sınırlı sayıdaki çalışmalardan biridir. Yaşa bağlı patern dağılımı literatürle uyumlu olup, globüler patern ≤35 yaşta baskındır.Gövde ve üst ekstremite yerleşimli melanomlarda kompleks paternli nevüslerin artışı, farklılaşan yolak

modeliyle açıklanabilir. Bu modele göre melanomlar, kronik güneş hasarı ile ilişkili olanlar ile nevüs-ilişkili olup daha çok gövde ve ekstremitelerde gelişenler olmak üzere iki ana yol üzerinden gelişmektedir. Kompleks dermoskopik paternlerin melanom riskiyle ilişkisi de göz önüne alındığında, bulgularımız bu özelliklerin kesiştiği bir fenotipik örüntüye işaret etmektedir. Literatürde çoğunlukla lezyon düzeyinde ele alınan bu ilişkinin, çalışmamız doğrultusunda genel nevüs fenotipi düzeyinde de değerlendirilebileceği düşünülmektedir.Globüler ve kompleks paternli nevüsler ile patern çeşitliliğinin Breslow kalınlığı ile ters ilişkisi de nevüs fenotipinin tümör kalınlığıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde yüksek nevüs sayısı ile düşük Breslow kalınlığı arasındaki ilişki artmış sürveyans ve erken tanı ile açıklanmakta olup, çalışmamızda bu ilişkinin gösterilememesi, dermoskopik patern özelliklerinin nevüs yükünden bağımsız prognostik değer taşıyabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda daha geniş ve çok merkezli çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: melanom, nevüs fenotipi, total vücut nevüs haritalama

Yayın No: P-420
Bildiri Grubu: Genel / Pigmentasyon hastalıkları

Melazma Hastalarında Sistemik İnflamasyon Markırları ile Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Deniz Duman Günsay[1], Esranur Ünal[2], Muhammed Burak Yücel[3], Merve Kaya[4]

[1]hatay mustafa kemal üniversitesi tayfur ata sökmen tıp fakültesi
[2]ufuk üniversitesi tıp fakültesi
[3]ergani devlet hastanesi
[4]bursa yüksek ihtisas eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş ve Amaç: Melazma, özellikle güneşe maruz kalan yüz bölgelerinde görülen, kronik ve edinilmiş bir hiperpigmentasyon hastalığıdır. Güncel çalışmalar, melazma patogenezinde yalnızca melanosit hiperaktivitesinin değil, inflamasyon ve oksidatif stresin de önemli rol oynadığını göstermektedir. Nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ve sistemik inflamasyon yanıt indeksi (SIRI), sistemik inflamasyonu yansıtan kolay ulaşılabilir hematolojik belirteçlerdir. Bu çalışmada melazma hastalarında hastalık şiddeti ile sistemik inflamasyon belirteçleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Ekim 2023–Mayıs 2025 tarihleri arasında kliniğimizde klinik ve dermatoskopik olarak melazma tanısı alan 70 hasta dahil edildi. Gebe veya emziren bireyler, sistemik hastalığı bulunanlar ve son altı ay içinde sistemik antiinflamatuvar tedavi kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalık şiddeti modifiye Melasma Alan ve Şiddet İndeksi (mMASI) ile değerlendirildi. Tam kan sayımından elde edilen nötrofil, lenfosit, monosit ve trombosit değerleri kullanılarak NLR, PLR, SII ve SIRI hesaplandı. mMASI ile inflamasyon belirteçleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 70 hasta dahil edildi. Hastaların %97,1'i kadın olup yaş ortalaması 39,6±9,5 yıldı. Ortalama hastalık süresi 48 ay olarak bulundu. mMASI skoru ile NLR (ρ=0,407; $p < 0,001$), SIRI (ρ=0,348; p=0,0031) ve SII (ρ=0,329; p=0,0054) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Buna karşın mMASI ile PLR arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (ρ=0,19; p=0,12).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda melazma hastalarında hastalık şiddeti arttıkça NLR, SII ve SIRI değerlerinin de arttığı gösterildi. Bu bulgular, melazmanın yalnızca lokal bir pigmentasyon bozukluğu olmadığını, sistemik inflamatuvar yanıtla da ilişkili olabileceğini desteklemektedir. Ultraviyole maruziyetinin tetiklediği oksidatif stres ve inflamatuvar sitokin salınımının melanosit aktivitesini artırarak melanogenezi uyardığı bilinmektedir. Elde ettiğimiz sonuçlar, bu biyolojik mekanizmaların sistemik inflamasyon belirteçlerine de yansıyabileceğini düşündürmektedir.Literatürde melazma hastalarında NLR, SII, SIRI ve PLR'nin hastalık şiddeti ile ilişkisini birlikte değerlendiren çalışma bulunmaması nedeniyle araştırmamızın bu açıdan

özgün olduğu düşünülmektedir. Özellikle NLR'nin en güçlü korelasyonu göstermesi, nötrofil aracılı inflamasyonun melazma patogenezindeki olası rolünü desteklemektedir. Buna karşılık PLR ile anlamlı ilişki saptanmaması, trombositlerin hastalık sürecindeki katkısının daha sınırlı olabileceğini veya PLR'nin melazmadaki inflamasyonu yansıtmada daha düşük duyarlılığa sahip olduğunu düşündürmektedir.Kolay ulaşılabilir ve düşük maliyetli hematolojik parametreler olan NLR, SII ve SIRI'nin melazma hastalarında hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde yardımcı biyobelirteçler olarak kullanılabileceği kanaatindeyiz. Bununla birlikte çalışmanın retrospektif tasarımı, tek merkezde gerçekleştirilmiş olması ve örneklem sayısının sınırlı olması önemli kısıtlılıklardır. Bulguların daha geniş hasta serileri ve çok merkezli prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: melasma, hematolojik parametreler, sistemik inflamasyon

Yayın No: P-421
Bildiri Grubu: Genel / Yapay Zeka

PD-1/PD-L1 İnhibitörü İlişkili Kutanöz İmmün Advers Olayların Yapay Zekâ Destekli Retrospektif İncelenmesi

Bengisu Özarslan Ercis[1], Eda Begüm Erce[1], Muhammed Kerem Özkan[1], Asude Kara Polat[1], Hande Ermiş Akkuş[1], Esra Saraç[2], Savaş Yaylı[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Amerikan Hastanesi, Dermatoloji bölümü, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Programlanmış hücre ölümü proteini-1/programlanmış hücre ölümü ligandı-1 (PD-1/PD-L1) inhibitörleri ile ilişkili kutanöz immün advers olaylar (cirAE), farklı klinik fenotiplerde, değişken zamanlamayla ve farklı şiddet derecelerinde ortaya çıkabilmektedir. Gerçek yaşam verilerinde bu reaksiyonların klinik spektrumu, başlangıç özellikleri ve tedavi yönetimine etkileri sınırlı olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada, büyük dil modeli (LLM) tabanlı yapay zekâ taramasıyla belirlenen PD-1/PD-L1 inhibitörleri ile ilişkili cirAE olgularının klinik fenotip dağılımı, fenotipe bağlı ortaya çıkış zamanı, bazal inflamatuvar belirteç düzeyleri, tedavi yönetimi ve genel sağkalımı gerçek yaşam koşullarında değerlendirilmiştir.

Yöntem: Koç Üniversitesi Hastanesi'nde 2020-2026 yılları arasında dermatoloji konsültasyonu istenen hasta kayıtları, kurumsal veri gizliliği politikaları doğrultusunda anonimleştirildikten sonra, amaca yönelik geliştirilen LLM tabanlı bir yapay zekâ ajanıyla serbest metin üzerinde tarandı; aday olgular konsensus ile doğrulandı. Fenotipler National Comprehensive Cancer Network (NCCN) algoritmalarına göre ailelere ayrıldı. NCCN'de cirAE için algoritması bulunmayan reaksiyonlar ayrı bir aile olarak ele alındı. Çıkarımsal karşılaştırmalar ≥3 hasta içeren grupları kapsadı; daha az hasta içeren aileler tanımlayıcı olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerde Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi, etki büyüklüğü η^2 ve Dunn-Bonferroni post-hoc analizi; kategorik değişkenlerde Fisher testi kullanıldı. Genel sağkalım Kaplan-Meier yöntemiyle değerlendirildi. Tüm çıkarımsal analizler keşifsel olarak yorumlandı.

Bulgular: Yirmi dokuz hastanın ortalama yaşı 57,6±12,8 yıl olup 19'u (%66) kadındı; 27'si (%93) anti-PD-1 tedavi almaktaydı. En sık fenotip aileleri makülopapüler ilaç reaksiyonu (n=15, %52) ve psoriazis/psoriaziform reaksiyondu (n=5, %17). Bunu büllöz (n=2, %7), oral mukozal (n=2, %7), likenoid reaksiyonlar (n=1, %3) ve vitiligo (n=1, %3) izledi; akneiform ve tırnak değişiklikleri diğer grup içinde 3 olguda (%10) saptandı. Olguların %90'ında reaksiyon şiddeti CTCAE derece 1–2 olarak değerlendirildi. Ortaya çıkış zamanı fenotipe bağlı gradiyent gösterdi: makülopapüler reaksiyonlar erken (medyan 22 gün/2. siklus), psoriazis/psoriaziform reaksiyonlar daha geç (medyan 113 gün/6. siklus), büllöz ve oral mukozal reaksiyonlar ise en geç dönemde (600–900 gün) ortaya çıktı. Genel karşılaştırmada istatistiksel anlamlılığa ulaşılmadı ancak geniş etki büyüklüğü izlendi (Kruskal-Wallis p=0,072; η^2=0,164). Olguların 6'sı (%21) tedavi başlangıcından 12 ay sonra ortaya çıktı; en geç başlangıç yaklaşık 5 yıl sonra izlendi. Keşifsel biyobelirteç analizinde bazal C-reaktif protein (CRP) düzeyi fenotip ailesine göre farklı

bulundu (makülopapüler > psoriazis/psoriaziform > diğer; p=0,007; η^2=0,398; Dunn testi makülopapüler ve diğer karşılaştırması p=0,030). Ancak bu ilişki eşzamanlı tedaviden ayrıştırılamadı; CRP eşzamanlı tedavi alanlarda monoterapiye göre belirgin yüksekti (medyan 26,5 ve 3 mg/L; p=0,002). İmmünoterapi 25 hastada (%86) sürdürülürken sistemik kortikosteroid tedavisi 7 hastada (%24) kullanıldı. Medyan 17 aylık takipte 7 ölüm gözlendi; medyan sağkalıma ulaşılmadı ve fenotip ailesine göre sağkalım farkı saptanmadı (log-rank p=0,29).

Tartışma ve Sonuç: Bu gerçek yaşam serisinde PD-1/PD-L1 inhibitörleri ile ilişkili cirAE'lerin çoğu hafif-orta şiddette seyretmiş ve immünoterapinin devamına engel olmamıştır. Bununla birlikte, ortaya çıkış zamanının fenotipe göre geniş etki büyüklüğüyle farklılaşması ve olguların yaklaşık beşte birinin geç ortaya çıkması klinik olarak dikkat çekicidir. CRP-fenotip ilişkisi hipotez oluşturucudur ve prospektif olarak daha geniş kohortlarda doğrulanmalıdır. LLM tabanlı yapay zekâ taraması immünoterapi ilişkili aday olguların belirlenmesini kolaylaştırmıştır. Bulgular keşifsel nitelikte olmakla birlikte, immünoterapi alan hastalarda dermatolojik izlemin yalnızca tedavinin erken dönemine odaklanmaması, geç başlangıçlı fenotipler açısından uzun dönem sürdürülmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İmmün kontrol noktası inhibitörleri, Kutanöz immün advers olaylar, Yapay zekâ

Yayın No: P-423
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Biyolojik Tedavi Alan Psoriasis Hastalarında Tüberküloz Taraması ve İzlemine İlişkin Gerçek Yaşam Verileri: Retrospektif Bir Kohort Çalışması

Sema KOÇ YILDIRIM[1], Saadet Miray AYYILDIZ[1], Neslihan DEMİREL ÖĞÜT[1], Ece ERBAĞCI[1], Simge ÜNAL IŞIK[1], Ece GÖKYAYLA[2]

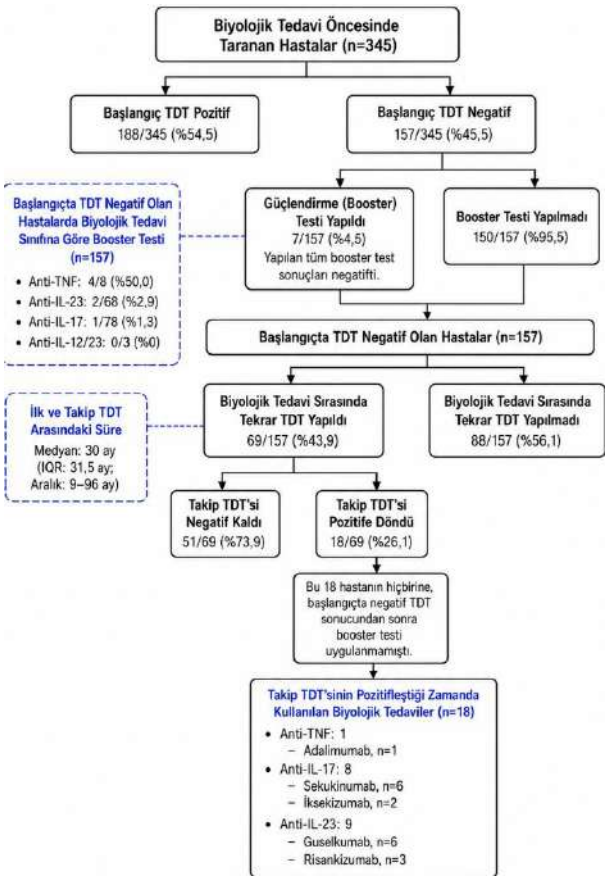
[1]Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Psoriasis tedavisinde biyolojik ajanların kullanımı giderek artarken, latent tüberküloz enfeksiyonunun (LTBE) taranması tedavi öncesi güvenlik yaklaşımının temel bileşenlerinden biridir. Özellikle IL-17 ve IL-23 inhibitörlerinin tüberküloz reaktivasyonu açısından düşük riskli olduğu bildirilmekle birlikte, gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışmada biyolojik tedavi alan psoriasis hastalarında başlangıç tüberküloz taraması, booster testi uygulamaları, takipte tüberküloz deri testi (TDT) dönüşümü ve aktif tüberküloz gelişimi değerlendirildi.

Yöntem: Haziran 2020-Temmuz 2025 tarihleri arasında Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniklerinde biyolojik ajan tedavisi alan 345 psoriasis hastasının kayıtları retrospektif olarak incelendi. Demografik ve klinik özellikleri, biyolojik tedavi sınıfı, başlangıç ve takip TDT sonuçları, booster testi uygulamaları ile aktif tüberküloz gelişimi değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 16'sı (%4,6) anti-TNF-α, 169'u (%49,0) IL-17 ve 157'si (%45,5) IL-23 inhibitörü kullanmaktaydı. Başlangıçta hastaların %54,5'inde TDT pozitifti. Başlangıç TDT'si negatif olan 157 hastanın yalnızca 7'sine (%4,5) booster testi uygulanmış ve tüm sonuçlar negatif bulunmuştur. Bu hastaların 69'una biyolojik tedavi sırasında tekrar TDT yapılmış, iki TDT arasındaki medyan süre 30 ay olup 18'inde (%26,1) TDT pozitifleşmesi saptanmıştır. Takipte TDT pozitifleşen hastaların hiçbirine başlangıçta booster testi uygulanmamıştı. Erkek cinsiyet (p=0,003) ve yüksek bazal PASI skoru (p=0,038), TDT serokonversiyonu ile anlamlı olarak ilişkili bulundu. Psoriatik artriti olan hastalarda takip TDT uygulanma oranı daha yüksekti (p=0,029). Medyan 110 haftalık izlem süresince hiçbir hastada aktif tüberküloz gelişmedi. Biyolojik tedavi alan psoriasis hastalarında latent tüberküloz taraması ve takip TDT sonuçlarının akış şeması Şekil 1'de belirtilmiştir.

Şekil-1



Biyolojik tedavi alan psoriasis hastalarında latent tüberküloz taraması ve takip tüberküloz deri testi (TDT) sonuçlarının akış şeması

Tartışma ve Sonuç: Gerçek yaşam verilerimizde, biyolojik tedavi süresince bazı hastalarda TDT dönüşümü saptanmasına rağmen, hastaların %94,5'ini IL-17 veya IL-23 inhibitörü kullanan olguların oluşturduğu bu kohortta medyan 110 haftalık izlem boyunca hiçbir hastada aktif tüberküloz gelişmedi. Bu bulgu, uygun latent tüberküloz taraması yapılan psoriasis hastalarında güncel biyolojik ajanların, özellikle IL-17 ve IL-23 inhibitörlerinin, tüberküloz reaktivasyonu açısından düşük riskli olduğuna ilişkin mevcut literatürü desteklemektedir. Bununla birlikte, başlangıçta önerilen booster testinin yalnızca %4,5 oranında uygulanmış olması, takipte saptanan TDT pozitifliklerinin yorumlanmasını güçleştiren önemli bir gerçek yaşam sorunu olarak dikkat çekmektedir. Bu bulguların doğrulanması için çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmakla birlikte, biyolojik tedavi öncesi ulusal tarama protokollerine uyumun klinik önemini koruduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: psoriasis, tüberküloz taraması, Biyolojik tedavi

Yayın No: P-424
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Ürtikeryal Vaskülit ve Ürtiker Hastalarında Tedavi Öncesi Nötrofil-Lenfosit Oranının Karşılaştırılması ve Ürtikeryal Vaskülitte Direkt İmmünfloresan/Laboratuvar Bulgularının Retrospektif Değerlendirilmesi

AYLİZ AKBULUT[1], AYŞE ESRA KOKU AKSU[1], VİLDAN MANAV[3]

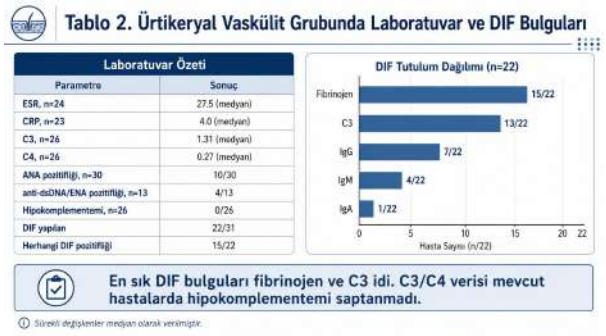
[1]İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI
[2]İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ PATOLOJİ
[3]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Ürtikeryal vaskülit, klinik olarak ürtiker ile karışabilen ancak histopatolojik, immünolojik ve sistemik değerlendirme açısından farklılık gösteren bir hastalıktır. Nötrofil-lenfosit oranı, inflamasyonu yansıtan kolay ulaşılabilir bir hematolojik parametre olarak çeşitli inflamatuvar hastalıklarda araştırılmaktadır. Bu çalışmada, ürtikeryal vaskülit ve ürtiker hastalarında tedavi öncesi nötrofil-lenfosit oranının karşılaştırılması ve ürtikeryal vaskülit hastalarında direkt immünfloresan bulguları ile ek laboratuvar parametrelerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif, tek merkezli çalışmaya toplam 62 hasta dahil edildi. Hastaların 31'i ürtiker, 31'i ürtikeryal vaskülit grubundaydı. Her iki grupta yaş, cinsiyet, beyaz küre sayısı, mutlak nötrofil sayısı, mutlak lenfosit sayısı ve tedavi öncesi nötrofil-lenfosit oranı kaydedildi. Ürtikeryal vaskülit grubunda ek olarak eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, serum C3/C4 düzeyleri, ANA, anti-dsDNA/ENA, hipokomplementemi varlığı ve direkt immünfloresan bulguları değerlendirildi. Serum C3 için 0.9–1.8, C4 için 0.1–0.4 aralığı normal kabul edildi. C3 < 0.9 veya C4 < 0.1 olması hipokomplementemi olarak tanımlandı. Sürekli değişkenler medyan değerler ile özetlendi. Gruplar arası nötrofil-lenfosit oranı karşılaştırmasında Mann–Whitney U testi kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular: Ürtiker grubunda tedavi öncesi nötrofil-lenfosit oranı medyanı 2.67, ürtikeryal vaskülit grubunda ise 2.53 olarak saptandı. İki grup arasında nötrofil-lenfosit oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p=0.725$). Ürtikeryal vaskülit grubunda sedimentasyon verisi 24 hastada mevcuttu ve medyan değer 27.5 mm/saat idi. C-reaktif protein verisi 23 hastada mevcuttu ve medyan değer 4.0 olarak saptandı. C3 ve C4 düzeyleri 26 hastada değerlendirilebildi; C3 medyanı 1.31, C4 medyanı 0.27 idi. C3/C4 verisi mevcut olan hastaların hiçbirinde hipokomplementemi saptanmadı. ANA sonucu mevcut olan 30 hastanın 10'unda ANA pozitifliği, anti-dsDNA/ENA sonucu mevcut olan 13 hastanın 4'ünde pozitiflik izlendi. Ürtikeryal vaskülit grubunda 22 hastaya direkt immünfloresan inceleme yapılmıştı. Bu hastaların 15'inde en az bir immün depozit pozitifliği saptandı. En sık direkt immünfloresan bulguları fibrinojen pozitifliği ve C3 pozitifliği idi; fibrinojen 15/22, C3 13/22, IgG 7/22, IgM 4/22 ve IgA 1/22 hastada pozitifti. Direkt immünfloresan pozitif ve negatif hastalar arasında nötrofil-lenfosit oranı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0.481$).

TABLO-2 ÜRTİKERYAL VASKÜLİT GRUBUNDA LABORATUVAR VE DİF BULGULARI



ÜRTİKER VE ÜRTİKERYAL VASKÜLİT HASTALARINDA TEMEL BULGULAR



Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada ürtikeryal vaskülit ve ürtiker hastaları arasında tedavi öncesi nötrofil-lenfosit oranı açısından anlamlı fark saptanmadı. Bulgularımız, nötrofil-lenfosit oranının ürtikeryal vasküliti ürtikerden ayırmada tek başına yeterli bir biyobelirteç olmayabileceğini düşündürmektedir. Ürtikeryal vaskülit değerlendirmesinde klinik bulgular, histopatolojik inceleme, direkt immünfloresan bulguları, kompleman düzeyleri ve otoimmünite belirteçlerinin birlikte yorumlanması önemlidir. Çalışmamızda direkt immünfloresan yapılan hastalarda en sık fibrinojen ve C3 birikimi saptanırken, serum kompleman verisi mevcut hastalarda hipokomplementemi izlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Ürtikeryal vaskülit, ürtiker, nötrofil-lenfosit oranı

Yayın No: P-431
Bildiri Grubu: Genel / Saç hastalıkları

Alopesi Areata Hastalarında Depresyon, Anksiyete, Umutsuzluk, İntihar Olasılığı ve Madde Kullanımı: Bir Olgu-Kontrol Çalışması

Öykü Alagöz Köpür[1], Ali Erdoğan[2], Caner Vardar[1], Erkan Alpsoy[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Türkiye
[2]Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Alopesi areata (AA), uzun süreli, bağışıklık sistemi aracılı, saçlı deri, kaş, kirpik ve diğer kıllı bölgelerde ani başlangıçlı, sikatris bırakmayan, saç/kıl kaybı ile ayırt edilen bir hastalıktır. Sıklıkla vücudun görünür alanlarını etkilemesi nedeniyle yaşam kalitesinde belirgin bozulma, sosyal izolasyon, damgalanma, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Bununla birlikte, AA hastalarında umutsuzluk, intihar olasılığı ve özellikle madde kullanımına ilişkin çalışmalar son derece sınırlıdır. Bu çalışmada AA hastalarında depresyon, anksiyete, umutsuzluk, intihar olasılığı ve madde kullanımının sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu kesitsel olgu-kontrol çalışmasına Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Dermatovenerolojı Polikliniği'nde takip edilen, ardışık olarak, 50 erişkin AA hastası ve 200 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Tüm katılımcılara Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Beck Umutsuzluk Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve araştırmacılar tarafından hazırlanan madde kullanım formu uygulandı. AA grubunda hastalık süresi, SALT skoru, klinik tip ve tutulum bölgeleri kaydedildi.

Bulgular: AA grubunda DYKİ, HADS-Anksiyete, HADS-Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla $p < 0,001$; $p=0,038$; $p=0,003$ ve $p=0,006$) (Tablo 1). İntihar Olasılığı Ölçeği skorları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,320$). Klinik depresyon riski (HADS-D≥8) AA grubunda %60, kontrol grubunda %38,5 idi; AA varlığı çok değişkenli lojistik regresyon analizinde depresyon ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (düzeltilmiş OR: 2,38; $p=0,013$). Herhangi bir madde kullanımı AA grubunda %10, kontrollerde %1,5 oranında saptandı ve çok değişkenli lojistik regresyon analizinde AA ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (düzeltilmiş OR: 6,93; $p=0,014$). AA grubunda DYKİ skoru ile HADS-Anksiyete ($\rho=0,474$; $p < 0,001$), HADS-Depresyon ($\rho=0,339$; $p=0,016$) ve Beck Umutsuzluk ($\rho=0,442$; $p=0,001$) skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon izlendi. Buna karşın SALT skoru, hastalık süresi, kaş veya kirpik tutulumu ile psikolojik ölçekler arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Tablo 1. Alopesi areata hastaları ve kontrol grubunda psikolojik ölçekler ve madde kullanımının karşılaştırılması

Değişken	AA (n=50)	Kontrol (n=200)	p
DYKİ, medyan (IQR)	7 (1–14)	2 (0–4)	<0,001
HADS-Anksiyete, medyan (IQR)	9 (7–11)	7 (3–11)	0,038
HADS-Depresyon, medyan (IQR)	8 (5–11)	6 (2–9)	0,003
Beck Umutsuzluk, medyan (IQR)	6 (4–10)	3,5 (1–9)	0,006
İntihar Olasılığı, medyan (IQR)	73 (66–79,5)	71 (54–83)	0,320
Herhangi bir madde kullanımı, n (%)	5 (10,0)	3 (1,5)	0,009

Tartışma ve Sonuç: AA, bireyin dış görünüşünü doğrudan etkileyen ve bu nedenle psikososyal iyilik hali üzerinde önemli olumsuz etkiler oluşturabilen bir hastalıktır. Çalışmamızda da AA hastalarında psikolojik yükün, özellikle depresyon ve umutsuzluk açısından sağlıklı bireylere göre belirgin olarak arttığı gösterilmiştir. Bunun yanında, AA hastalarında madde kullanım sıklığının anlamlı derecede yüksek bulunması, dermatoloji pratiğinde psikososyal değerlendirmenin yalnızca depresyon ve anksiyete ile sınırlı kalmaması gerektiğini düşündürmektedir. Bulgularımız, psikolojik yükün objektif klinik hastalık şiddetinden daha çok hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmanın tek merkezli olması, kesitsel tasarımı ve AA grubundaki sınırlı örneklem sayısı bulguların genellenebilirliğini kısıtlayabilir. Bununla birlikte bu bulgular, AA hastalarının yalnızca klinik hastalık şiddeti açısından değil, psikososyal açıdan da düzenli değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda multidisipliner yaklaşımla desteklenmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: alopesi areata, madde kullanımı, saç hastalıkları

Yayın No: P-433
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Seboreik Dermatit Tanılı Hastalarda Çinko Seviyesi İle Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

İpek Su Yücesoy Turunç[1], Burçe Can Kuru[1]

[1]Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

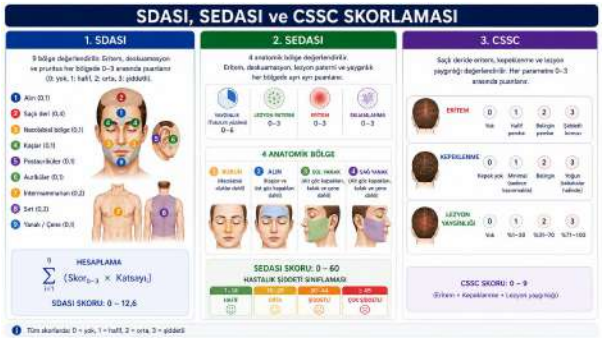
Giriş ve Amaç: Seboreik dermatit (SD); seboreik bölgelerde eritem ve sarımsı yağlı skuamlarla seyreden, kronik tekrarlayıcı inflamatuar bir deri hastalığıdır. Çinko; immün yanıt, antioksidan savunma, keratinosit diferansiyasyonu ve epidermal bariyer bütünlüğünün korunmasında görev alan esansiyel bir eser elementtir. Bu çalışmada SD hastalarında serum çinko düzeyinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması; ayrıca serum çinko düzeyinin hastalık şiddeti ve hastalık süresi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Seboreik Dermatit Patogenezi



Yöntem: Bu kesitsel, analitik vaka-kontrol çalışmasına 15.10.2025–15.04.2026 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran, klinik olarak SD tanısı alan 150 hasta ile demografik olarak benzer 142 sağlıklı kontrol dahil edildi. Yalnızca normal kilolu (VKİ 18.5–25.0 kg/m²) ve 18 yaş üstü bireyler çalışmaya alındı. Hastalık şiddeti SDASI, yüz odaklı SEDASI ve saçlı deri odaklı CSSC skorlama sistemleri ile değerlendirildi. Tüm katılımcılardan açlık durumunda venöz kan örneği alınarak serum çinko düzeyi laboratuvarın yaş ve cinsiyete göre belirlenen referans aralıkları (70–114 ve 72.6–127 µg/dL) dikkate alınarak yorumlandı. Veriler R 4.5.2 yazılımı ile analiz edildi; istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Hastalık Şiddeti Değerlendirilmesi



Hastalık şiddeti 3 skorlama sistemi kullanılarak yapılmıştır. Bu skorlamalar SDASI, SEDASI ve CSSC skorlamalarıdır.

Bulgular: Hasta ve kontrol grupları arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0.176; p=0.076). VKİ medyanı SD grubunda 23.70 (18.6–25.0) kg/m², kontrol grubunda 23.15 (18.6–24.9) kg/m² olarak hesaplandı ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.008). Serum çinko düzeyi medyanı SD grubunda 94.5 (64–201) µg/dL, kontrol grubunda 98 (63–167) µg/dL idi; gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0.105). Serum çinko düzeyi kategorik olarak değerlendirildiğinde de gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p=0.894). Serum çinko düzeyi ile SDASI (r=0.042; p=0.609), SEDASI (r=0.066; p=0.420) ve CSSC (r=−0.029; p=0.726) skorları arasında anlamlı korelasyon gösterilemedi. Lojistik regresyon analizinde serum çinko düzeyi SD varlığı için bağımsız belirleyici olarak saptanmadı (çok değişkenli OR=0.990; p=0.166). Tutulum bölge sayısı, SEDASI ile çok güçlü pozitif korelasyon gösterdi (r=0.879; p < 0.001) ve lineer regresyonda anatomik tutulum bölgeleri SDASI'nin başlıca bağımsız belirleyicileri olarak öne çıktı (R^2=0.585). Hastalık süresi ile SDASI ve SEDASI arasında zayıf ancak anlamlı pozitif korelasyon bulundu (sırasıyla r=0.227; p=0.006 ve r=0.222; p=0.008). Erkek hastalarda SDASI, SEDASI ve serum çinko düzeyi kadın hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Hasta ve Kontrol Grubunda Serum Çinko Düzeyleri

	Tüm Hastalar (n = 292)	Kontrol (n=142)	SD (n=150)	p
Serum Çinko Düzeyi				0.105
Ortalama	97.17 ± 17.12	98.21 ± 15.93	96.18 ± 18.18	
Ortanca	96 (63 - 201)	98 (63 - 167)	94.5 (64 - 201)	
Serum Çinko Düzeyi (Kategori)				0.894
Normal	267 (91.44%)	131 (92.25%)	136 (90.67%)	

Düşük	8 (2.74%)	4 (2.82%)	4 (2.67%)	
Yüksek	17 (5.82%)	7 (4.93%)	10 (6.67%)	

Gruplar arasında serum çinko düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.105).

Serum Çinko Düzey Kategorilerine Göre Klinik Parametrelerin Karşılaştırması

	Tüm Hastalar (n = 150)	Normal (n = 136)	Düşük (n = 4)	Yüksek (n = 10)	p
Hastalık Süresi (yıl)					0.045
Ortalama	4.42 ± 5.67	4.72 ± 5.85	1.56 ± 0.88	1.27 ± 1.51	
Ortanca	2 (0.08 - 30)	2 (0.08 - 30)	2 (0.25 - 2)	1 (0.08 - 5)	
SEDASI Skoru					0.579
Ortalama	9.69 ± 8.54	9.94 ± 8.73	6 ± 5.16	7.8 ± 6.73	
Ortanca	8 (0 - 51)	8 (0 - 51)	6 (0 - 12)	6 (0 - 17)	
SEDASI Skoru Sınıflaması					0.985
Yok	31 (20.67%)	28 (20.59%)	1 (25.00%)	2 (20.00%)	
Hafif	80 (53.33%)	71 (52.21%)	3 (75.00%)	6 (60.00%)	
Orta	37 (24.67%)	35 (25.74%)	0 (0.00%)	2 (20.00%)	
Şiddetli	1 (0.67%)	1 (0.74%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
Çok şiddetli	1 (0.67%)	1 (0.74%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
SDASI Skoru					0.625
Ortalama	2.82 ± 1.37	2.85 ± 1.4	2.4 ± 1.36	2.57 ± 0.96	
Ortanca	2.5 (0.3 - 7.3)	2.6 (0.3 - 7.3)	1.85 (1.5 - 4.4)	2.15 (1.6 - 4.6)	
CSSC Skoru					0.198

Ortalama	4.29 ± 1.69	4.36 ± 1.71	3.5 ± 1.73	3.6 ± 1.35	
Ortanca	4 (0 - 9)	4 (0 - 9)	3 (2 - 6)	3 (2 - 6)	

SEDASI skoru ve SDASI skoru açısından serum çinko düzey kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0.579 ve p=0.625). Benzer şekilde, SEDASI skor sınıflaması ile serum çinko düzey kategorileri arasında anlamlı ilişki izlenmedi (p=0.985). CSSC skorları değerlendirildiğinde de serum çinko düzey kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.198).

Tartışma ve Sonuç: Çinkonun immünmodülasyon, antioksidan aktivite, keratinosit proliferasyonu ve diferansiyasyonunun düzenlenmesi ile epidermal bariyer bütünlüğünün korunmasındaki rolü nedeniyle, SD patogenezinde de çok yönlü şekilde etkili olabileceği düşünülmektedir. Sistemik düzeyde ise SD hastalarında serum çinko düzeylerini araştıran ve çinkonun SD patogenezindeki olası rolüne ilişkin literatür kısıtlıdır. Çalışmamızın sonuçları, serum çinko düzeyinin SD gelişiminde bağımsız belirleyici bir faktör olmayabileceğini düşündüren çalışmalar ile uyumludur. Normal kilolu SD hastalarından oluşan bu örneklemde serum çinko düzeyi hastalık gelişimi veya hastalık şiddeti için bağımsız bir belirteç olarak saptanmamıştır. Bu bulgu, sistemik çinko durumunun SD patogenezindeki rolünün en azından normal kilolu bireylerde sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Hastalık şiddetinin en güçlü belirleyicisi anatomik tutulum yaygınlığı olmuştur. Bulgularımız, rutin serum çinko ölçümünün normal kilolu SD hastalarında tanısal ve prognostik açıdan sınırlı klinik değer taşıdığını; gelecekteki çalışmaların farklı VKİ gruplarını, metabolik karıştırıcıları ve doku düzeyindeki çinko homeostazını birlikte değerlendirmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Seboreik Dermatit, Çinko, Hastalık Şiddeti

Yayın No: P-437
Bildiri Grubu: Genel / Yapay Zeka

Büyük Dil Modellerinin Türkçe Topikal Dermatolojik Tedavi Danışmanlığındaki Klinik Güvenilirliği

Mehmet Enes Güner[1], Zekiye Kanat[1]

[1]İnönü Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya

Giriş ve Amaç: Büyük dil modelleri (BDM), hastalar tarafından tıbbi bilgiye hızlı erişim amacıyla giderek daha sık kullanılmaktadır. Dermatolojide topikal tedaviler yaygın uygulanmakla birlikte; yanlış bölgeye uygulama, önerilenden uzun veya sık kullanım, gebelikte uygunsuz ürün seçimi ve yan etki geliştiğinde tedavinin yanlış yönetilmesi hasta güvenliği açısından önemli riskler doğurabilir. Türkçe dermatolojik hasta danışmanlığında BDM yanıtlarının uzman değerlendirmesine dayalı güvenilirliğine ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, Türkçe hasta soruları üzerinden BDM'lerin topikal dermatolojik tedavi danışmanlığındaki klinik güvenilirliğinin kör dermatolog değerlendirmesi ile karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Gerçek hasta verisi, hasta görseli, biyolojik materyal veya klinik müdahale içermeyen bu senaryo temelli çalışmada, topikal dermatolojik tedavi kullanımına ilişkin 10 standart Türkçe hasta sorusu hazırlandı. Sorular; yüz, çocuk ve genital bölgede kortikosteroid kullanımı, kortikosteroid içeren antifungal kombinasyonlar, akne tedavisi sonrası irritasyon, gebelikte akne kremleri, topikal antibiyotiklerin uzun süreli kullanımı, önerilenden fazla krem uygulama, göz kapağı egzaması ve tedavi sonrası belirgin lokal reaksiyon gelişimi başlıklarını kapsadı. Her soru ChatGPT, Claude, Gemini ve DeepSeek'e aynı yönergeyle yöneltildi; modellerden yanıtlarını üç cümleyi geçmeyecek şekilde, kesin tanı koymadan ve gerektiğinde dermatoloji hekimine yönlendirme içerecek biçimde vermeleri istendi. Elde edilen 40 yanıt, model kimlikleri gizlenerek dört dermatolog tarafından 5 puanlık genel klinik uygunluk ölçeği ile değerlendirildi. Model skorları tanımlayıcı istatistiklerle özetlendi; modeller arası karşılaştırmada Friedman testi, değerlendiriciler arası uyumda sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) kullanıldı.

Bulgular: Maksimum 200 puan üzerinden toplam skorlar DeepSeek için 174, Claude için 167, ChatGPT için 165 ve Gemini için 163 olarak hesaplandı. Ortalama skorlar sırasıyla DeepSeek'te 4,35±0,58, Claude'da 4,18±0,96, ChatGPT'de 4,13±0,82 ve Gemini'de 4,08±0,73 idi. Maksimum puana göre en yüksek skor yüzdesi DeepSeek'te (%87,0), en düşük skor yüzdesi Gemini'de (%81,5) gözlendi. Bununla birlikte, Friedman testinde modeller arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,424). Dört dermatoloğun ortalama ölçüm düzeyindeki değerlendiriciler arası uyumu yüksek bulundu (ICC=0,87). Gebelikte akne kremi kullanımı senaryosunda tüm modeller maksimum skor alırken, akne kremi sonrası irritasyon ve tedavi sonrası belirgin lokal reaksiyon senaryolarında modeller arası puan farklılıkları daha belirgindi.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada tüm modellerin yüksek klinik uygunluk skorları alması, BDM'lerin kısa ve sınırları belirlenmiş Türkçe topikal tedavi danışmanlığı sorularında temel hasta güvenliği mesajlarını çoğunlukla koruyabildiğini düşündürmektedir. Yüksek değerlendiriciler arası uyum, kör dermatolog puanlamalarının tutarlı olduğunu ve elde edilen skorların metodolojik açıdan desteklendiğini göstermektedir. Bununla birlikte, modeller arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaması ve puan farklılıklarının özellikle irritasyon, belirgin lokal reaksiyon ve hassas bölgeye topikal tedavi uygulaması gibi senaryolarda belirginleşmesi, yanıt kalitesinin klinik bağlama göre değişebileceğini göstermektedir. Bu nedenle BDM'ler bağımsız tıbbi karar verici olarak değil, dermatolog denetiminde destekleyici hasta bilgilendirme araçları olarak değerlendirilmelidir. Bulgular, Türkçe dermatolojik hasta danışmanlığında BDM yanıtlarının hasta güvenliği odaklı, uzman değerlendirmesine dayalı ve senaryo temelli olarak incelenmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Büyük dil modeli, topikal tedavi, hasta güvenliği

Yayın No: P-440
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

YouTube'da dermatolojik hastalıkların halk arasındaki ve tıbbi isimlerle aranmasının video başlıklarının etkisi : Türkçe arama sonuçlarının karşılaştırmalı infodemiyolojik analizi

Merve şule Acıbal derecik[1], Aysun Aydın Fırat[1], Fadime Kılınç[1], Akın Aktaş[1]

[1]Ankara Bilkent şehir hastanesi

Giriş ve Amaç: İnternet ve sosyal medya, hastaların sağlık bilgisine ulaşmasında önemli kaynaklar hâline gelmiştir. YouTube, görsel-işitsel yapısı ve geniş kullanıcı kitlesi nedeniyle dermatolojik hastalıklar hakkında sıklıkla kullanılan platformlardan biridir. Ancak hastalar aramalarında tıbbi terminoloji yerine günlük dilde kullanılan hastalık isimlerini tercih edebilmektedir. Aramada kullanılan terminolojinin karşılaşılan video başlıklarını ve kullanılan dili etkileyebilmesi dijital sağlık okuryazarlığı açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Türkçe YouTube aramalarında dermatolojik hastalıkların halk arasındaki isimleri ile tıbbi karşılıkları kullanılarak yapılan aramalarda, aranan terimin video başlığında korunma oranını karşılaştırmak ve hastalıklara özgü terminolojik farklılıkları belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel ve karşılaştırmalı infodemiyoloji çalışmasına yedi terim çifti dahil edildi: sedef–psöriyazis, saçkıran–alopesi areata, ala hastalığı–vitiligo, gül hastalığı–rosacea/rozasea, gece yanığı–zona, kurdeşen–ürtiker ve sivilce–akne. Her terim YouTube'da "… nedir" biçiminde ayrı ayrı arandı. Başlığı tam değerlendirilebilen videolar kaydedildi; aynı sorgudaki tekrarlar ve okunamayan başlıklar dışlandı. Arama teriminin başlıkta aynen veya kabul edilen yazım varyantıyla bulunması "arama terimi–başlık uyumu" olarak kabul edildi. Rosacea/rozasea ve psoriasis/psöriyazis aynı terim olarak değerlendirildi. Toplam 230 başlık analiz edildi. Halk terimleriyle 112, tıbbi terimlerle 118 başlık incelendi. Karşılaştırmalarda iki yönlü Fisher exact testi ve çoklu karşılaştırmalar için Holm düzeltmesi kullanıldı; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 230 başlığın 162'sinde (%70,4) arama terimi başlıkta yer aldı. Uyum halk terimleriyle yapılan aramalarda 72/112 (%64,3), tıbbi terimlerle yapılanlarda 90/118 (%76,3) olup toplam fark anlamlı değildi ($p=0,060$). Sedef–psöriyazis çiftinde uyum sırasıyla %93,8 ve %25,0 ($p < 0,001$); ala hastalığı–vitiligo çiftinde %6,3 ve %95,0 ($p < 0,001$); gece yanığı–zona çiftinde %43,8 ve %88,9 ($p=0,009$) idi. Saçkıran–alopesi areata (%87,5–%62,5; $p=0,220$), gül hastalığı–rozasea (%68,8–%81,3; $p=0,685$), kurdeşen–ürtiker (%68,8–%81,3; $p=0,685$) ve sivilce–akne (%81,3–%93,8; $p=0,600$) çiftlerinde anlamlı fark saptanmadı. Holm düzeltmesi sonrasında sedef–psöriyazis, ala hastalığı–vitiligo ve gece yanığı–zona farklılıkları anlamlılığını korudu. Ayrıca "gül hastalığı" aramasında pitriazis rozea içeriğinin görüntülenmesi, bazı halk terimlerinin semantik özgüllüğünün sınırlı olabileceğini gösterdi.

Tartışma ve Sonuç: YouTube'daki terminolojik temsilin hastalığa göre belirgin şekilde değiştiği görüldü. Psöriyazis sorgularında "sedef" teriminin baskınlığı, bu ifadenin dijital hasta

iletişiminde güçlü biçimde yerleştiğini düşündürmektedir. Buna karşılık “ala hastalığı” ve “gece yanığı” aramalarının çoğunlukla “vitiligo” ve “zona” başlıklı içeriklere yönelmesi, bazı halk terimlerinin algoritma tarafından doğru hastalıkla eşleştirilmesine rağmen içerik üreticilerince daha az tercih edildiğini göstermektedir. Diğer hastalık çiftlerinde çift terminoloji kullanımının yaygın olması dikkat çekicidir. Sağlık profesyonellerinin video başlıklarında “halk arasında kullanılan isim + doğru tıbbi terim” biçiminde çift isimlendirme kullanması, içeriklerin bulunabilirliğini artırırken kullanıcıların doğru terminolojiyi öğrenmesini ve dijital sağlık okuryazarlığını destekleyebilir. Çalışmanın temel sınırlılıkları YouTube sonuçlarının zaman, konum ve kullanıcı özelliklerine göre değişebilmesi ve video içeriklerinin bilimsel kalitesinin değerlendirilmemesidir.

Anahtar Kelimeler: YouTube, dermatoloji, infodemiyoloji

Yayın No: P-441
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

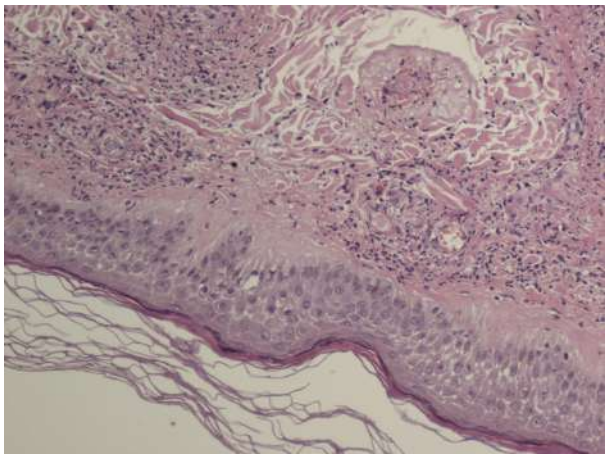
KUTANÖZ VASKÜLİT TANISI ALAN HASTALARDA HEMATOLOJİK İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİ İLE HASTALIK DURUMU VE KLİNİK BULGULAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fahriye Arslan[1]

[1]sakarya üniversitesi eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş ve Amaç: Kutanöz vaskülitler; başta postkapiller venüller olmak üzere dermisteki küçük kan damarlarının inflamasyonu ve nekrozu ile karakterize heterojen bir hastalık grubudur. Bu çalışmanın temel amacı; klinik olarak sistemik tutulum bulgusu göstermeyen, histopatolojik olarak lökositoklastik vaskülit(LKV) tanısı doğrulanmış hastalarda sistemik inflamasyonun varlığını değerlendirmektir. Bu doğrultuda; yeni nesil hematolojik inflamasyon belirteçleri mercek altına alınmıştır.

resim-1

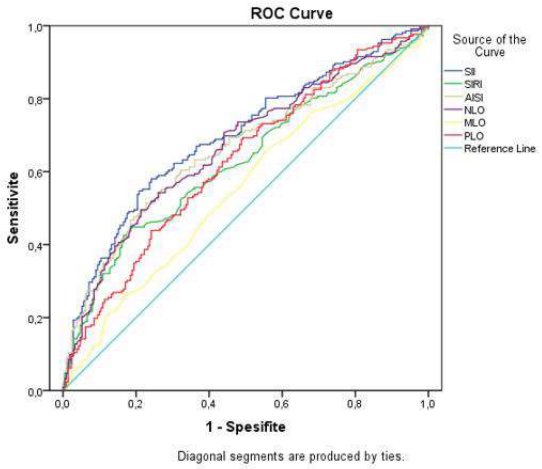


Histopatolojik incelemede; LKV'de Perivasküler alanda nötrofil lökosit infiltrasyonu, nötrofilik nükleer kırıntılar (lökositoklazis) ve ekstravaze eritrositler izlenmektedir(Hematoksilen-eozin, x200; SEAH patoloji kliniği).

Yöntem: Histopatolojik LKV tanısı kesinleşen 212 hastanın verileri retrospektif kesitsel olarak incelenmiştir. Hemogram verileri üzerinden NLO, MLO, TLO, Sİİ, SİRİ ve AİSİ indeksleri hesaplanmıştır. İstatistiksel analizlerde IBM SPSS programı kullanılmış; $P < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 54,39 yıl olup, %50,9'u kadındır. En sık klinik lezyon purpura (%51,4), en sık yerleşim alt ekstremitedir (%54,2). Hastalık döneminde nötrofil, trombosit, CRP ve tüm hematolojik indeksler (NLO, MLO, TLO, Sİİ, SİRİ, AİSİ) hasta olmadığı döneme göre anlamlı yüksektir. ($p < 0,05$). ROC eğrisi analizi ile Sİİ ve NLO vaskülitlerde hastalık aktivitesini belirlemede daha iyi performans gösterdiği saptanmıştır. Hematüri varlığında; CRP, ESH, Sİİ ve TLO değerleri anlamlı yüksektir ($p < 0,05$). Proteinüri saptanan grupta; CRP, ESH, Sİİ, TLO ve NLO değerleri anlamlı yüksektir ($p < 0,05$).

resim-2



. Vaskülitte Hastalık Aktivitesinin Belirlenmesinde İnflamatuvar İndekslere Ait ROC Eğrileri

Hastalık dönemi ile hastalık olmadığı dönemdeki inflamasyon belirteçlerinin karşılaştırılması

Hastalık dönemi ile hastalık olmadığı dönemdeki inflamasyon belirteçlerinin karşılaştırılması			
	hastalık dönemi	hastalık dönemi dışı	p değeri
özellikler	ortalama	ortalama	
nötrofil	5,50	4,27	<0,001
lenfosit	1,91	2,17	0,003
platelet	280	256	<0,001
monosit	0,51	0,50	0,858

CRP	18,45	3,00	<0,001
NLO	2,80	1,90	<0,001
MLO	0,25	0,23	0,038
TLO	140,39	115,34	<0,001
SII	776,18	519,95	<0,001
SIRI	1,36	1,04	<0,001
AISI	390,41	258,04	<0,001

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma yeni nesil indekslerin hastalık aktivitesinin takibinde geleneksel akut faz reaktanlarına yardımcı birer araç olarak kullanılabileceğini desteklemektedir. ROC eğrisi analizi ile hastalık aktivitesini belirlemede bir ayırt edici performans sergileyen Sİİ ve NLO değerlerinin; proteinüri varlığı ile de anlamlı ilişkili saptanması, bu iki indeksin vaskülit yönetiminde öncelikli ve güvenilir biyobelirteçler olarak olarak kullanım potansiyelini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: inflamasyon belirteçleri, kutanöz vaskülit, sistemik tutulum

Yayın No: P-443
Bildiri Grubu: Genel / Otoimmün hastalıklar

Büllöz Pemfigoid Hastalarında Nötrofil-Lenfosit Oranı ile BPDAI Skoru ve Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Retrospektif Tek Merkezli Bir Çalışma

Ahmet Emre Avcı[1], Murat Özkan[1], Cem Leblebici[2], Ayşe Esra Koku Aksu[1]

[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji

Giriş ve Amaç: Büllöz pemfigoid, hastalık aktivitesinin objektif olarak değerlendirilmesini gerektiren otoimmün subepidermal büllöz bir hastalıktır. BPDAI, hastalık aktivitesini değerlendirmede kullanılan valide bir skorlama sistemidir. Nötrofil-lenfosit oranı ise rutin hemogramdan elde edilebilen, kolay ulaşılabilir ve düşük maliyetli bir inflamatuvar belirteçtir. Bu çalışmada büllöz pemfigoid hastalarında tedavi öncesi NLR değeri ile BPDAI skoru ve hastalık şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif, kesitsel ve tek merkezli olarak planlanan çalışmaya büllöz pemfigoid tanılı 68 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, serum IgE düzeyi, BPDAI skoru, hastalık şiddet seviyesi ve tedavi öncesi NLR değerleri kaydedildi. Hastalık şiddeti BPDAI skoruna göre hafif, orta derece ve şiddetli olarak sınıflandırıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro–Wilk testi ile değerlendirildi. NLR ile BPDAI arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Hastalık şiddet grupları arasında NLR düzeyleri Kruskal–Wallis testi ile karşılaştırıldı. Şiddetli hastalığı ayırt etmede NLR'nin performansı ROC analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 68 hastanın 17'si hafif, 18'i orta derece ve 33'ü şiddetli hastalık grubundaydı. Yaş, IgE, BPDAI ve NLR değişkenlerinin normal dağılım göstermediği saptandı. NLR ile BPDAI skoru arasında orta güçte pozitif korelasyon izlendi ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı (rho=0,546; $p < 0,001$).Hastalık şiddet grupları arasında NLR düzeyleri anlamlı farklılık gösterdi. Medyan NLR değeri hafif hastalık grubunda 2,16, orta derece hastalık grubunda 4,19 ve şiddetli hastalık grubunda 4,38 idi (Kruskal–Wallis H=20,538; $p < 0,001$). Post-hoc analizlerde farkın özellikle hafif hastalık grubu ile orta derece ve şiddetli hastalık grupları arasında olduğu görüldü.IgE ile BPDAI arasında pozitif yönde zayıf bir eğilim saptanmakla birlikte istatistiksel anlamlılık izlenmedi (rho=0,221; p=0,070). IgE ile NLR arasında anlamlı ilişki saptanmadı (rho=0,075; p=0,545). Yaş ile BPDAI ve NLR arasında anlamlı korelasyon görülmedi. ROC analizinde NLR'nin şiddetli hastalığı ayırt etmedeki AUC değeri 0,730 olarak bulundu. NLR için 2,70 cut-off değerinde duyarlılık 0,939, özgüllük 0,486 idi.

Çalışma Popülasyonu ve Temel Özellikler

Tablo 1. Çalışma Popülasyonu ve Temel Özellikler

Büllöz pemfigoid hastalarında tedavi öncesi değerlendirme (n=68)

Değişken	Sonuç
Toplam hasta sayısı	68
Hafif hastalık, n (%)	17 (%25,0)
Orta derece hastalık, n (%)	18 (%26,5)
Şiddetli hastalık, n (%)	33 (%48,5)
Yaş dağılımı	Normal dağılmıyor (Shapiro–Wilk p<0,001)
IgE dağılımı	Normal dağılmıyor (Shapiro–Wilk p<0,001)
BPDAI dağılımı	Normal dağılmıyor (Shapiro–Wilk p=0,003)
NLR dağılımı	Normal dağılmıyor (Shapiro–Wilk p<0,001)
Kullanılan temel istatistik	Non-parametrik analizler: Spearman, Kruskal–Wallis, Mann–Whitney U

BPDAI: Bullous Pemphigoid Disease Area Index; **NLR:** Nötrofil-lenfosit oranı

Tartışma ve Sonuç: Bu retrospektif tek merkezli çalışmada, büllöz pemfigoid hastalarında tedavi öncesi NLR değeri ile BPDAI skoru arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Ayrıca hastalık şiddeti arttıkça NLR düzeylerinin yükseldiği görüldü. Bulgularımız, NLR'nin büllöz pemfigoid hastalık aktivitesini yansıtmada kolay ulaşılabilir, ucuz ve pratik bir inflamatuvar belirteç olabileceğini düşündürmektedir.Ancak NLR'nin özgüllüğünün sınırlı olması nedeniyle tek başına hastalık şiddetini belirleyen bir parametre olarak kullanılmaması, BPDAI ve klinik değerlendirme ile birlikte yorumlanması gerekmektedir. Daha geniş hasta serileriyle ve prospektif tasarımla yapılacak çalışmalar NLR'nin büllöz pemfigoid hastalık aktivitesindeki yerini daha net ortaya koyacaktır

İstatistiksel Sonuçlar

Tablo 2. Ana Bulgular ve İstatistiksel Sonuçlar

1. Korelasyon Analizleri

Karşılaştırma	Sonuç	p değeri
NLR – BPDAI	Spearman rho = 0,546	**<0,001**
IgE – BPDAI	Spearman rho = 0,221	0,070
IgE – NLR	Spearman rho = 0,075	0,545
Yaş – BPDAI	Spearman rho = 0,031	0,801
Yaş – NLR	Spearman rho = 0,082	0,504

2. Şiddet Gruplarına Göre NLR

Grup	Medyan NLR	Yorum
Hafif	2,16	En düşük
Orta derece	4,19	Artmış
Şiddetli	4,38	Artmış

Kruskal–Wallis: H=20,538; p<0,001
Post-hoc: Hafif vs Orta derece = anlamlı; Hafif vs Şiddetli = anlamlı; Orta derece vs Şiddetli = anlamlı değil
ROC analizi: AUC=0,730; NLR cut-off=2,70; Duyarlılık=0,939; Özgüllük=0,486

NLR ile BPDAI arasında orta güçte pozitif korelasyon saptandı ve hastalık şiddeti arttıkça NLR yükseldi.

Anahtar Kelimeler: Büllöz Pemfigoid, NLR, BPDAI

Yayın No: P-447
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Suppurativa Hastalarında Farklı Sistemik Tedavilerin Yaşam Kalitesi ve Hastalık Şiddeti Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi

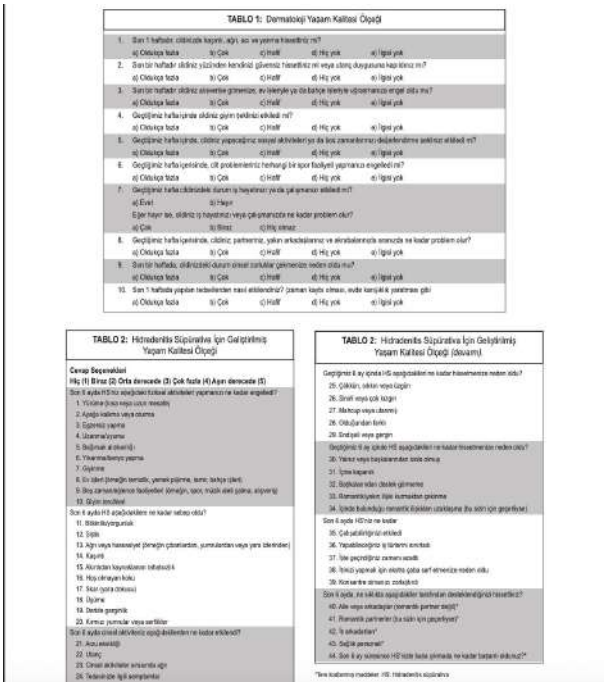
irem eğri yer[1], ilknur altunay[1]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Hidradenitis supurativa (HS), kronik, inflamatuvar ve tekrarlayıcı seyri nedeniyle hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamlarını belirgin şekilde etkileyen bir hastalıktır. Hastalık şiddetindeki artışın yaşam kalitesinde bozulma ile ilişkili olduğu bilinmekle birlikte, farklı sistemik tedavilerin hasta bildirimi sonuç ölçütleri üzerindeki etkilerine ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, hidradenitis suppurativa nedeniyle adalimumab, secukinumab veya sistemik antibiyotik tedavisi alan hastalarda hastalık şiddeti ve yaşam kalitesindeki erken dönem değişimlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışma, HS tanısı ile takip edilen erişkin hastaları içeren tek merkezli, prospektif ve gözlemsel olarak planlanmış devam eden bir araştırmanın ara analizidir. Hastalar aldıkları tedaviye göre adalimumab(40 mg-80 mg), secukinumab ve sistemik antibiyotik tedavisi alanlar olmak üzere üç gruba ayrıldı. Demografik özellikler, sigara kullanımı, vücut kitle indeksi, hastalık süresi ve Hurley evresi kaydedildi. Hastalık şiddeti International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4) ve Hurley evrelemesi ile değerlendirildi. Yaşam kalitesi değerlendirmesinde Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI) ile HS'ye özgü ve Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış olan ve 44 soru içeren HS-QoL ölçeği kullanıldı. Hastalar başlangıç ve üçüncü ay vizitlerinde değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde uygun parametrik ve nonparametrik yöntemler kullanıldı ve $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi. Hastalar takipte 6,9,12. aylarda tekrar hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilecektir.

HS'de hayat kalitesi ölçekleri



TABLO 1: Dermatolojii Yaşam Kalitesi Ölçeği

TABLO 2: Hidradenitis Süpürativa İçin Geliştirilmiş Yaşam Kalitesi Ölçeği

TABLO 2: Hidradenitis Süpürativa İçin Geliştirilmiş Yaşam Kalitesi Ölçeği (devamı)

HS hastalık şiddeti ölçekleri

The Hurley clinical staging system is used to classify patients with HS into three disease severity groups.

- Stage I – abscess formation (single or multiple), no sinus tracts or cicatrization/scarring.
- Stage II – recurrent abscesses with sinus tracts and scarring, single or multiple separated lesions.
- Stage III – diffuse or almost diffuse involvement, or multiple interconnected sinus tracts and abscesses across the entire area [8] (Fig. 1).

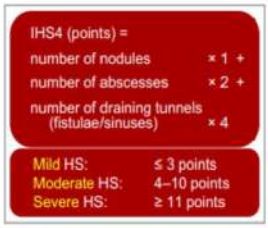


Fig 2. International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4). A nodule (inflammatory nodule) is a raised, three-dimensional, round, infiltrated lesion with a diameter of >10 mm. An abscess is a tender but fluctuating mass with a diameter of >10 mm, surrounded by an erythematous area; the middle of an abscess contains pus. A draining tunnel is a raised, tender but fluctuating longitudinal mass of variable length and depth, ending at the skin surface, and sometimes oozing a fluid. Fistulae and sinuses are examples of tunnels.

Bulgular: Ara analize toplam 41 hasta dahil edildi. Hastaların 26'sı adalimumab, 6'sı secukinumab ve 9'u sistemik antibiyotik tedavisi almaktaydı. Üçüncü ay takip verileri mevcut olan hastalarda hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi ölçütlerinde iyileşme eğilimi gözlendi. Adalimumab tedavisi alan hastalarda üçüncü ayda IHS4 skorlarında başlangıca göre anlamlı

azalma saptandı (p=0,004). DLQI ve HS-QoL skorlarında da iyileşme gözlenmekle birlikte, mevcut ara analizde hasta sayısının sınırlı olması nedeniyle gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlılığa ulaşılamadı. Secukinumab ve sistemik antibiyotik gruplarında takip süreci devam etmekte olup, mevcut veriler tanımlayıcı olarak değerlendirildi. Yeni hastalar dahil edilmekte ve mevcut olan hastaların uzun dönem takibi yapılmakta. Yeni verilerle gruplar arası karşılaştırma yapılması planlanmaktadır.

Başlangıç verileri

grup	n	Yaş (ort±SS)	Erkek n (%)	Kadın n (%)	VKİ medyan (IQR)	Hurley medyan (IQR)	IHS4 0. ay medyan (IQR)	DLQI 0. ay medyan (IQR)	HSQoL 0. ay medyan (IQR)
sekukinumab	6	37.5 ± 14.3	5 (83.3%)	1 (16.7%)	27.4 (26.3-28.4)	2.5 (2.0-3.0)	10.0 (6.8-17.0)	15.0 (7.2-25.0)	133.0 (67.8-145.8)
adalimumab	26	34.8 ± 9.5	22 (84.6%)	4 (15.4%)	30.4 (28.1-34.4)	2.0 (2.0-3.0)	9.0 (5.5-12.0)	16.0 (11.8-20.2)	108.0 (90.2-122.5)
sistemik antibiyotik	9	29.6 ± 10.6	7 (77.8%)	2 (22.2%)	28.3 (27.8-33.2)	2.0 (2.0-2.0)	4.0 (2.0-13.0)	11.0 (4.0-20.0)	80.0 (62.0-116.0)
total	41	34.0 ± 10.6	34 (82.9%)	7 (17.1%)	29.2 (27.7-34.2)	2.0 (2.0-3.0)	9.0 (4.0-13.0)	16.0 (6.0-21.0)	107.0 (76.0-142.0)

başlangıç-3 ay eşleşmiş analiz

Sonuç	Grup	Eşleşmiş n	0. ay medyan (IQR)	3. ay medyan (IQR)	Δ medyan (IQR)	Wilcoxon p
İHS4	Secukinumab	4	14.0 (8.2-34.8)	18.0 (8.8-34.8)	-1.0 (-9.8-5.2)	0.625

İHS4	Adalimumab	9	7.0 (5.0-9.0)	3.0 (0.0-4.0)	-5.0 (-6.0--1.0)	0.004
İHS4	Sistemik antibiyotik	3	8.0 (5.0-10.5)	3.0 (1.5-10.0)	-2.0 (-3.5-1.0)	0.750
İHS4	Total	16	8.5 (5.8-11.5)	3.0 (0.8-11.2)	-4.0 (-6.2--1.0)	0.029
DLQI	Secukinumab	2	16.5 (11.2-21.8)	16.0 (15.5-16.5)	-0.5 (-5.2-4.2)	NA
DLQI	Adalimumab	7	15.0 (14.5-16.0)	9.0 (7.5-15.0)	-5.0 (-8.0--0.5)	0.266
DLQI	Sistemik antibiyotik	1	1.0 (1.0-1.0)	1.0 (1.0-1.0)	0.0 (0.0-0.0)	NA
DLQI	Total	10	15.0 (10.2-16.0)	10.0 (6.8-16.5)	-5.0 (-9.0-3.0)	0.355
HSQoL	Secukinumab	2	106.0 (77.5-134.5)	102.5 (83.2-121.8)	-3.5 (-12.8-5.8)	NA
HSQoL	Adalimumab	6	108.0 (94.2-109.8)	82.0 (73.8-105.2)	-24.5 (-27.2-10.5)	0.438
HSQoL	Sistemik antibiyotik	1	80.0 (80.0-80.0)	58.0 (58.0-58.0)	-22.0 (-22.0--22.0)	NA
HSQoL	Total	9	107.0 (80.0-110.0)	79.0 (64.0-112.0)	-22.0 (-25.0-15.0)	0.254

Tartışma ve Sonuç: Bu devam eden prospektif çalışmanın ara analiz sonuçları, sistemik tedavilerin HS hastalarında takipte hastalık şiddetinde azalma ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlayabileceğini düşündürmektedir. Özellikle adalimumab tedavisi alan hastalarda üçüncü ayda anlamlı klinik düzelme saptanmıştır. DLQİ ve HS'ye özgü yaşam kalitesi ölçeğinin kullanılması, tedavi yanıtının hastalık şiddet skorlamalarının yanı sıra hasta perspektifinden de değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Hasta alımı ve takip süreci devam etmekte olup, daha geniş örneklem ve uzun dönem sonuçlarla farklı sistemik tedavilerin hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin daha ayrıntılı olarak ortaya konulması hedeflenmektedir.

Anahtar Kelimeler: hidradenitis suppurativa, yaşam kalitesi, sistemik tedaviler

Yayın No: P-448
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Türkiye'de Dermatolojik Hastalıklarda Halk ve Tıbbi Terminoloji Arama Eğilimleri: Google Trends ile Retrospektif İnfodemiyolojik Analiz

Aysun Aydın Fırat[1], Merve Şule Acıbal Derecik[1], Fadime Kılınç[1], Akın Aktaş[1]

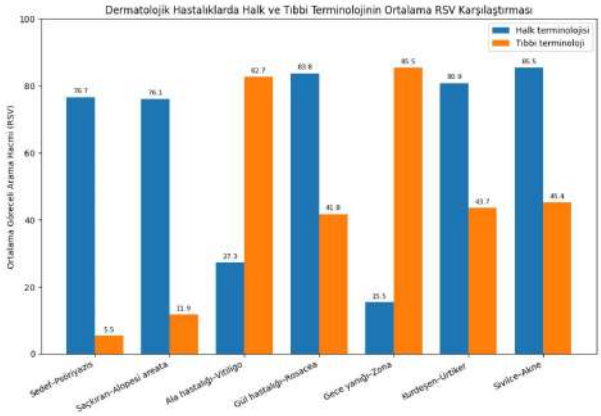
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Giriş ve Amaç: İnternet arama motorları, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmasında önemli bir kaynak haline gelmiştir. Dermatolojik hastalıklar araştırılırken tıbbi terminoloji yerine toplumda yaygın kullanılan günlük ifadelerin tercih edilmesi, dijital sağlık içeriklerinin bulunabilirliğini ve doğru bilgiye erişimi etkileyebilir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de seçilmiş dermatolojik hastalıkların halk arasında kullanılan isimleri ile tıbbi karşılıklarına yönelik internette arama eğiliminlerini Google Trends verileri üzerinden karşılaştırmak ve arama davranışlarının zamansal ve mevsimsel özelliklerini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu retrospektif infodemiyoloji çalışmasında Google Trends platformundan elde edilen Türkiye'ye ait 1 Ocak 2015 – 31 Temmuz 2026 tarihleri arasındaki web arama verileri incelendi. Yedi terim çifti değerlendirildi: sedef–psöriyazis, saçkıran–alopesi areata, ala hastalığı–vitiligo, gül hastalığı–rosacea, gece yanığı–zona, kurdeşen–ürtiker ve sivilce–akne. Her terim çifti aynı sorguda karşılaştırılarak 0–100 arasında normalize edilen aylık Göreceli Arama Hacmi (Relative Search Volume, RSV) değerleri elde edildi. Aynı aylara ait terim çiftleri arasındaki RSV farklılıkları Wilcoxon işaretli sıralar testi ile değerlendirildi. Zamansal eğilimler Spearman korelasyon analizi ile, aylara göre mevsimsel farklılıklar ise Kruskal–Wallis testi ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

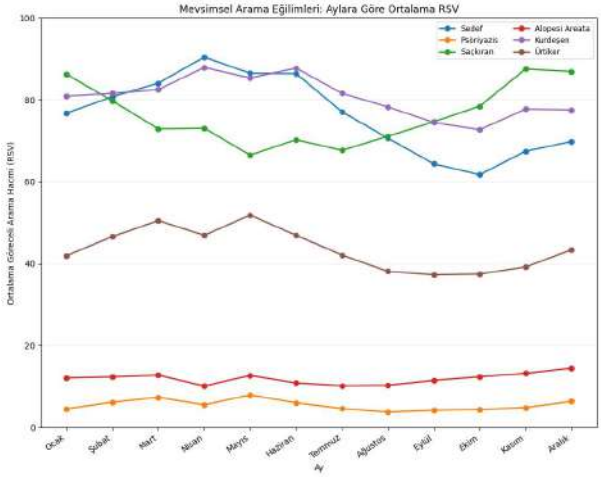
Bulgular: Toplam 139 aylık dönemde yedi hastalık çiftinin beşinde halk terminolojisinin, ikisinde tıbbi terminolojinin daha yüksek arama eğilimine sahip olduğu saptandı. Ortalama RSV değerleri sedef–psöriyazis için 76,68–5,48, saçkıran–alopesi areata için 76,13–11,87, gül hastalığı–rosacea için 83,77–41,75, kurdeşen–ürtiker için 80,86–43,67 ve sivilce–akne için 85,47–45,35 idi (tüm karşılaştırmalarda $p < 0,001$). Terminolojik ayrışmanın büyüklüğü değerlendirildiğinde, "sedef" arama eğilimi "psöriyazis"ten yaklaşık 14 kat, "saçkıran" arama eğilimi ise "alopesi areata"dan yaklaşık 6,4 kat yüksekti. Buna karşılık tıbbi terminolojinin baskın olduğu çiftlerde vitiligo, ala hastalığına (82,74–27,30), zona ise gece yanığına (85,47–15,50) göre anlamlı olarak daha yüksek arama eğilimine sahipti (her ikisi için $p < 0,001$); zona için arama eğilimi gece yanığına göre yaklaşık 5,5 kat, vitiligo için ise ala hastalığına göre yaklaşık 3 kat yüksekti. Zamansal analizde rosacea (Spearman $\rho=0,817$; $p < 0,001$) ve akne ($\rho=0,716$; $p < 0,001$) aramalarında güçlü pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı artış eğilimi saptandı. Mevsimsel değerlendirmede sedef, psöriyazis, saçkıran, alopesi areata, kurdeşen ve ürtiker aramalarında aylara göre anlamlı farklılıklar saptanırken diğer terimlerde anlamlı mevsimsel patern görülmedi. Sedef ve kurdeşen aramaları nisan ayında, saçkıran aramaları ise kasım ayında en yüksek ortalama RSV değerlerine ulaştı.

Şekil 1. Dermatolojik hastalıklarda halk terminolojisi ve tıbbi terminolojiye ait ortalama göreceli arama hacimlerinin karşılaştırılması



Sütunlar, her terim için 1 Ocak 2015 - 31 Temmuz 2026 dönemindeki ortalama RSV değerlerini göstermektedir. Yedi hastalık çiftinin beşinde halk terminolojisi, ikisinde ise tıbbi terminoloji daha yüksek arama ilgisine sahiptir.

Şekil 2. Dermatolojik hastalıklarda halk ve tıbbi terminolojiye ilişkin mevsimsel arama eğilimleri



Çizgiler, 1 Ocak 2015–31 Temmuz 2026 döneminde aylara göre ortalama Göreceli Arama Hacmi (RSV) değerlerini göstermektedir. Sedef–psöriyazis, saçkıran–alopesi areata ve kurdeşen–ürtiker terimlerinde aylara göre anlamlı mevsimsel farklılık saptanmıştır.

Tablo 1. Dermatolojik hastalıklarda halk terminolojisi ve tıbbi terminolojiye ait ortalama göreceli arama hacimlerinin karşılaştırılması

Terim çifti	Halk Terminolojisi	Tıbbi Terminoloji	p değeri

	Ortalama RSV	Ortalama RSV	
Sedef - Psöriyazis	76,68	5,48	<0,001
Saçkıran - Alopesi Areata	76,13	11,87	<0,001
Ala Hastalığı - Vitiligo	27,3	82,74	<0,001
Gül Hastalığı - Rosacea	83,77	41,75	<0,001
Gece Yanığı - Zona	15,5	85,47	<0,001
Kurdeşen - Ürtiker	80,86	43,67	<0,001
Sivilce - Akne	85,47	45,35	<0,001

RSV: Göreceli Arama Hacmi (Relative Search Volume). Değerler 1 Ocak 2015–31 Temmuz 2026 dönemine ait aylık Google Trends verilerinden elde edilmiştir. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, Türkiye'de dermatolojik hastalıklara yönelik internet aramalarında halk ve tıbbi terminoloji kullanımının hastalığa özgü farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yedi hastalık çiftinin beşinde halk terminolojisinin baskın olması, günlük dilde kullanılan hastalık isimlerinin dijital sağlık bilgi arayışındaki önemini göstermektedir. Buna karşılık vitiligo ve zona terimlerinin belirgin üstünlüğü, bazı tıbbi terimlerin toplum tarafından yaygın biçimde benimsenmiş olabileceğini düşündürmektedir. Rosacea ve akne aramalarında zaman içerisinde gözlenen artış ise tıbbi terminolojinin dijital kullanımının değişebildiğine işaret etmektedir. Sağlık profesyonelleri ve kurumların dijital içeriklerinde "halk arasında kullanılan terim + tıbbi terminoloji" şeklinde çift isimlendirme kullanması, farklı arama alışkanlıklarına sahip bireylerin güvenilir sağlık bilgilerine erişimini kolaylaştırabilir ve doğru tıbbi terminolojinin öğrenilmesine katkı sağlayabilir. Sedef, psöriyazis, saçkıran, alopesi areata, kurdeşen ve ürtiker aramalarında saptanan mevsimsel farklılıkların dikkate alınması, hasta bilgilendirme ve farkındalık çalışmalarının zamanlamasına katkı sağlayabilir. Elde edilen veriler, dermatolojik hastalıklara yönelik dijital halk sağlığı stratejilerinin geliştirilmesine ve toplumun doğru sağlık bilgisine yönlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Google trends, İnfodemiyoloji, Sağlık okuryazarlığı

Yayın No: P-455
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Kronik Prurigo Hastalarında Hemogramdan Türetilen İnflamatuvar Biyobelirteçler ve CRP/Albümin Oranı ile Sistemik İnflamasyonun Değerlendirilmesi: Retrospektif Olgu-Kontrol Çalışması

Işıl Deniz Oğuz[1], Merve Nur İleri[1], Burak Akşan[1], Nihal Sarı[1], Huriye Aybüke Koç[1]

[1]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Giriş ve Amaç: Kronik prurigo (KP), kronik kaşıntı ve tekrarlayan kaşıma ile karakterize, patogenezinde tip 2 inflamasyonun yanı sıra Th17/Th22 yanıtı, eozinofil aktivasyonu ve nöroimmün mekanizmaların rol oynadığı kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Hemogramdan türetilen inflamatuvar biyobelirteçler sistemik inflamasyonun değerlendirilmesinde kolay uygulanabilir ve düşük maliyetli belirteçlerdir. Ancak KP'de bu belirteçlerin klinik önemi yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada KP hastalarında hemogramdan türetilen inflamatuvar biyobelirteçler ve CRP/albümin oranının değerlendirilmesi, ayrıca bu belirteçlerin hastalık yaygınlığı ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Etik kurul onayı sonrası Ekim 2021-Mayıs 2026 tarihleri arasında kronik prurigo tanısı alan 98 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından benzer 102 sağlıklı kontrol retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, komorbiditeler ve hastalık yaygınlığı kaydedildi. Hastalar iki veya daha az anatomik bölge tutulumu olanlar lokalize, ikiden fazla anatomik bölge tutulumu olanlar jeneralize hastalık olarak sınıflandırıldı. Hemogram parametrelerinden nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR), eozinofil/lenfosit oranı (ELR), eozinofil/monosit oranı (EMR), sistemik immün-inflamatuvar indeks (SII), sistemik inflamatuvar yanıt indeksi (SIRI), panimmün inflamasyon değeri (PIV) ile CRP/albümin oranı hesaplandı. ROC ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri uygulandı.

Bulgular: Hasta ve kontrol grupları yaş ve cinsiyet açısından benzerdi ($p > 0,05$). Hipertansiyon ve diabetes mellitus KP grubunda daha sık izlendi ($p < 0,05$). CRP/albümin oranı, NLR, MLR, PLR, ELR, SII, SIRI ve PIV değerlerinin tamamı KP grubunda kontrollere göre anlamlı olarak yüksekti (Tablo 1). Komorbiditesi olan ve olmayan KP hastaları karşılaştırıldığında inflamatuvar biyobelirteçler açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2). Jeneralize hastalığı olanlarda PLR ve EMR değerleri lokalize hastalığa göre anlamlı olarak daha yüksekti [PLR median (minimum-maksimum)değeri; lokalize hastalıkta 112,27 (64,57-392,77), jeneralize hastalıkta 151,55(80,0-317,78)hesaplandı ($p=0,007$). EMR median (minimum-maksimum)değeri; lokalize hastalıkta 0,324 (0,05-2,57), jeneralize hastalıkta 0,415 (0,09-1,77)hesaplandı ($p=0,027$)]. ROC analizinde en yüksek ayırt edici performans SIRI (AUC=0,657), CRP/albümin oranı (AUC=0,656), PIV (AUC=0,649), SII (AUC=0,637), NLR (AUC=0,632) ve MLR (AUC=0,630) için elde edildi. Yaş, cinsiyet, hipertansiyon ve diabetes mellitus açısından düzeltme yapıldıktan sonra

CRP/albümin oranı, NLR, MLR, ELR, PLR, SII, SIRI ve PIV'nin KP ile bağımsız ilişkili olduğu gösterildi.

Kronik prurigo ve kontrol grubunda inflamatuvar biyobelirteçlerin karşılaştırmalı tablosu

İnflamatuar biyobelirteçler Median (Minimum-maksimum)	Hasta (n=98)	Kontrol (n=102)	p
CRP/albümin oranı	0,52 (0,033-22,52)	0.26 (0,036-2,19)	***<0,001***
NLR	2,05 (0,7-13,01)	1,81 (0,59-4,29)	***0,001***
MLR	0,246 (0,07-0,67)	0,202 (0,11-0,51)	***0,001***
PLR	121,47 (64,57-392,77)	111,31(30,11-227,97)	***0,027***
ELR	0,099 (0,01-0,65)	0,066 (0,01-0,29)	***0,003***
EMR	0,388 (0,05-2,57)	0,354 (0,05-1,48)	0,092
SII	555,27 (172,02-4241,93)	459,50 (82,8-1115,53)	***0,001***
SIRI	1,05 (0,2-5,51)	0,76 (0,25-3,38)	***<0,001***
PIV	301,07 (49,4-2380,7)	201,26 (49,31-996,26)	***0,025***

NLR: nötrofil/lenfosit oranı, MLR: monosit/lenfosit oranı, PLR: trombosit/lenfosit oranı, ELR: eozinofil/lenfosit oranı, EMR: eozinofil/monosit oranı, SII: sistemik immün-inflamatuar indeks, SIRI:sistemik inflamatuar yanıt indeksi, PIV: Pan immün inflamasyon değeri

Komorbiditesi olan ve olmayan KP hastalarındaki inflamatuvar biyobelirteçlerin karşılaştırmalı tablosu

İnflamatuvar biyobelirteçler Median (minimum-maksimum)	Komorbiditesi olmayan KP hastaları (n=45)	Komorbiditesi olan KP hastaları (n=53)	p
CRP/albümin oranı	0,3 (0,033-18,18)	0,58 (0,076-22,52)	0,054
NLR	2,11 (0,99-8,84)	2,0 (0,7-13,01)	0,467
MLR	0,24 (0,11-0,47)	0,257 (0,07-0,67)	0,512
PLR	130,36 (68,41-268,32)	114,55 (64,57-392,77)	0,469
ELR	0,076 (0,02-0,64)	0,103 (0,01-0,65)	0,375
EMR	0,373 (0,07-2,57)	0,40 (0,05-20,5)	0,483
SII	590,72 (272,26-3662,61)	490,88 (172-4241,93)	0,099
SIRI	1,05(0,33-5,51)	1,05 (0,2-4,23)	0,677
PIV	313,08 (103,33-2380,70)	275,26 (49,4-1054,39)	0,253

NLR: nötrofil/lenfosit oranı, MLR: monosit/lenfosit oranı, PLR: trombosit/lenfosit oranı, ELR: eozinofil/lenfosit oranı, EMR: eozinofil/monosit oranı, SII: sistemik immün-inflamatuar indeks, SIRI:sistemik inflamatuar yanıt indeksi, PIV: Pan immün inflamasyon değeri

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, kronik prurigo hastalarında hemogramdan türetilen inflamatuvar biyobelirteçler ile CRP/albümin oranının belirgin olarak arttığını ve bu belirteçlerin sistemik inflamasyonu yansıtabileceğini göstermektedir. Özellikle PLR ve EMR'nin hastalık yaygınlığı ile ilişkili bulunması, bu parametrelerin klinik değerlendirmede ek bilgi sağlayabileceğini düşündürmektedir. Bu biyobelirteçler kolay ulaşılabilir ve düşük maliyetli olmaları nedeniyle kronik prurigoda sistemik inflamasyonun değerlendirilmesinde yardımcı

araçlar olarak kullanılabilir. Bulguların prospektif ve daha geniş örneklemli çalışmalarla doğrulanmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: kronik prurigo, prurigo nodülaris, biyobelirteç

Yayın No: P-456
Bildiri Grubu: Genel / Yapay Zeka

Büyük Dil Modellerinde Dermatolojik Triyaj Güvenliği: ChatGPT İle Claude'un Hasta Dili Ve Tıbbi Dil Sunumlarında Karşılaştırılması

Gökhan Çınar[1], Sevilay Ertürk Arslan[2], Sevda Edis Çınar[3]

[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye
[2]Arsuz Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Hatay, Türkiye
[3]Servergazi Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Denizli, Türkiye

Giriş ve Amaç: Büyük dil modellerinin (BDM) dermatolojik yakınmalarda hasta güvenliğini koruyacak triyaj kararları verebilmesi, çevrim içi kullanım açısından önemlidir. Bu çalışmada ChatGPT ve Claude'un Türkçe dermatolojik senaryolarda acil servis gereksinimini belirleme, tanı koyma, kritik alarm bulgularını tanıma ve uygun başlangıç yönetimi önerme performanslarının karşılaştırılması; ayrıca hasta dili ile tıbbi dil sunumlarının model başarısı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: On beş acil ve 15 acil olmayan temel dermatolojik olgu, klinik bilgileri korunarak hasta dili ve tıbbi dil biçimlerinde sunuldu. Oluşturulan 60 standart senaryo, dondurulmuş tek bir istemle ChatGPT (GPT-5.6 Sol–Yüksek) ve Claude'a (Opus 5–High) bağımsız yeni oturumlarda uygulandı ve toplam 120 ilk yanıt incelendi. Yanıtlar iki dermatolog tarafından model kimliği bilinmeden; triyaj (0–3), tanı (0–2), kritik alarm bulguları (0–2), başlangıç yönetimi (0–2) ve zararlı öneri yokluğu (0–1) alanlarında bağımsız olarak puanlandı. Birincil sonlanım acil servis gerekir/gerekmez doğruluğuydu. İkili eşleştirilmiş sonuçlarda kesin McNemar testi, toplam puanlarda kesin Wilcoxon işaretli sıralar testi ve oranlarda %95 Wilson güven aralığı (GA) kullanıldı.

Bulgular: Her iki model de acil servis gereksinimini 60/60 doğru sınıflandırdı (%100; %95 GA %94,0–%100,0). Acil duyarlılığı ve özgüllüğü her model için ayrı ayrı 30/30'du (%100; %95 GA %88,6–%100,0). Dört düzeyli tam triyaj doğruluğu ChatGPT'de 45/60 (%75,0), Claude'da 48/60 (%80,0) bulundu (p=0,375). Ortalama toplam puanlar sırasıyla 9,47±0,91 ve 9,58±0,87 idi (p=0,254). Hasta dili sunumlarında tam triyaj doğruluğu 49/60 (%81,7), tıbbi dil sunumlarında 44/60 (%73,3) olup fark anlamlı değildi (p=0,125); toplam puanlar da farklı değildi (9,58±0,87'ye karşı 9,47±0,91; p=0,258). Tam kritik alarm bulgusu tanıma oranı ChatGPT'de 47/60 (%78,3), Claude'da 49/60 (%81,7); tam uygun başlangıç yönetimi oranı sırasıyla 57/60 (%95,0) ve 59/60 (%98,3) bulundu. Her iki modelde tanısal doğruluk %100'dü. Tam triyaj hataları çoğunlukla fazla triyaj yönündeydi (ChatGPT 14/60; Claude 11/60). Eksik triyaj model başına 1/60 olup kritik eksik triyaj veya zararlı öneri görülmedi. Değişkenlik bulunan puan alanlarında değerlendiriciler arası ağırlıklı Cohen kappa 1,00 ve tam uyum %100'dü.

Tartışma ve Sonuç: Her iki BDM, standartlaştırılmış Türkçe dermatolojik senaryolarda acil servis gereksinimini eksiksiz ayırmış ve sunum dili birincil güvenlik sonucunu değiştirmemiştir. Bununla birlikte dört düzeyli zamanlama kararlarında, özellikle acil olmayan olgularda, konservatif fazla triyaj görülmüştür. Modellerin tanı ve başlangıç yönetimi performansları yüksek olmakla birlikte kritik alarm bulgularının tanınmasında eksiklikler saptanmıştır. Bulgular umut verici olsa da klinik kullanımdan önce daha geniş, görsel içeren ve gerçek yaşam başvurularına dayanan prospektif dış doğrulama çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Büyük dil modelleri, Dermatolojik triyaj, Hasta güvenliği

Yayın No: P-458
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Topikal Steroid İçeren Antifungal Kombinasyonların Kullanımı, Farkındalığı ve Hekim-Hasta İletişimi: Karşılaştırmalı Kesitsel Bir Çalışma

Mücahit Ergün[1], Melike Mercan Başpınar[1], İbrahim Halil Aydoğdu[1]

[1]Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Topikal steroid içeren antifungal kombinasyonların (TSAK) uygunsuz kullanımı; tinea incognito, tedavi başarısızlığı ve kortikosteroide bağlı istenmeyen etkiler gibi önemli klinik sorunlara yol açabilmektedir. Buna karşın, hekimlerin reçeteleme alışkanlıkları ile hastaların bilgi düzeyi ve kullanım davranışlarını birlikte değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, hekim ve hastaların TSAK'lara ilişkin bilgi düzeyi, farkındalığı ile reçeteleme/kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmesi, hasta ve hekimlerin bilgilendirme algılarının karşılaştırılması ve yanlış kullanıma katkıda bulunan etmenlerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel anket çalışmasına birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan 201 hekim ile dermatoloji polikliniğine başvuran 201 hasta (toplam n=402) dahil edildi. Hekim ve hastalara, TSAK kullanımına ilişkin bilgi düzeyi, farkındalık ve bilgilendirme süreçlerini eş zamanlı değerlendiren eş anlamlı (ayna) sorular yöneltildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda Pearson ki-kare testi kullanıldı; reçeteleme sıklığı ile hasta bilgilendirme davranışlarının bağımsız belirleyicilerini değerlendirmek amacıyla çok değişkenli ikili lojistik regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: TSAK reçeteleme sıklığı ikinci/üçüncü basamağa kıyasla birinci basamakta anlamlı olarak daha yüksekti (%69,2'ye karşı %20,2; χ^2=46,3; $p < 0,001$). Buna karşın, TSAK yan etkilerine ilişkin bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,189), TSAK konusunda formal eğitim alma oranı ise birinci basamakta daha yüksekti (p=0,039). Hastalarda TSAK önerisinin en sık kaynağı birinci basamak hekimleri (%34,3) iken, dermatologların öneri oranı %10,9 idi. Hastaların yalnızca %21,9'u ürünün kortikosteroid içerdiğini, %3,0'ı ise olası yan etkilerini biliyordu; %47,8'i ürünü reçetesiz, %55,7'si kendi kararıyla tekrar, %64,2'si ise mantar dışı endikasyonlarda kullanmıştı. Eş anlamlı (ayna) soru analizi, hekimlerin TSAK'ın güvenli kullanımına yönelik kullanım süresi, uzun süreli kullanımın riskleri, tekrar kullanım ve yan etkilere ilişkin bilgilendirmeleri ile hastaların hatırladığı bilgilendirme arasında tüm alanlarda belirgin uyumsuzluk olduğunu gösterdi (tüm $p < 0,001$); hekimlerin %74,6–85,6'sı hastaları bu konularda bilgilendirdiğini bildirirken, hastaların yalnızca %2,5–12,4'ü bu bilgileri hatırlıyordu. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, birinci basamakta görev yapmak yüksek sıklıkta TSAK reçetelemenin tek bağımsız belirleyicisi iken, formal eğitim almış olmak yeterli hasta bilgilendirmesi ve yan etki bilgilendirmesinin tek bağımsız belirleyicisi olarak bulundu (tümü $p < 0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, TSAK'ların özellikle birinci basamakta yaygın reçetelendiğini; hastalarda düşük farkındalık, yüksek oranda reçetesiz ve tekrar kullanım ile hekimlerin bildirdiği hasta bilgilendirmesi ile hastaların hatırladığı bilgilendirme arasında belirgin bir iletişim uyumsuzluğu bulunduğunu ortaya koymuştur. Hekim ve hastaları eş zamanlı olarak değerlendiren ayna soru yaklaşımı sayesinde yalnızca bilgi düzeyi değil, bilgilendirmenin hastaya ne ölçüde ulaştığı da nesnel olarak gösterilmiştir. Bulgular, özellikle birinci basamakta sürekli mesleki eğitimin güçlendirilmesi, hasta eğitim stratejilerinin geliştirilmesi ve reçetesiz kullanımın azaltılmasına yönelik düzenleyici yaklaşımların gerekliliğini desteklemekte; TSAK'ların akılcı kullanımına yönelik literatüre özgün katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Topikal steroid içeren antifungal kombinasyonlar, hekim-hasta iletişimi, hasta farkındalığı

Yayın No: P-464
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Erişkin Atopik Dermatitte Başlangıç Yaşına Göre Farklı Klinik ve Atopik Fenotiplerin Tanımlanması: İki Merkezli Bir Çalışma

Furkan Aydın[1], Kerem Balan[1], Zeynep Büşra Balık[2], Gülşen Akoğlu[2], Sibel Doğan Günaydın[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

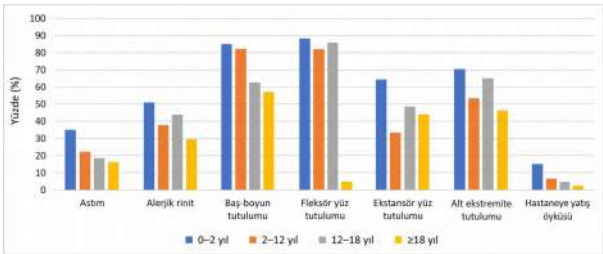
Giriş ve Amaç: Atopik dermatit (AD), başlangıç yaşı, hastalığın seyri, lezyonların dağılımı, eşlik eden atopik komorbiditeler ve laboratuvar özellikleri açısından belirgin klinik heterojenite gösteren kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Geleneksel olarak çocukluk çağında başlayan bir hastalık olarak kabul edilmesine rağmen, AD günümüzde erişkinlerde de giderek daha fazla tanınmakta; bu durum ya çocukluk veya adölesan dönemde başlayıp erişkin yaşa kadar devam eden persistan hastalık ya da erişkin dönemde başlayan hastalık şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu geniş klinik spektrum, erişkin AD'nin tek tip bir fenotipten ziyade heterojen bir klinik tabloyu temsil ettiğini düşündürmektedir. Erişkin AD'de hastalık başlangıç yaşına bağlı farklılıkların daha iyi anlaşılması, hastalığın fenotiplendirilmesinin geliştirilmesine ve komorbidite yükü, lezyon dağılımı ile laboratuvar bulgularının daha doğru yorumlanmasına katkı sağlayabilir. Bu nedenle, iki merkezli bu çalışmada, erişkin AD hastalarında hastalık başlangıç yaşının farklı klinik ve laboratuvar özelliklerle ilişkili olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Türkiye'deki iki üçüncü basamak dermatoloji merkezinde değerlendirilen, atopik dermatit tanılı 337 erişkin hasta dahil edildi. Hastalar, hastalık başlangıç yaşına göre 0–2 yaş, 2–12 yaş, 12–18 yaş ve ≥18 yaş olmak üzere dört gruba ayrıldı. Gruplar arasında demografik özellikler, atopik komorbiditeler, deri tutulumunun dağılımı, hastaneye yatış öyküsü ve laboratuvar parametreleri karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak, sürekli değişkenler ise dağılım özelliklerine göre ortalama ± standart sapma veya medyan şeklinde sunuldu. Sürekli değişkenlerde normal dağılım gösteren parametreler için Tukey testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalar kullanıldı.

Bulgular: Hastalık başlangıcı 51 hastada (%15,1) 0–2 yaş arasında, 45 hastada (%13,4) 2–12 yaş arasında, 43 hastada (%12,8) 12–18 yaş arasında ve 198 hastada (%58,8) 18 yaş ve sonrasında gerçekleşmişti. Cinsiyet dağılımı, vücut kitle indeksi ve ailede atopi öyküsü açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. ≥18 yaş grubuyla karşılaştırıldığında, 0–2 yaş grubunda astım (%35,2'ye karşı %16,6; p=0,006), alerjik rinit (%50,9'a karşı %29,7; p=0,007), baş-boyun tutulumu (%84,3'e karşı %57,0; p < 0,001), alt ekstremite tutulumu (%70,6'ya karşı %46,4; p=0,004) ve hastaneye yatış öyküsü (%15,6'ya karşı %2,5; p=0,001) daha sık saptandı. Baş-boyun tutulumu ayrıca 2–12 yaş grubunda da ≥18 yaş grubuna kıyasla daha yüksekti (%82,2'ye karşı %57,0; p=0,003). Ekstansör yüz tutulumu sıklığı ise 0–2 yaş ve 2–12 yaş grupları arasında

anlamlı farklılık göstermekteydi (%64,7'ye karşı %33,3; p=0,004). Trombosit sayısı (p=0,011), eozinofil sayısı (p=0,026) ve total immünoglobulin E (IgE) düzeyleri (p < 0,001) açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı.

Erişkin atopik dermatit hastalarında başlangıç yaşına göre seçilmiş klinik özelliklerin dağılımı



Başlangıç yaşı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan klinik değişkenlerin ikili grup karşılaştırmaları

Değişken (n)	0-2 yaş vs 2-12 yaş	0-2 yaş vs 12-18 yaş	0-2 yaş vs ≥18 yaş	2-12 yaş vs 12-18 yaş	2-12 yaş vs ≥18 yaş	12-18 yaş vs ≥18 yaş
Astım	0.239	0.134	**0.006**	0.923	0.511	0.886
Alerjik rinit	0.662	0.662	**0.007**	0.755	0.328	0.95
Baş- boyun tutulumu	0.784	0.032	**<0.001**	0.071	**0.003**	0.629
Fleksural tutulum	0.587	0.995	0.023	0.842	0.203	0.076
Ekstensör bölge tutulumu	**0.004**	0.180	0.014	0.207	0.246	0.697
Alt ekstremite tutulumu	0.126	0.730	**0.004**	0.364	0.523	0.043
Hastane yatış öyküsü	0.334	0.176	**0.001**	0.685	0.153	0.342

İstatistiksel olarak anlamlı sonuçlar kalın rakamlarla yazılmıştır.

Başlangıç yaşına göre laboratuvar bulguların karşılaştırılması

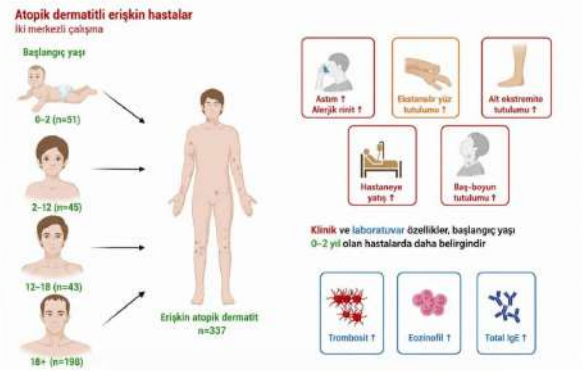
Değişken (n)	0-2 yaş (51)	2-12 yaş (45)	12-18 yaş (43)	≥18 yaş (198)	P değeri
Lökosit sayısı, ortalama ± SS	7.5 (2.17)	7.87 (2.12)	7.73 (1.46)	7.28 (2.0)	0.292
Nötrofil sayısı, ortalama ± SS	4.27 (1.48)	4.74 (1.63)	4.3 (1.47)	4.40 (1.76)	0.619
Trombosit sayısı, ortalama ± SS	291.2 (76.69)	280 (71.6)	289 (72.5)	260.29 (62.86)	**0.011**[a]
Lenfosit sayısı, medyan (ÇAA)	2.3 (1.65-2.69)	2.01 (1.61-2.52)	2.2 (1.9 – 2.56)	2 (1.63-2.4)	0.219
Bazofil sayısı, medyan (ÇAA)	0.03 (0-0.05)	0.035 (0-0.092)	0.005 (0-0.057)	0.03 (0-0.06)	0.489
Monosit sayısı, medyan (ÇAA)	0.58 (0.45-0.65)	0.55(0.4-0.7)	0.57(0.4-0.7)	0.5(0.4-0.63)	0.389
Eozinofil sayısı, medyan (ÇAA)	0.30(0.11-0.68)	0.19 (0.1-0.3)	0.21(0.1-0.46)	0.20 (0.1-0.32)	**0.26**[b]
CRP, medyan (ÇAA)	0.58 (0.25-1.49)	0.31(0.11-1.42)	0.38(0.21-0.71)	0.5(0.2-1.77)	0.309
RDW, medyan (ÇAA)	13.2(12.75-13.9)	13.3(12.6-14.3)	13.2(1.5-14.2)	13.3(12.8-14.0)	0.902
TSIS, medyan (ÇAA)	667.3 (378.89-949.7)	626.4 (356.5-1135.5)	691.4(293.9-878.4)	526.4(326.6-891.9)	0.570
SIYI, medyan (ÇAA)	0.99(0.70-1.44)	0.952(0.74-1.78)	1.02(0.52-1.7)	1.08(0.65-1.65)	0.912

SII, medyan (ÇAA)	566.2(390.1-727.3)	508.7(387.7-791.3)	494.4(290.9-742.6)	516.6(358.01-692.19)	0.602
NLO, medyan (ÇAA)	1.94(1.4-2.4)	2.17(1.5-2.78)	1.75(1.10-2.65)	2.03(1.5-2.79)	0.450
Total IgE, medyan (ÇAA)	819 (131.95-1985)	225 (13.40-3131)	1310 (391.5-2523)	117 (33.53-541.25)	**<0.001[C]**

TSIS: toplam sistemik inflamasyon indeksi; CRP: C-reaktif protein; IgE: immünoglobulin E; ÇAA: çeyrekler arası aralık; NLO: nötrofil-lenfosit oranı; RDW: eritrosit dağılım genişliği; SS: standart sapma; SII: sistemik immün-inflamasyon indeksi; SIYI: sistemik inflamatuvar yanıt indeksi. A: Tukey HSD post hoc analizi, Grup 1 (başlangıç yaşı 0–2 yıl) ile Grup 4 (başlangıç yaşı ≥18 yıl) arasında trombosit sayısı açısından anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir (p=0,038). B: Kruskal–Wallis analizi, başlangıç yaşı grupları arasında eozinofil sayısı açısından genel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir (p=0,026). Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda ise yalnızca Grup 1 ile Grup 4 arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (düzeltilmiş p=0,018). C: Toplam IgE düzeyleri, Kruskal–Wallis analizinde başlangıç yaşı grupları arasında anlamlı farklılık göstermiştir. Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda, Grup 1 ile Grup 4 arasında (düzeltilmiş p=0,018) ve Grup 3 (başlangıç yaşı 12–18 yıl) ile Grup 4 arasında (düzeltilmiş p=0,001) anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, erişkin atopik dermatit hastalarında hastalık başlangıç yaşının klinik fenotip üzerinde belirgin etkileri olduğunu göstermektedir. Özellikle yaşamın ilk 2 yılında başlayan atopik dermatit, erişkin dönemde daha belirgin atopik özelliklerle seyretmekte; astım ve alerjik rinit gibi atopik komorbiditelerin daha sık görülmesi, daha yaygın deri tutulumu, daha yüksek hastaneye yatış öyküsü ve daha yüksek total IgE düzeyleri ile karakterize olmaktadır. Buna karşılık erişkin başlangıçlı hastalık, daha düşük atopik yük ile ilişkili görünmektedir. Bu bulgular, hastalık başlangıç yaşının yalnızca anamnestik bir bilgi olmadığını, erişkin atopik dermatitin fenotiplendirilmesi ve prognostik değerlendirilmesinde klinik olarak anlamlı bir belirteç olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle erişkin atopik dermatit hastalarının değerlendirilmesinde hastalık başlangıç yaşının rutin olarak sorgulanması, bireyselleştirilmiş izlem ve tedavi planlamasına katkı sağlayabilir.

Erişkin atopik dermatitte hastalık başlangıç yaşına göre klinik ve laboratuvar özelliklerin dağılımı infografiği



Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, başlangıç yaşı, atopik komorbiditeler

Yayın No: P-466
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

YATAN PEDİATRİK HASTALARDA İSTENEN DERMATOLOJİ KONSÜLTASYONLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE HASTA YÖNETİMİNE KATKISININ RETROSPEKTİF ANALİZİ

Gökhan Şahin[1], Aleyna Doğu[1], Elif Feyza Ergün[1], Esra Pancar Yüksel[1], Fatma Aydın[1]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Pediatrik hastalar; primer olarak dermatolojik nedenlerle hastaneye başvurabileceği gibi, başka pediatrik hastalıkların değerlendirilmesi sırasında da dermatoloji konsültasyonu istenebilmektedir. Pediatri klinikleri, dermatoloji konsültasyonlarının sık istendiği birimler arasında yer almaktadır. Dermatoloji kliniklerinden istenen konsültasyonların yaklaşık %12'sinin pediatrik olgulardan oluştuğu bildirilmiştir. Bu çalışmada pediatri yataklı servislerinden istenen dermatoloji konsültasyonlarının demografik ve klinik özellikleri, dermatolojik tanılar, tanı dağılımını etkileyen faktörler ve dermatoloji konsültasyonlarının multidisipliner tanısal sürece katkısını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma tek merkezli, tanımlayıcı ve retrospektif olarak tasarlandı. OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2026/351 numaralı başvuru ile onay alındı. 01.01.2016–01.05.2026 tarihleri arasında pediatri yataklı servislerinden Dermatoloji Anabilim Dalına konsülte edilen 1112 hastanın verileri analiz edildi. Çocuk acil servis konsültasyonları çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların yaş, cinsiyet, konsültasyonu isteyen servis, konsültasyon nedeni, dermatolojik tanı, biyopsi uygulanma durumu ve diğer klinik verileri değerlendirildi. Dermatolojik tanılar 10 ana grupta sınıflandırıldı. Tanı gruplarının yaş, konsültasyonu isteyen servis, pandemi dönemi, cinsiyet ve mevsimlere göre dağılımı ki-kare testi ile analiz edildi.

Bulgular: Toplam 1112 hastanın %52,7'si erkek, %47,3'si kadın olarak saptandı. En sık konsültasyon isteyen birimler genel pediatri (%40,4) ile hematoloji-onkoloji/KİT (%37,6) idi. En sık konsültasyon nedenleri döküntü/eritem, tanısal değerlendirme, kaşıntı ve vezikül-bül/erozyon olarak saptandı (Tablo 1). Dermatoloji tarafından konulan en sık tanılar enfeksiyöz dermatozlar (%22,0) ve ekzematöz dermatozlar (%17,6) idi.Tanısal değerlendirme amacıyla konsültasyon istenen olgular (%14,.4), sistemik hastalıkların kutanöz bulguları açısından değerlendirildi. Behçet hastalığı açısından paterji testi uygulandı ve nörokutanöz hastalıklar için Wood lambası ile muayene edildi. Klinik değerlendirme sonrası bu olguların sadece %27,.8'ine dermatolojik tanı kondu. Dermatolojik tanı dağılımı yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdi (χ^2=191,600; $p < 0,001$). 1 yaş altında ekzematöz dermatozlar daha sık görülürken, ileri yaş gruplarında enfeksiyöz dermatozların oranı arttı.Dermatolojik tanı gruplarının dağılımı konsültasyon isteyen servislere göre anlamlı farklılık gösterdi. (χ^2=205,734; $p < 0,001$). Enfeksiyöz dermatozlar enfeksiyon hastalıkları servisinde baskınken, ilaç reaksiyonları, immün aracılı-GVHD ile ilişkili kutanöz bulgular Hematoloji-Onkoloji/KİT servisinde diğer birimlere göre daha yüksek oranda saptandı. Genel Pediatri servisinde ise en sık tanısal dermatolojik değerlendirme amaçlı

konsültasyon gerçekleştirildi (%18,5) (Tablo 2). Dermatolojik tanı gruplarının dağılımı pandemi dönemlerine (χ^2=125,607; p < 0,001) göre anlamlı farklılık gösterdi. Paraziter dermatozların oranı pandemi öncesinde %1,7 iken yaklaşık 10 kat artarak pandemi sonrasında %17,3'e yükseldi. Toplam 123 hastaya (%11,1) deri biyopsisi uygulandı. Biyopsi uygulanması dermatolojik tanı gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdi (χ^2=403,621; p < 0,001). Deri biyopsisi en sık immün aracılı/büllöz/GVHD (%78,3) ve vaskülit/Behçet/reaktif dermatoz (%62,7) gruplarında uygulanırken, enfeksiyöz (%3,7) ve ekzematöz dermatozlarda (%2,0) biyopsi gereksinimi belirgin olarak daha düşüktü.

Tablo 1

Konsültasyon nedeni	**n (%)**	**Dermatolojik tanı**	**n (%)**
Döküntü/eritem	**321 (28.9)**	Enfeksiyöz dermatozlar	**245 (22.0)**
Tanısal konsültasyon istemi	160 (14.4)	Ekzematöz dermatozlar	196 (17.6)
Kaşıntı	119 (10.7)	Diğer dermatolojik hastalıklar	154 (13.8)
Vezikül/Bül/Erozyon	112 (10.1)	Tanısal dermatolojik inceleme	116 (10.4)
Enfeksiyon/Enfestasyon	85 (7.6)	İlaç reaksiyonları	99 (8.9)
Papül/Nodül/Kitle	75 (6.7)	Paraziter dermatozlar	93 (8.4)
Diaper dermatiti/Genital	72 (6.5)	İnflamatuar dermatozlar	83 (7.5)
Diğer	168 (15.1)	Vaskülit/Behçet/Reaktif	51 (4.6)
		İmmün aracılı/Büllöz/GVHD	46 (4.1)
		Spesifik tanı yok	29 (2.6)

Konsültasyon nedenleri ve dermatolojik tanılar

Tablo 2

Dermatolojik Tanı	**Genel Pediatri ve diğer** (n=449) (%)	**Çocuk YB** (n=77) (%)	**Hematoloji-Onkoloji/KİT** (n=418) (%)	**Çocuk Enfeksiyon** (n=168) (%)
Spesifik tanı yok	28 (6,2)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)
Enfeksiyöz dermatozlar	70 (15,6)	14 (18,2)	106 (25,4)	55 (32,7)
Paraziter dermatozlar	30 (6,7)	5 (6,5)	44 (10,5)	14 (8,3)
Ekzematöz dermatozlar	80 (17,8)	17 (22,1)	73 (17,5)	26 (15,5)
İnflamatuar dermatozlar	29 (6,5)	3 (3,9)	36 (8,6)	15 (8,9)
İlaç reaksiyonları	34 (7,6)	5 (6,5)	**37 (8,9)**	23 (13,7)
İmmün aracılı/Büllöz/GVHD	10 (2,2)	3 (3,9)	**30 (7,2)**	3 (1,8)
Vaskülit/Behçet/Reaktif	36 (8,0)	1 (1,3)	7 (1,7)	7 (4,2)
Tanısal dermatolojik inceleme	**83 (18,5)**	0 (0,0)	17 (4,1)	16 (9,5)
Diğer dermatolojik hastalıklar	49 (10,9)	29 (37,7)	67 (16,0)	9 (5,4)

Konsültasyonu isteyen servislere göre dermatolojik tanı gruplarının dağılımı

Tartışma ve Sonuç: Literatürle uyumlu olarak pediatri yataklı servislerinden istenen dermatoloji konsültasyonlarının büyük çoğunluğunu enfeksiyöz ve ekzematöz dermatozlar oluşturmuştur. Pandemi sonrasında paraziter dermatozlardaki belirgin artış, COVID-19 döneminde sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan değişiklikler, geciken başvurular ve toplumsal yaşamın normale dönmesiyle ilişkili olabilir.Bununla birlikte çalışmamızda tüm dermatoloji konsültasyonlarının yaklaşık onda biri (%14,4), primer bir dermatolojik hastalığın yönetiminden ziyade sistemik hastalıkların kutanöz bulgularının değerlendirilmesi ve ayırıcı tanının yönlendirilmesi amacıyla

gerçekleştirilmiştir. Bu olgularda deri biyopsisi, paterji testi ve nörokutanöz hastalıkların dermatolojik değerlendirilmesi gibi hedefe yönelik tanısal yaklaşımların kullanılması, dermatoloji konsültasyonlarının üçüncü basamak pediatrik merkezlerde yalnızca deri hastalıklarının yönetiminde değil, multidisipliner tanısal süreçte önemli bir danışmanlık disiplini olarak da rol üstlendiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik dermatoloji, Multidisipliner tanı, Dermatoloji konsültasyonu

Yayın No: P-468

Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hepatit B ve C açısından taranan psoriasis hastalarından oluşan çok merkezli bir kohortta bimekizumabın hepatik güvenliliği: retrospektif bir çalışma

Neslihan Demirel Öğüt[1], Gülten Ural[1], Zekayi Kutlubay[2], Murat Borlu[3], Mustafa Esen[4], Burhan Engin[2], Harbiye Dilek Canat[5], Nilgün Şentürk[6], Zeynep Topkarcı[7], Fatma Aslı Hapa[8], İlknur Kıvanç Altunay[9], Arzu Kılıç[10], Selen Taner Akbay[11], Emel Bülbül Başkan[12], Serkan Yazıcı[12], Bengü Çevirgen Cemil[13], Tubanur Çetinarslan[14], Selda Pelin Kartal[13], Pelin Hızlı[10], Aylin Türel Ermertcan[14], Sibel Doğan Günaydın[15], Sema Aytekin[16], Burak Akşan[17], Bahadır Aslancan[18], Gülhan Gürel[19], Özlem Su Küçük[20], İbrahim Etem Arıca[21], Algün Polat Ekinci[22], Arzu Ferhatosmanoğlu[21], Esra Adışen[23], Özge Nur Kuş[22], Hülya Albayrak[16], Çağdaş Boyvadoğlu[24], Düriye Deniz Demirseren[25], Melis Gönülal[26], Berna Solak[27], Hilal Kaya Erdoğan[28], Bilge Fettahlıoğlu Karaman[29], Rahime Aybike Öcal[22], İlgen Ertam Sağduyu[30], Ümit Türsen[31], Fatma Karataş Albayrak[25], Kenan Aydoğan[12], Selami Aykut Temiz[32], Abdullah Çelik[19], Ahmed Furkan Tilki[21], Aybüke Erol Evli[20], Ayşe Nur Sarıbaş Yıldırım[31], Didem Didar Balcı[33], Ece Gökyayla[1], Erdem Değirmenci[9], İpek Ezgi Aydoğdu Doğan[6], Mehmet Tuğrul[34], Meltem Türkmen[35], Mustafa Altaş[4], Oğuz Kaan Yılmaz[13], Ömer Aydın[8], Özge Sevil Karstarlı Bakay[34], Özge Zorlu[16], Selim Kandiş[5], Sevgi Akarsu[33], Suzan Demir Pektaş[36], Yelda Kuzdan[36], Yunus Toso[12]

[1]Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Uşak, Türkiye
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye
[4]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye
[6]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye
[7]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye
[8]İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir, Türkiye
[9]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye
[10]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
[11]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye
[12]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
[13]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,

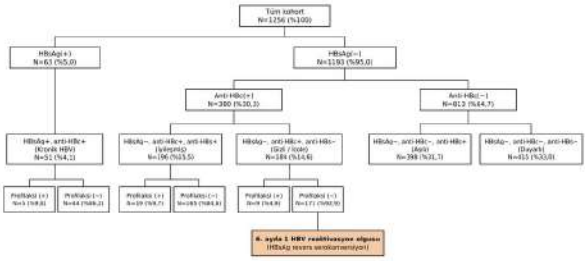
Ankara, Türkiye
[14]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye
[15]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[16]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye
[17]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye
[18]Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye
[19]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye
[20]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[21]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
[22]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[23]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[24]Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Adana, Türkiye
[25]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye
[26]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir, Türkiye
[27]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye
[28]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye
[29]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
[30]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[31]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye
[32]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
[33]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[34]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye
[35]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir, Türkiye
[36]Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Muğla, Türkiye
[37]Hepatit B ve C açısından bimekizumabın hepatik güvenliliği çalışma grubu

Giriş ve Amaç: Orta-şiddetli psoriasis tedavisinde kullanılan biyolojik tedaviler, viral replikasyon ile konak immün kontrolü arasındaki dengeyi bozarak hepatit B virüsü (HBV) veya hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonuna ya da reaktivasyonuna yol açabilir. Yakın zamanda yapılan 15 yıllık bir kohort çalışması, reaktivasyon riskinin ilaç sınıfına göre belirgin şekilde farklılık gösterdiğini; en yüksek riskin anti-tümör nekroz faktörü-α (TNF-α) ile, ardından anti-interlökin (IL)-12/23 ve anti-IL-17 ile görüldüğünü, en düşük riskin ise anti-IL-23 ajanlar ile olduğunu göstermiştir. Dual bir IL-17A/IL-17F inhibitörü olan bimekizumab için gerçek yaşam hepatik güvenlilik verileri halen kısıtlıdır. HBV reaktivasyon riskinin IL-17 ve IL-23 inhibitörleri genelinde göreceli olarak düşük olması, ancak bimekizumabın özel olarak değerlendirilmemiş olması göz önüne alındığında, bimekizumabın hepatik güvenliliğinin netleştirilmesi klinik açıdan önemlidir.

Yöntem: Bu çalışmaya Kasım 2024 ile Ocak 2026 arasında Türkiye'deki 36 üçüncü basamak dermatoloji merkezinde en az bir doz bimekizumab alan, başlangıç ve takip HBV/HCV serolojik değerlendirmesi yapılmış, orta-şiddetli plak psoriasisli ardışık erişkin hastalar retrospektif olarak dahil edilmiştir. Hastaların tedavi öncesi, tedavinin 3., 6., 9., ve 12. ay HBV/HCV serolojik belirteçleri ile serum aminotransferaz düzeyleri analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışma toplam 1256 dahil edildi (Tablo 1). Geçmiş HBV maruziyetini gösteren başlangıç anti-HBc pozitifliği 431 hastada (%34,3) mevcuttu. Bunlardan 51'i (%4,1) kronik HBV ile uyumlu olarak aynı zamanda HBsAg-pozitifti; geri kalan 380'i (%30,3) ise HBsAg-negatifti. Bu HBsAg-negatif grup içinde 196 hastada (%15,6) iyileşmiş enfeksiyon (anti-HBs-pozitif) ve 184 hastada (%14,6) izole anti-HBc pozitifliği vardı (Şekil 1). Takip sırasında, başlangıçta geçirilmiş HBV kanıtı olan hastalar arasında bir HBV reaktivasyonu (HBsAg ters serokonversiyonu) olgusu gözlendi. Hasta, bimekizumab başlangıcında antiviral profilaksi almıyordu. Bimekizumab tedavisinin 6. ayından sonra HBsAg saptanabilir hale geldi (6,75 mIU/mL); bu durum ters serokonversiyonu gösteriyordu. HBsAg, 9. ayda (2,2 mIU/mL) ve 12. ayda (2,65 mIU/mL) düşük düzeyde pozitif kalırken, anti-HBc pozitif ve anti-HBs negatif kaldı. Bimekizumab tedavisi sürdürülürken 9. ayda entekavir başlandı. Başlangıçta seronegatif olan bir hastada (43 yaşında, profilaksi almayan bir erkek) 6. ayda tek bir sınırda HBsAg sonucu (1,3 mIU/mL) görüldü ve bu sonuç 9. ayda negatife döndü. Anti-HBc serokonversiyonu olmadığından, HBV DNA saptanamadığından ve karaciğer enzimleri tüm süre boyunca normal olduğundan, bu durum gerçek bir yeni HBV enfeksiyonundan ziyade yalancı pozitif değer olarak değerlendirildi. HCV reaktivasyonu veya aktif enfeksiyon görülmedi. Başlangıçta 81 hasta (%6,4) anti-HCV pozitifti, ancak test edilen tüm hastalarda HCV RNA saptanamadı; bu da aktif enfeksiyondan ziyade geçirilmiş maruziyeti gösteriyordu. Takip sırasında hiçbir hastada HCV RNA saptanabilir hale gelmedi ve hiçbir hastada aktif HCV hastalığı gelişmedi. Biri alkol ilişkili, ikisi belirlenmemiş etiyolojiye sahip 3 hastada viral olmayan geçici transaminaz yüksekliği kaydedildi.

Şekil 1. Bimekizumab tedavisi alan hastaların HBV serolojik sınıflaması (N=1256)



Kısaltmalar: HBV, hepatit B virüsü; HBsAg, hepatit B yüzey antijeni; anti-HBc, hepatit B kor antikoru; anti-HBs, hepatit B yüzey antikoru.

Tablo 1. Bimekizumab ile tedavi edilen psoriasis hastalarının demografik ve klinik özellikleri.

Özellik	**Tüm hastalar (n=1256)**
Demografik özellikler	
Yaş, yıl, ortalama ± SS	45,5 ± 13,8
Erkek cinsiyet, n (%)	668 (53,6)
VKİ, kg/m², ortalama ± SS	28,3 ± 5,1
Halen/eski sigara içicisi, n (%)	564 (57,7)
Paket-yıl, ortalama ± SS	18,7 ± 14,7
Alkol tüketimi, halen ve eski kullanıcılar, n (%)	214 (23,9)
Psoriasisle ilişkili özellikler	
Psoriasis başlangıç yaşı, yıl, ortalama ± SS	30,3 ± 14,7
Psoriasis süresi, yıl, ortalama ± SS	14,7 ± 10,8
Başlangıç PASI, ortalama ± SS	12,9 ± 8,5
Psoriatik artrit, n (%)	390 (33,9)
Diğer immün aracılı inflamatuvar hastalık [a], n (%)	118 (9,4)
Eşzamanlı immünsüpresif tedavi [b], n (%)	75 (6,5)
Komorbiditeler	
Hipertansiyon, n (%)	238 (19)
Diabetes mellitus, n (%)	182 (14,5)
Dislipidemi, n (%)	124 (9,9)
Obezite, n (%)	100 (8,0)

Koroner arter hastalığı, n (%)	59 (4,7)
Hipotiroidi, n (%)	48 (3,8)
Depresyon, n (%)	33 (2,6)
Anksiyete bozukluğu, n (%)	28 (2,2)
Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı, n (%)	18 (1,4)
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, n (%)	17 (1,4)
Psoriasis için önceki sistemik tedavi	
Herhangi bir konvansiyonel sistemik, n (%)	1247 (99,3)
Metotreksat, n (%)	1089 (86,7)
Siklosporin, n (%)	249 (19,8)
Asitretin / sistemik retinoid, n (%)	364 (29,0)
Fototerapi (nb-UVB / PUVA / UVA1), n (%)	154 (12,3)
Herhangi bir biyolojik ajan, n (%)	697 (67,5)
Anti-TNF (adalimumab/etanersept/infliksimab/golimumab/sertolizumab), n (%)	332 (32,2)
Anti-IL-17 (sekukinumab/iksekizumab/brodalumab), n (%)	497 (48,2)
Anti-IL-23 (guselkumab/risankizumab), n (%)	259 (25,1)
Anti-IL-12/23 (ustekinumab), n (%)	146 (14,1)
Önceki biyolojik sayısı, ortanca (IQR; aralık)	1 (0–2; 0–9)
Herhangi bir küçük molekül (apremilast/deukravasitinib/tofasitinib/upadasitinib), n (%)	63 (7,1)
Apremilast, n (%)	45 (5,1)
Bimekizumab tedavisi	
Bimekizumab tedavi süresi, ay, ortalama ± SS	8,3 ± 4,4
Bimekizumab tedavi süresi, n (%)	
< 3 ay	40 (3,5)
3 – <6 ay	291 (25,7)
6 – <12 ay	501 (44,3)
12 – <24 ay	295 (26,1)
≥ 24 ay	5 (0,4)
Eksik veri, n	124
HBV aşılaması ve antiviral profilaksi	
Tam (tam doz) HBV aşılama öyküsü, n/toplam [c] (%)	444/750 (59,2)
Çift doz HBV aşılama öyküsü, n/toplam (%)	101/569 (17,8)
Eksik HBV aşılaması, n/toplam (%)	122/553 (22,1)
HBV aşılaması önerildi, n/toplam (%)	444/900 (49,3)
Antiviral profilaksi başlandı, n/toplam (%)	96/1256 (7,6)
Profilaksi bimekizumab öncesi / eşzamanlı başlandı, n/toplam (%)	83/94 (88,3)
Profilaksi bimekizumab sonrası başlandı, n/toplam (%)	11/94 (11,7)

Entekavir	59/96 (61,5)
Tenofovir	31/96 (32,3)
Entekavir + Tenofovir	4/96 (4,2)
Lamivudin	2/96 (2,1)

a Bunlar arasında astım, hidradenitis suppurativa, romatoid artrit, ankilozan spondilit, atopik dermatit, gut, vitiligo, multipl skleroz, Sjögren sendromu, kronik ürtiker, morfea, Behçet hastalığı, otoinflamatuvar sendromlar (FMF, CAPS, TRAPS), alerjik rinit, üveit, Hashimoto tiroiditi, primer biliyer siroz, psoriatik artrit, folliculitis decalvans, immün trombositopenik purpura (İTP), diskoid lupus eritematozus, kronik spontan ürtiker, alopesi areata, sarkoidoz, IgA nefropatisi ve ANCA ilişkili vaskülit yer almaktadır. b Bimekizumab ile birlikte kullanılan eşzamanlı immünsüpresif/sistemik ajanlar arasında metotreksat, sistemik kortikosteroidler, leflunomid, siklosporin, sulfasalazin, asitretin, azatioprin, risankizumab, adalimumab, infliksimab, apremilast ve fingolimod yer almaktadır. c n/toplam (%): Bazı değişkenlerde eksik veri bulunduğundan, yüzdeler tüm kohort yerine verisi mevcut olan hasta sayısı (toplam) payda olarak alınarak hesaplanmıştır; n, özelliği taşıyan hasta sayısını belirtir. Kısaltmalar: VKİ, vücut kitle indeksi; HBV, hepatit B virüsü; IL, interlökin; IQR, çeyrekler arası aralık; nb-UVB, dar bant ultraviyole B; PASI, Psoriazis Alan ve Şiddet İndeksi; PUVA, psoralen artı ultraviyole A; SS, standart sapma; TNF, tümör nekroz faktörü; UVA1, ultraviyole A1.

Tartışma ve Sonuç: Bu çok merkezli gerçek yaşam kohortunda, bimekizumab psoriasiste olumlu bir hepatik güvenlilik profili göstermiştir. Geçmiş çalışmalarda diğer anti-IL-17 ve anti-IL-23 inhibitörleri biyolojik sınıflar arasında en düşük hepatit reaktivasyon riski göstermiş; bulgularımız, bu sınıflar düzeyindeki güven verici sonuçları dual IL-17A/IL-17F blokajına genişletmiştir. Bu bulgular, bimekizumabın pivotal psoriasis çalışmalarında ortaya konan genel hepatik güvenliliğiyle uyumludur. Kısıtlılıklar arasında retrospektif tasarım, heterojen takip süreleri ve bir karşılaştırma kolunun bulunmaması yer almaktadır. Bununla birlikte, bimekizumab HBV veya HCV'si olan psoriasis hastaları için güvenli bir seçenek olabilir; uzun dönem güvenliliği doğrulamak için daha büyük prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: psoriasis, bimekizumab, hepatit

Yayın No: P-469
Bildiri Grubu: Genel / Tırnak hastalıkları

Üçüncü Basamak Bir Sağlık Kuruluşunda Alınan Tırnak Biyopsilerinin Ön Tanı-Tanı Uyumlarının İncelenmesi

Selman Altunyaprak[1], Eren Yılmaz[1], Berkay Temel[1], Burcu Beksaç[1], Murat Öztaş[1], Ahmet Burhan Aksakal[1], Nilsel İlter[1], Esra Adışen[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

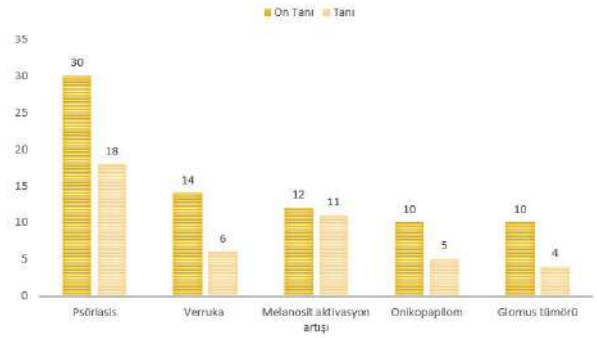
Giriş ve Amaç: Tırnak hastalıkları benign, malign ve inflamatuvar birçok farklı patolojiyi kapsayan, klinik görünümleri birbiriyle benzeşen heterojen bir hastalık grubudur. Tırnak ünitesinin kompleks yapısı, lezyonların çoğunlukla tırnak plağı altında yer alması ve anatomik yapıların doğrudan değerlendirilememesi nedeniyle klinik muayene ve dermoskopik inceleme ile kesin tanıya ulaşmak her zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenle, tırnak biyopsisi özellikle tanısal şüphe bulunan olgularda, klinik değerlendirmeyi histopatolojik inceleme ile tamamlayan ve kesin tanının konulmasını sağlayan temel tanısal yöntemlerden biridir. Literatürde tırnak biyopsilerinde klinik ve histopatolojik tanı arasındaki uyumun %55–67 arasında değiştiği bildirilmiş olup; bu oran değerlendirilen hastalık grubu, biyopsi endikasyonu ve klinik özelliklere göre farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde uygulanan tırnak biyopsilerinde klinik ön tanı ile histopatolojik tanı arasındaki uyumun değerlendirilmesi, özellikle subungual solid lezyonlarda en sık görülen klinik ön tanı ve histopatolojik tanıların belirlenmesi ile hastaların demografik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya kliniğimizde Mart 2010–Haziran 2026 tarihleri arasında tırnak biyopsisi alınan 151 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, tırnak biyopsilerinin ön tanıları ve patolojik tanıları hastane medikal bilgi sisteminden elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 40.4 yıl olup, hastaların %55.6'sı (n=84) kadın %44.3'ü (n=67) erkek idi. Alınan biyopsilerin %50'si ön tanılar ile uyumlu iken, %38'i ise non-spesifik olarak saptandı. En sık ön tanı %30.87 ile psoriasis olarak saptanırken, diğer ön tanılardan verruka vulgaris %9.27, melanositik aktivasyon %7.95, onikopapillom ve glomus tümörü %6.62, onikomatrikoma %5.30, fibrom %4.64 olarak saptandı. En sık biyopsi tanısı %18.4 ile psoriasis olarak saptanırken, diğer tanılardan melanositik aktivasyon %7.97, verruka vulgaris ve fibrom %4.35, onikopapillom %3.62, glomus tümörü %2.90 olarak saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Kliniğimizde alınan tırnak biyopsilerinde patolojik tanıların klinik ön tanılar ile uyumu kayda değer olup, özellikle de subungual solid lezyonların tanısının konulmasında ciddi bir başarı elde edilmiştir. Tırnak biyopsileri tanı koymada çok önemli bir araç olup bu konuda daha fazla çalışma yapılmalıdır.

Klinik Ön Tanı ve Histopatolojik Tanı Karşılaştırma Oranları



En sık istenen 5 ön tanı ve en sık görülen 5 histopatolojik tanıların karşılaştırıldığı tablo.

Anahtar Kelimeler: Tırnak biyopsisi, Ön tanı, Tanı

Yayın No: P-470
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Eritrodermide Etiyolojik Dağılım, Klinik ve Laboratuvar Özellikler: Üçüncü Basamak Tek Merkez Deneyimi

Tolga Büyükkaya[1], Ece Gökyayla[1], Fatih Boynueğrioğlu[1], Nilay Duman[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Eritrodermi, vücut yüzey alanının %80 ve üzerini etkileyen yaygın eritem ve deskuamasyon ile karakterize, yaşamı tehdit edebilen ciddi bir dermatolojik tablodur. İnflamatuvar dermatozlar, ilaç reaksiyonları, enfeksiyonlar ve maligniteler eritrodermiye yol açabilmekte, etiyolojik çeşitlilik tanı ve yönetim sürecini güçleştirmektedir. Üçüncü basamak merkezlerden bildirilen geniş örneklemli verilerin sınırlı olması nedeniyle eritroderminin klinik ve laboratuvar özelliklerinin ayrıntılı değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Bu çalışmada üçüncü basamak bir dermatoloji kliniğinde eritrodermi tanısıyla yatırılarak izlenen hastaların etiyolojik dağılımı, klinik özellikleri, laboratuvar bulguları ve klinik seyirlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya 1 Ekim 2015-30 Eylül 2025 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Servisi'nde eritrodermi tanısıyla yatırılan 153 hasta dahil edildi. Etiyolojik tanı, klinik ve histopatolojik bulgularla konuldu; neden saptanamayan olgular idiyopatik kabul edildi. Hastalar etyoloji, yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, hastalık seyri(akut-subakut/kronik), laboratuvar parametreleri, lenfadenopati varlığı, tedavi yanıtı ve yatış süreleri açısından değerlendirildi. İstatistiksel analizler hasta sayısı yeterli olan altı etiyoloji grubunda yapıldı: psoriasis, idiopatik, ilaç reaksiyonu, kontakt dermatit, atopik dermatit ve mikozis fungoides. Küçük gruplar tanımlayıcı olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerde Kruskal-Wallis ve post-hoc Dwass–Steel–Critchlow–Fligner analizi, kategorik değişkenlerde Monte Carlo simülasyonuna dayalı RxC exact testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar için Benjamini-Hochberg düzeltmesi uygulandı, düzeltilmiş $q < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların 94'ü erkek, 59'u kadındı (E/K≈1.6); cinsiyet dağılımı etiyoloji grupları arasında farklı değildi($q=0.30$). En sık etiyolojik neden psoriasis(n=41, %26.8) olup bunu idiyopatik eritrodermi(n=33, %21.6), ilaç reaksiyonları(n=21, %13.7) izledi. Yaş dağılımı etiyolojiye göre anlamlı farklılık gösterdi($q < 0.001$; $\varepsilon^2=0.34$); en düşük medyan yaş atopik dermatit, en yüksek mikozis fungoides grubunda izlendi. Hastalık seyri ile etiyoloji arasında güçlü ilişki saptandı($q < 0.001$); ilaç reaksiyonu ve kontakt dermatit olgularının tamamı akut/subakut, mikozis fungoides olgularının tamamı ve idiyopatik olguların büyük çoğunluğu kronik seyirliydi. Serum albumin ($q=0.008$) ve CRP ($q < 0.001$) düzeyleri gruplar arasında farklılık gösterdi; en yüksek medyan albumin atopik dermatit, en yüksek medyan CRP ilaç reaksiyonu grubunda saptandı. Eozinofili sıklığı en yüksek idiyopatik eritrodermi (%63.6) ve atopik dermatit (%60.0) , en düşük psoriasis (%14.6) grubundaydı($q=0.001$). Ayrıca IgE, LDH, hemoglobin, kalsiyum ve anemi sıklığı etiyolojiye göre anlamlı farklılık gösterdi. Yatış süresi

gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi(q=0.001), en uzun medyan yatış süresi mikozis fungoides grubunda izlendi (27 gün). Lenfadenopati en sık mikozis fungoides (%57.1) ve idiyopatik eritrodermi (%36.4) gruplarında görüldü(q=0.004). Tedavi yanıtı gruplar arasında farklılık gösterdi (q < 0.001); iki hasta (%1.3) kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, eritroderminin etiyolojiye göre farklı klinik ve laboratuvar özellikler gösteren heterojen bir sendrom olduğunu ortaya koymaktadır. İnflamatuvar belirteçler, hastalık seyri ve yatış sürelerindeki etiyolojiye bağlı farklılıklar, eritrodermi yönetiminde sistematik değerlendirmenin önemini desteklemektedir. Çoklu karşılaştırma düzeltmesi sonrasında saptanan ilişkilerin büyük çoğunluğu anlamlılığını korumuş; bu da bulguların sağlamlığını desteklemektedir. Özellikle idiyopatik eritrodermide yüksek eozinofili ve lenfadenopati sıklığı dikkat çekicidir. Bu birliktelik, idiyopatik olarak sınıflanan bazı olgularda henüz tanı almamış kutanöz T hücreli lenfomayı/mikozis fungoidesi düşündürebilir; bu olguların uzun süreli izlem ve tekrarlayan biyopsilerle değerlendirilmesi önem taşır. Çalışmanın başlıca kısıtlılıkları retrospektif ve tek merkezli tasarımı ile bazı alt gruplardaki düşük hasta sayısıdır. Erken etiyolojik değerlendirme ve sistemik bulguların dikkatli analizi, tanısal yaklaşım ve klinik yönetim açısından önem taşımaktadır. Bu çalışma, ülkemizde eritrodermiye ilişkin güncel üçüncü basamak merkez verilerine katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: eritrodermi, etiyoloji, klinik özellikler

Yayın No: P-477
Bildiri Grubu: Genel / Pediatrik dermatoloji

PEDİATRİK ACİL SERVİSTEN İSTENEN DERMATOLOJİ KONSÜLTASYONLARININ KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ: 10 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Gökhan Şahin[1], Elif Feyza Ergün[1], Aleyna Doğu[1], Esra Pancar Yüksel[1], Fatma Aydın[1]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun

Giriş ve Amaç: Acil servisler, dünya genelinde sağlık hizmetlerinin yoğun sunulduğu klinik birimler arasında yer almaktadır. Pediatrik yaş grubuna özgü dermatolojik hastalıkların bulunması ve erişkinlerde görülen bazı dermatolojik hastalıkların çocukluk çağında farklı klinik özelliklerle ortaya çıkabilmesi, pediatrik hastalarda dermatolojik tanı ve tedavi süreçlerini güçleştirebilmektedir. Bu çalışma, pediatrik acil servisten dermatolojiye konsülte edilen olguların demografik ve klinik özelliklerini retrospektif olarak değerlendirmeyi ve tanı-yatış ilişkisi ile COVID-19 pandemisinin konsültasyon profiline etkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışma tek merkezli, retrospektif olarak tasarlandı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2026/350 numaralı başvuruyla onay alındı. Çalışmaya 01.01.2016–01.05.2026 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisinden Dermatoloji Anabilim Dalına konsülte edilen 526 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru zamanı, acil servis ön tanıları, Dermatoloji konsültasyonu sonucunda konan tanılar, biyopsi uygulanma durumu ve yatış bilgileri kaydedildi. Dermatolojik tanılar dokuz ana grupta sınıflandırıldı. Tanı grupları ile yaş, yatış durumu, mevsim ve pandemi dönemleri arasındaki ilişkiler ki-kare testiyle değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 526 hastanın %59,7'si erkek, %40,3'ü kadındı. En sık yaş grubu 1–5 yaş idi (%38). En sık görülen tanı grubu enfeksiyöz dermatozlar olup tüm olguların %38,4'ünü (n=202) oluşturmaktaydı. Bunu ekzematöz dermatozlar (%15,8; n=83) ve paraziter dermatozlar (%15,6; n=82) izledi. En sık konan spesifik tanı Skabies olup 82 hastada (%15,6) saptandı. Bunu yumuşak doku enfeksiyonları (%8,4; n=44) ve impetigo/büllöz impetigo (%5,9; n=31) takip etti. Tanı dağılımı yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdi (χ^2=61,524; $p < 0,001$). 1 yaş altında ek sık ekzematöz dermatozlar (%30) görülürken diğer tüm yaş gruplarında en sık tanı enfeksiyöz dermatozlar idi. Tanı grupları ve mevsimler arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,596). Hastaların %89,2'si taburcu edilirken, %10,8'i hastaneye yatırıldı. Tanı grupları ile yatış durumu arasında anlamlı ilişki saptandı (χ^2=56,360; $p < 0,001$) (Tablo 1). En yüksek yatış oranları vaskülit/reaktif dermatozlarda (%50) ve büllöz/şiddetli ilaç reaksiyonlarında (%33,3) izlendi. Tanı amaçlı biyopsi alınma oranı %7 olarak bulundu. Pandemi öncesi (2016–2019), pandemi dönemi (2020–2021) ve pandemi sonrası (2022–2026) dönemler arasında tanı dağılımları anlamlı farklılık gösterdi (χ^2=42,487; $p < 0,001$). Bu farklılıkta özellikle paraziter dermatoz oranlarındaki artış dikkat çekti. (sırasıyla %3,2, %22,4 ve %17,3). Acil serviste ön tanı konulan

148 hastanın %75,7'sine konsültasyon sonucu Dermatoloji tarafından aynı tanının konduğu saptandı.

Tablo 1

Tanı grubu	**Hasta sayısı**	**Yatış n (%)**
Enfeksiyöz	**202**	27 (%13.4)
Paraziter	82	1 (%1.2)
Ekzematöz	**83**	1 (%1.2)
Ürtiker/Allerjik	51	3 (%5.9)
Hafif şiddette ilaç reaksiyonları	30	4 (%13.3)
Papuloskuamöz hastalıklar	15	3 (%20)
Vaskülit/Reaktif dermatozlar	16	**8 (%50)**
Büllöz/Şiddetli ilaç reaksiyonları	21	**7 (%33.3)**
Diğer	26	3 (11.5)

Tanı gruplarına göre yatış oranları

Tablo 2

Yaş grubu	**Enfeksiyöz n (%)**	**Paraziter n (%)**	**Ekzematöz n (%)**	**Ürtiker/Allerjik n (%)**	**Hafif ilaç reaksiyonları n (%)**	**Papüloskuamöz hastalıklar n (%)**	**Vaskülit/Reaktif n (%)**	**Büllöz/Şiddetli ilaç reaksiyonları n (%)**	**Diğer n (%)**
<1	15	20 (%28.	**21 (%30)**	2 (%2.9)	3 (%4.3)	4 (%5.7)	1 (%1.4)	2 (%2.9)	2 (%2.

yaş	(%21.4)	6)							9)
1-5 yaş	**87 (%43.5)**	24 (%12)	30 (%15)	28 (%14)	10 (%5)	2 (%1)	4 (%2)	10 (%5)	5 (%2.5
6-11 yaş	**53 (%36.6)**	22 (%15.2)	21 (%14.5)	11 (%7.6)	11 (%7.6)	4 (%2.8)	10 (%6.9)	4 (%2.8)	9 (%6.2)
12-17 yaş	**47 (%42.3)**	16 (%14.4)	11 (%9.9)	10 (%9)	6 (%5.4)	5 (%4.5)	1 (%0.9)	5 (%4.5)	10 (%9)

Yaş gruplarına göre tanıların dağılımı

Tartışma ve Sonuç: Bulgular, literatüre benzer şekilde konsültasyonların büyük çoğunluğunu enfeksiyöz hastalıkların oluşturduğunu göstermektedir. Çalışmamızda önceki çalışmalarla benzer şekilde bir yaş altında atopik dermatit ve seboreik dermatit gibi ekzamatöz hastalıklar daha sık görülürken 1-5 yaş arası dönemde enfeksiyöz dermatozlar ön plana çıkmıştır. Bununla birlikte COVID-19 pandemisi sırasında paraziter dermatozlarda belirgin artış saptanması dikkat çekicidir. Bu durum, pandemi döneminde hijyen koşullarındaki değişiklikler ve uzun süreli eve kapanma, kapalı alanda birlikte yaşama gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Yatış oranlarının özellikle vaskülit ve büllöz/şiddetli ilaç reaksiyonlarında yüksek bulunması, bu hastalıklarda acil dermatoloji konsültasyonların kritik önemini ortaya koymaktadır. Pediatrik acil serviste dermatoloji konsültasyonlarının büyük bölümünü enfeksiyöz dermatozlar oluşturmuş, yatış gereksinimi özellikle vaskülit ve ilaç reaksiyonlarında yüksek saptanmıştır. Pandemi süreci ile birlikte paraziter dermatozların dağılımında değişim gözlenmiştir. Acil servis ve Dermatoloji arasında %75,7 oranında tanısal uyum saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik dermatoloji, Acil, Dermatoloji konsültasyonu

Yayın No: P-480
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

Akne Vulgaris Hastalarında Oral İzotretinoin Tedavisi Sırasında İştah Değişiminin Prospektif Değerlendirilmesi: Psikiyatrik, Metabolik ve İnflamatuvar Belirleyiciler

Selim Kandiş[1], Harbiye Dilek Canat[1], Dilara Kandiş[1]

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

Giriş ve Amaç: Oral izotretinoin, orta ve şiddetli akne vulgaris tedavisinde en etkili sistemik ajanlardan biridir. Tedavi sırasında metabolik ve psikiyatrik değişiklikler ayrıntılı olarak araştırılmış olmasına rağmen, iştah üzerindeki etkisi ve bu değişimin inflamatuvar, metabolik ve psikolojik parametrelerle ilişkisi yeterince aydınlatılamamıştır. Özellikle iştah değişimini valide edilmiş ölçeklerle prospektif olarak değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada, oral izotretinoin tedavisinin ilk üç ayında iştah değişiminin Basitleştirilmiş Beslenme ve İştah Anketi (SNAQ) kullanılarak değerlendirilmesi ve iştah değişiminin klinik, psikiyatrik, metabolik ve inflamatuvar belirleyicilerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu prospektif, tek merkezli çalışmaya orta ve şiddetli akne vulgarisi nedeniyle sistemik oral izotretinoin tedavisi başlanan 100 hasta dahil edildi. Hastalar tedavi öncesinde ve üçüncü ayda değerlendirildi. İştah düzeyi Basitleştirilmiş Beslenme ve İştah Anketi (SNAQ), akne şiddeti Global Acne Grading System (GAGS), depresyon ve anksiyete Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçekleri ile değerlendirildi. Beden kitle indeksi, kilo değişimi, hemogram, lipid profili, açlık glukozu, insülin, HOMA-IR ve C-reaktif protein (CRP) düzeyleri kaydedildi. İştah değişimi ile klinik, metabolik, inflamatuvar ve psikiyatrik parametreler arasındaki ilişkiler analiz edildi. İştah değişiminin klinik, metabolik, inflamatuvar ve psikiyatrik belirleyicileri araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 22,8±6,4 yıl olan 100 hasta (79 kadın, 21 erkek) dahil edildi. Üçüncü ayda SNAQ skoru 15,4±2,2'den 15,8±2,0'ye hafif ancak anlamlı düzeyde arttı ($p=0,031$); kilo kaybı riskiyle ilişkili SNAQ≤14 oranı ise %39'dan %27'ye geriledi. Buna karşın hastaların %73'ünde vücut ağırlığı değişmedi, %23'ünde arttı ve %4'ünde azaldı; iştah değişimi ile kilo değişimi arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($\rho=0,12$; $p=0,226$). Tedaviyle akne şiddeti, depresyon ve anksiyete skorlarında anlamlı azalma gözlenirken (tümü $p < 0,05$), total kolesterol, LDL kolesterol ve trigliserid düzeyleri anlamlı olarak arttı (tümü $p < 0,01$). HOMA-IR ve CRP düzeylerinde anlamlı değişiklik izlenmedi. İştah değişimi akne şiddeti, depresyon ve anksiyete skorlarındaki değişimlerle ilişkili bulunmazken yalnızca CRP değişimiyle pozitif korelasyon gösterdi ($\rho=0,28$; $p=0,005$). Çok değişkenli analizde düşük başlangıç SNAQ skoru, erkek cinsiyet ve CRP artışı üçüncü ay iştah artışının bağımsız belirleyicileri olarak saptandı (düzeltilmiş $R^2=0,37$; $p < 0,001$).

Tartışma ve Sonuç: Oral izotretinoin tedavisinin ilk üç ayında iştahta hafif ancak anlamlı bir artış gözlenmesine rağmen bu değişiklik hastaların büyük çoğunluğunda vücut ağırlığına yansımamaktadır. İştah değişiminin akne şiddetindeki düzelme ve psikiyatrik iyileşmeden bağımsız, inflamatuvar değişimlerle ilişkili bulunması, izotretinoin tedavisi sırasında iştah regülasyonunda inflamatuvar mekanizmaların rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, izotretinoin kullanan hastalarda iştah değişiminin yalnızca kilo değişimi veya psikolojik iyileşme üzerinden değil, metabolik ve inflamatuvar süreçlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, izotretinoin, iştah

Yayın No: P-493
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Hidradenitis Suppurativa Hastalarında Terleme Şiddeti, Anatomik Dağılım ve Klinik Şiddet ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Maide Memişoğlu[1], İsmail Hakkı Ünal[1], Zeyneb Tecik[1], Anıl Çağrı Tuna[1], Ayşenur Botsalı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

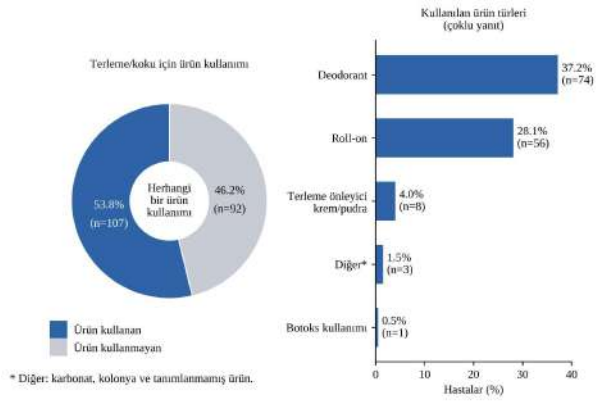
Giriş ve Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS), intertriginöz bölgeleri tutan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu anatomik dağılımda mekanik stres, sürtünme ve oklüzyonun rol oynayabileceği düşünülse de terlemenin HS ile ilişkisi yeterince açıklanmamıştır. Objektif ölçümlerin kullanıldığı az sayıdaki çalışma, belirgin hiperhidroz gösterilememesine karşın hastaların öznel terleme yükünün artabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada HS hastalarında hasta bildirimine dayalı terleme yükü ve paternleri; hastalık şiddeti, anatomik tutulum, hastaların terlemeyle kötüleşme algısı ve terleme/kokuya yönelik kişisel bakım davranışlarıyla birlikte değerlendirildi.

Yöntem: Tek merkezli, prospektif. kesitsel çalışmamıza 199 HS hastası dahil edildi. Demografik ve klinik özellikler, Hurley evresi, Uluslararası Hidradenitis Suppurativa Şiddet Skoru Sistemi (IHS4), Hiperhidroz Hastalık Şiddeti Ölçeği (HDSS), tutulan anatomik bölge sayısı ve sekiz bölgede 0–3 arasında derecelendirilen terleme skorları kaydedildi; toplam bölgesel terleme skoru 0–24 arasında hesaplandı. Klinik açıdan anlamlı hasta bildirimine dayalı terleme yükü HDSS≥3 olarak belirlendi ve terleme paternleri önceden tanımlanmış kurallara göre sınıflandırıldı. Korelasyonlar Spearman testiyle, grup karşılaştırmaları Kruskal–Wallis ve Mann–Whitney U testleriyle değerlendirildi. Bölgesel ilişkiler yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi (VKİ) için düzeltilmiş ordinal lojistik regresyonla incelendi.

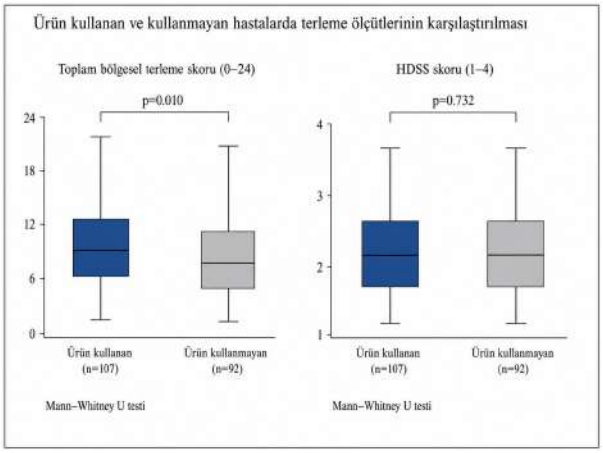
Bulgular: Hastaların medyan yaşı 34 (27–45) yıl, VKİ'si 28,9 (25,6–32,7) kg/m² ve hastalık süresi 8,5 (5–17) yıldı; %67,3'ü erkek ve %38,2'si obezdi. Hurley verisi bulunanların %90,7'si evre II–III'tü. Medyan IHS4 skoru 8 (2–15; n=197), tutulan bölge sayısı 3 (2–4) idi. Klinik açıdan anlamlı terleme yükü 80 hastada (%40,2) bulundu. Kural-temelli sınıflandırmada sekonder/non-primer patern %26,1, karma primer-sekonder patern %12,1 ve primer fokal patern %2,0 oranındaydı (Tablo 1).HDSS ile IHS4 ilişkili değildi (ρ=0,074; p=0,304) ve HDSS Hurley evreleri arasında farklılık göstermedi (p=0,054). Buna karşılık toplam bölgesel terleme skoru IHS4 (ρ=0,167; p=0,019) ve tutulan bölge sayısıyla (ρ=0,210; p=0,003) pozitif ilişkiliydi. Aynı bölgede HS tutulumu bulunanlarda terleme skoru baş-boyun (p=0,005), aksilla (p=0,005), inguinal, gluteal/perianal ve infra/intermammaryan bölgelerde (tümü $p < 0,001$) daha yüksekti; ilişkiler düzeltilmiş analizlerde de korundu (tümü $p \leq 0,028$). Hastaların %37,7'si terleme arttığında lezyonlarının kötüleştiğini bildirdi. Terlemeyle kötüleşme algısı grupları arasında HDSS ve toplam bölgesel terleme skoru açısından anlamlı fark bulunurken (her ikisi için $p < 0,001$), Hurley evresi ve IHS4 açısından fark yoktu.Hastaların %53,8'i terleme/koku için ürün kullanıyordu. En sık kullanılan ürünler deodorant (%37,2) ve roll-on (%28,1) iken, terleme

önleyici krem/pudra kullanımı yalnızca %4,0'dı (Şekil 1). Ürün kullanan hastalarda toplam bölgesel terleme skoru daha yüksekken (p=0,010), HDSS açısından fark saptanmadı (p=0,732) (Şekil 2). Lazer epilasyon öyküsü %27,6 idi.

Şekil 1



Şekil 2



Tablo 1

Özellik	**Değer**
Hasta sayısı	199
Yaş, yıl	34 (27-45)
Cinsiyet, n (%)	Erkek 134 (67,3); kadın 65 (32,7)
Vücut kitle indeksi,	Erkek 134 (67,3);

kg/m²	kadın 65 (32,7)
Obezite, n (%)	76 (38,2)
Hastalık süresi, yıl	8,5 (5-17)
Hurley evresi I / II / III, n (%)	22 (11,1) / 92 (46,2) / 85 (42,7)
IHS4 skoru	8 (2-15)
Tutulan anatomik bölge sayısı	3 (2-4)
En sık tutulum bölgeleri, n (%)	Aksilla 145 (72,9); inguinal 141 (70,9); gluteal/perianal 70 (35,2)
HDSS ≥3, n (%)	80 (40,2)
Hiperhidroz tipi, n (%)	Yok 119 (59,8); sekonder 52 (26,1); primer+sekonder 24 (12,1); primer fokal 4 (2,0)
Terleme arttığında HS lezyonlarının kötüleştiğini bildirenler, n (%)	75 (37,7)
Terleme veya koku için ürün kullananlar, n (%)	107 (53,8)
Lazer epilasyon öyküsü, n (%)	55 (27,6)

Sürekli değişkenler medyan (Q1-Q3), kategorik değişkenler n (%) olarak sunulmuştur. Q1 ve Q3 sırasıyla 25. ve 75. persentilleri göstermektedir.HS: hidradenitis suppurativa; HDSS: Hyperhidrosis Disease Severity Scale; IHS4: International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System.

Tartışma ve Sonuç: HS'de global terleme şiddeti klinik hastalık yükünü yeterince yansıtmayabilir; bölgesel terleme ise hastalığın yaygınlığı ve aynı bölgedeki tutulumla daha yakından ilişkili görünmektedir. Kesitsel tasarım nedensellik kurdurmasa da bulgular, bölgesel terleme, sürtünme ve oklüzyonun HS'nin anatomik dağılımındaki olası katkısına işaret etmektedir. Hastalığın terlemeyle kötüleştiği algısının sık, terlemeyi azaltmaya yönelik uygulamaların ise düşük olması, bölgesel terleme şiddetinin rutin değerlendirmede sorgulanmasını ve kişisel bakıma dair önerilerin ve ürünlerin HS bakımının görünür bir parçası haline getirilmesini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis Suppurativa, Hiperhidroz, Hastalık şiddeti

Yayın No: P-496
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

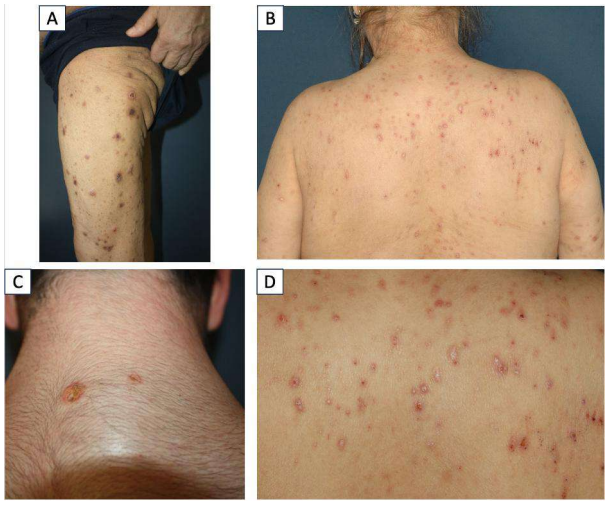
Edinsel Perforan Dermatozlu Hastalarda Klinik Özellikler, Komorbiditeler, Laboratuvar Bulguları ve Tedavi Yanıtları: Retrospektif Tanımlayıcı Çalışma

Işılay Nergiz Topsakal[1], Kerem Balan[1], Özay Gököz[2], Leyla Huseynova Terzi[1], Başak Yalıcı Armağan[1], Neslihan Akdoğan[1], Duygu Gülseren[1], Sibel Ersoy Evans[1], Sibel Doğan Günaydın[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Edinsel perforan dermatoz (EPD), değişmiş dermal ya da epidermal materyalin transepidermal eliminasyonu ile karakterize, sıklıkla şiddetli kaşıntılı, santral keratotik tıkaçlı hiperkeratotik papül, nodül veya plaklarla seyreden heterojen bir hastalık grubudur. EPD; diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, metabolik bozukluklar ve malignitelerle ilişkilendirilebilmekle birlikte tedavi yanıtlarına ilişkin gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışmada histopatolojik olarak doğrulanmış EPD hastalarının demografik, klinik, komorbidite, laboratuvar ve tedavi özelliklerinin, özellikle tedavi yanıtları ve fototerapi etkinliği açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

Şekil 1. Edinsel perforan dermatozun klinik bulguları.



A) Alt ekstremitede santral keratotik tıkaçlar ve postinflamatuvar hiperpigmentasyonun eşlik ettiği çok sayıda hiperkeratotik papül ve nodül. (B) Üst sırt ve omuzları tutan yaygın eritemli ve ekskoriye papüller. (C) Posterior boyunda santral yapışık keratotik tıkaçlar içeren krateriform hiperkeratotik plaklar. (D) Sırtta santral kabuklanma ve keratotik tıkaçlar gösteren çok sayıda umbilikasyonlu eritemli papülün yakın plan görünümü.

Yöntem: Üçüncü basamak dermatoloji merkezinde izlenen ve histopatolojik EPD tanısı alan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hasta kayıtlarından demografik veriler, hastalık başlangıç yaşı ve süresi, komorbiditeler, malignite öyküsü, laboratuvar parametreleri, uygulanan tedaviler ve klinik yanıtlar kaydedildi. Tedavi yanıtı tam veya tama yakın yanıt, kısmi ancak yetersiz yanıt ve yanıtsızlık olarak sınıflandırıldı. Normal dağılan değişkenler ortalama ± standart sapma, normal dağılmayan değişkenler medyan (çeyrekler arası aralık) şeklinde sunuldu.

Bulgular: Çalışmaya 45 biyopsi ile doğrulanmış EPD hastası dahil edildi. Ortalama yaş 61,24 ± 15,57 yıl, ortalama hastalık başlangıç yaşı 57,11 ± 15,73 yıl idi. Diabetes mellitus 29 hastada (%64,4), hipertansiyon 23 hastada (%51,1), hiperlipidemi 12 hastada (%26,7), kardiyak hastalık 11 hastada (%24,4) ve kronik böbrek hastalığı 10 hastada (%22,2) saptandı. Malignite 6 hastada (%14,0) mevcuttu ve hematolojik maligniteler en sık alt grubu oluşturdu (sayı=4). Tedavi verisi bulunan 36 kayıtta en sık kullanılan tedavi topikal kortikosteroidlerdi (sayı=22, %61,1); bunu asitretin (sayı=5, %13,9), antihistaminikler (sayı=4, %11,1), sistemik izotretinoin (sayı=3, %8,3) ve tetrasiklin (sayı=2, %5,6) izledi. Genel olarak 6 hastada (%16,7) tam veya tama yakın yanıt, 18 hastada (%50,0) kısmi ancak yetersiz yanıt, 12 hastada (%33,3) yanıtsızlık izlendi. Dar bant ultraviyole B (DB-UVB) fototerapi alan hastalarda yanıt yaklaşık 30 seans ve haftada üç uygulama sonrasında değerlendirildi; 6 hastanın 5'inde (%83,3) tam veya tama yakın yanıt, 1'inde (%16,7) kısmi yanıt elde edildi. Medyan ferritin düzeyi 19,10 ng/mL (12,15-24,19) idi.

Tablo 1. Edinsel perforan dermatozlu hastaların demografik ve klinik özellikleri

Değişken	**Değer**
Hasta sayısı	45
Yaş, yıl, ortalama ± SS	61,24 ± 15,57
Hastalık başlangıç yaşı, yıl, ortalama ± SS	57,11 ± 15,73
Hastalık süresi, ay, medyan (IQR)	7,00 (3,00–24,00)
Pruritus süresi, ay, medyan (IQR)	7,00 (3,00–24,00)
Vücut kitle indeksi, kg/m^2, medyan (IQR)	28,40 (23,35–32,05)
Komorbidite	

Diabetes mellitus, n (%)	29 (64,4%)
Hipertansiyon, n (%)	23 (51,1%)
Hiperlipidemi, n (%)	12 (26,7%)
Kardiyak hastalık, n (%)	11 (24,4%)
Kronik böbrek hastalığı, n (%)	10 (22,2%)
Malignite, n (%)	6 (14,0%)
Hematolojik malignite, n (%)	4 (8,9%)
Atopi, n (%)	5 (11,1%)
Tiroid hastalığı, n (%)	3 (6,7%)
Ankilozan spondilit, n (%)	2 (4,4%)

Tablo 2. Tedavi modaliteleri ve klinik yanıtlar

Tedavi modalitesi (n=36)	**Tam/tama yakın yanıt, n (%)**	**Kısmi ancak yetersiz yanıt, n (%)**	**Yanıt yok, n (%)**
Topikal kortikosteroidler	2 (9,1%)	10 (45,5%)	10 (45,5%)
Asitretin	2 (40,0%)	3 (60,0%)	0
Sistemik izotretinoin	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0
Antihistaminikler	0	1 (25,0%)	3 (75,0%)

Sistemik tetrasiklin	0	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Sistemik kortikosteroid	0	0	1 (100,0%)
Topikal retinoid	0	1 (100,0%)	0
Fototerapi	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0

Kısaltmalar: SS, standart sapma; IQR, çeyrekler arası aralık.

Tartışma ve Sonuç: EPD çoğunlukla ileri yaşta görülmekte ve diabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, kronik böbrek hastalığı ve malignite gibi sistemik komorbiditelerle birlikte seyretmektedir. Topikal kortikosteroidler en sık kullanılan tedavi olmasına rağmen tam veya tama yakın yanıt oranı sınırlı kalmıştır. Buna karşın DB-UVB fototerapi en yüksek tanımlayıcı yanıt oranını göstermiştir. Bulgularımız, seçilmiş EPD hastalarında fototerapinin değerli bir tedavi seçeneği olabileceğini ve ferritin düzeylerinin kaşıntı şiddeti ile tedavi yanıtı açısından ileride araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Edinsel perforan dermatoz, fototerapi, komorbidite

Yayın No: P-498
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Kronik Spontan Ürtikerde 12 Haftalık Omalizumab Tedavisinin Endotelyal, Vasküler ve Tromboinflamatuvar Belirteçler Üzerine Etkisi ve Bu Belirteçlerin Klinik Özellikler ve Tedavi Yanıtıyla İlişkisi: Prospektif Olgu-Kontrollü Çalışma

Fatma Zorlu Küçükkaya[1], Zafer Türkoğlu[1], Ezgi Aktaş[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

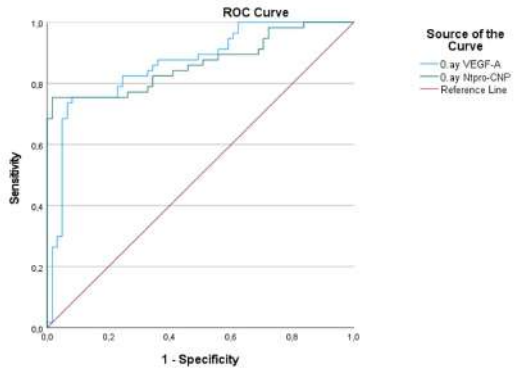
Giriş ve Amaç: Kronik spontan ürtiker (KSÜ), mast hücresi aktivasyonunun ötesinde endotelyal disfonksiyon, vasküler geçirgenlik artışı, koagülasyon aktivasyonu ve tromboinflamatuvar süreçlerin rol oynadığı kompleks bir hastalıktır. Bununla birlikte, endotelyal ve anjiyojenik yanıtı yansıtan biyobelirteçlerin hastalık biyolojisi ve tedavi yanıtındaki yeri henüz net değildir. Bu çalışmada, KSÜ hastalarında vasküler endotelyal büyüme faktörü-A (VEGF-A), N-terminal pro-C tipi natriüretik peptid (NT-proCNP) ve bazal triptaz düzeylerinin değerlendirilmesi; bu belirteçlerin omalizumab tedavisiyle gelişen değişimlerinin klinik yanıt, miks ürtiker fenotipleri ve vasküler/hemostatik parametrelerle ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu prospektif olgu-kontrol çalışmasına 58 KSÜ hastası ve 61 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastalar semptomatik dermografizm açısından FricTest®, sıcak ve soğuk indüklenebilir ürtiker açısından TempTest® ile değerlendirildi; otoimmünitenin araştırılmasında otolog serum deri testi kullanıldı. Hastalık aktivitesi, kontrolü ve yaşam kalitesi sırasıyla Ürtiker Aktivite Skoru-7 (ÜAS7), Ürtiker Kontrol Testi (ÜKT) ve Kronik Ürtiker Yaşam Kalitesi Anketi (KÜYKA) ile değerlendirildi. Serum VEGF-A, NT-proCNP ve bazal triptaz düzeyleri ELISA yöntemiyle, D-dimer ve fibrinojen düzeyleri ise rutin laboratuvar yöntemleriyle ölçüldü. Omalizumab tedavisi alan hastalar 12 hafta boyunca izlenerek klinik skorlar, biyobelirteçler ve laboratuvar parametreleri üçüncü ay sonunda yeniden değerlendirildi. Biyobelirteç düzeyleri ile klinik özellikler, miks ürtiker fenotipleri ve vasküler/hemostatik parametreler arasındaki ilişkiler analiz edildi. İstatistiksel değerlendirmede Spearman korelasyon analizi kullanıldı; çoklu karşılaştırmalar Benjamini–Hochberg yanlış keşif oranı (FDR) yöntemi ile düzeltildi.

Bulgular: Başlangıçta KSÜ hastalarında VEGF-A ve NT-proCNP düzeyleri kontrole göre anlamlı düşükken (84,56 vs 266,56 pg/mL ve 1,58 vs 6,10 pmol/L; her ikisi için $p < 0,001$), triptaz, D-dimer ve fibrinojen düzeyleri anlamlı yüksekti ($p < 0,05$). Omalizumab sonrası klinik skorlarda belirgin iyileşme izlendi [ÜAS7: 34'ten 3'e; ÜKT: 3'ten 14'e; KÜYKA: 67'den 29,5'e; tümü $p < 0,001$]. VEGF-A ve NT-proCNP düzeyleri 3. ayda anlamlı arttı (her ikisi için $p=0,001$), ancak kontrol düzeylerine ulaşmadı (her ikisi için $p < 0,001$). Triptaz ve D-dimer anlamlı azalırken (sırasıyla $p=0,005$ ve $p=0,001$), fibrinojende anlamlı değişim izlenmedi ($p=0,244$). VEGF-A ile NT-proCNP düzeyleri başlangıçta ($r=0,693$; $p=0,001$), 3. ayda ($r=0,736$; $p=0,001$) ve değişim düzeylerinde ($r=0,500$; $p=0,001$; FDR-düzeltilmiş $p=0,001$) pozitif korelasyon gösterdi. Dermografizm pozitif hastalarda ve miks ürtiker fenotipinde VEGF-A ve NT-proCNP

düzeyleri saf KSÜ'ye göre anlamlı daha yüksekti ($p < 0,05$). ROC analizinde VEGF-A ve NT-proCNP, KSÜ'yü ayırt etmede benzer performans gösterdi (AUC sırasıyla 0,865 ve 0,866).

Şekil 1. VEGF-A ve NT-proCNP'nin KSÜ hastalarını sağlıklı kontrollerden ayırt etmedeki tanısal performansını gösteren ROC eğrileri.



Tablo 1. Hasta grubunda 0. ay–3. ay biyobelirteç değişimi

Parametre	0. ay medyan (Q1–Q3)	3. ay medyan (Q1–Q3)	Δ medyan (Q1–Q3)	p
VEGF-A (pg/mL)	84,56 (71,22–110,03)	93,19 (78,37–134,79)	17,32 (-3,74–44,12)	**0,001**
NT-proCNP (pmol/L)	1,58 (1,24–2,35)	2,53 (2,03–3,56)	1,00 (0,28–1,39)	**0,001**
Triptaz	4,14 (2,55–6,05)	3,35 (2,47–4,29)	-1,02 (-2,59–0,64)	**0,005**
D-dimer	0,33 (0,21–0,63)	0,22 (0,20–0,38)	-0,04 (-0,31–0)	**0,001**
Fibrinojen	306 (275–358)	310 (275–346)	-8,5 (-27–13)	**0,244**

Veriler medyan (Q1–Q3) olarak sunuldu. Δ değeri 3. ay − 0. ay değişimini göstermektedir. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 2. VEGF-A ve NT-proCNP düzeyleri arasındaki korelasyon analizi

Korelasyon	**r**	**p**	**FDR-düzeltilmiş p**
VEGF-A (0. ay)↔NT-proCNP (0. ay)	0,693	0,001	0,001
VEGF-A (3. ay) ↔ NT-proCNP (3. ay)	0,736	0,001	0,001
ΔVEGF-A ↔ΔNT-proCNP	0,500	0,001	0,001

Korelasyon analizinde Spearman rho testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar Benjamini–Hochberg yanlış keşif oranı yöntemi ile düzeltildi. Δ değeri 3. ay − 0. ay değişimini göstermektedir. $p<0,05$ ve FDR-düzeltilmiş $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda KSÜ hastalarında VEGF-A ve NT-proCNP düzeylerinin kontrol grubuna göre düşük bulunması, hastalığın yalnızca mast hücresi-IgE ekseni ile açıklanamayacağını; endotelyal, vasküler ve anjiyojenik mekanizmaların da hastalık biyolojisinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. VEGF-A düzeylerindeki azalma; endotelyal rezerv tüketimi, kompansatuvar anjiyojenik yanıt yetersizliği veya artmış vasküler geçirgenliğe bağlı lokal tüketim ile ilişkili olabilirken, düşük NT-proCNP düzeyleri baskılanmış endotelyal homeostatik yanıtı işaret etmektedir. Omalizumab tedavisi sonrası VEGF-A ve NT-proCNP düzeylerinde izlenen paralel artış ile korelasyonun güçlenmesi, ortak bir endotelyal-vasküler biyolojik aksın varlığını düşündürmektedir. Bununla birlikte, belirgin klinik iyileşmeye rağmen biyobelirteçlerin kontrol düzeylerine ulaşmaması, D-dimer ve fibrinojen yüksekliğinin sürmesi ve miks ürtiker fenotipinde daha belirgin vasküler profil izlenmesi dikkat çekicidir. Bu bulgular, klinik remisyonun biyolojik remisyonla eşdeğer olmayabileceğini ve KSÜ'de semptom kontrolüne rağmen persistan endotelyal-vasküler aktivitenin devam edebileceğini düşündürmektedir. Daha uzun dönemli çalışmalar, bu persistan biyolojik aktivitenin prognostik önemini ve biyolojik remisyonun belirteçlerini ortaya koyarak KSÜ patogenezinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: biyolojik remisyon, endotelyal disfonksiyon, kronik spontan ürtiker

Yayın No: P-501
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Psoriasis Hastalarında Klinik Tutulum Özellikleri, Psikopatoloji Ve İçselleştirilmiş Damgalanma: Kesitsel Bir Çalışma

Melisa Gençoğlu[1], İlkay Can[1], Merve Şahin Can[2], Arzu Kılıç[1], Pelin Hızlı[1], Rıza Gökçer Tulacı[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Balıkesir
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Balıkesir

Giriş ve Amaç: Psoriasis, farklı klinik fenotiplerle seyreden ve klinik şiddetle her zaman tam açıklanamayan belirgin bir psikososyal yük oluşturabilen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın özellikle görünür, fonksiyonel ya da duyarlı bölgeleri etkilemesi; yaşam kalitesinde azalma, psikopatolojik belirtiler ve damgalanma ile ilişkili olabilmektedir. Bu çalışmada, psoriasis hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi ve psikopatolojik belirti düzeylerinin baskın klinik fenotiplere (plak, guttat, invers ve palmoplantar nonpüstüler) ve özel bölge tutulumlarına göre farklılıklarının; hastalık şiddeti ve hastalık süresiyle ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu tek merkezli, kesitsel çalışmaya 180 erişkin psoriasis hastası dahil edildi. Hastalar değerlendirme sırasındaki klinik olarak baskın fenotipe göre birbirini dışlayan plak (n=92), guttat (n=30), invers (n=27) ve palmoplantar nonpüstüler (n=31) gruplarına ayrıldı. Dört fenotipin karşılaştırılmasının yanı sıra plak baskın fenotipli hastalar ile diğer üç fenotipin birleştirildiği plak dışı baskın grup ayrıca karşılaştırıldı. Saçlı deri, yüz veya el-ayak tutulumu görünür bölge tutulumu olarak tanımlandı; bu bölgeler ile tırnak ve genital tutulumlar ayrıca değerlendirildi. Hastalık şiddeti palmoplantar grup dışındaki hastalarda Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI), palmoplantar grupta modifiye Palmoplantar Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (mPPPASI) ile; tırnak psoriasisi şiddeti ise tırnak tutulumu bulunan hastalarda Tırnak Psoriasisi Şiddet İndeksi (NAPSI) ile değerlendirildi. İçselleştirilmiş damgalanma Psoriasis İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinin (PİDÖ) toplam ve beş alt boyut puanlarıyla, yaşam kalitesi Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), psikopatolojik belirtiler ise Belirti Tarama Listesi-90-Yenilenmiş Formunun (SCL-90-R) Genel Belirti Düzeyi (GSI) ve alt boyutlarıyla değerlendirildi. PİDÖ toplam puanı, DLQI toplam puanı ve GSI birincil; alt boyut puanları ikincil sonuçlar olarak ele alındı. Grup karşılaştırmalarında Kruskal–Wallis ve Mann–Whitney U, hastalık şiddeti ölçümleri ve hastalık süresiyle ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 180 hastanın yaş ortalaması 43,08±12,94 yıl olup 84'ü (%46,7) kadın, 96'sı (%53,3) erkekti. Baskın fenotip dağılımı Tablo 1'de gösterildi: 92 hastada (%51,1) plak, 30'unda (%16,7) guttat, 27'sinde (%15,0) invers ve 31'inde (%17,2) palmoplantar nonpüstüler fenotip vardı. Plak baskın ve plak dışı baskın gruplar arasında GSI ile SCL-90-R'nin dokuz belirti boyutu ve ek belirtiler puanı açısından anlamlı farklılık saptanmadı (tümü için $p > 0,05$). Plak dışı baskın grupta PİDÖ toplam puanı plak baskın gruba göre daha yüksekti

(27,97±13,37'ye karşı 23,78±12,96; p=0,021). Yabancılaşma (p=0,014), kalıp yargıların onaylanması (p=0,022), algılanan ayrımcılık (p=0,001) ve sosyal geri çekilme (p=0,017) puanları da plak dışı baskın grupta daha yüksekken, damgalanmaya karşı direnç açısından farklılık bulunmadı (p=0,400). DLQI toplam puanı plak dışı baskın grupta daha yüksekti (5,78±4,55'e karşı 4,52±4,48; p=0,030). Ayrıntılı karşılaştırmalar Tablo 2'de gösterildi.

Tablo 1. Hastaların klinik tip özellikleri (n=180)

Baskın klinik tip	**n (%)**
Plak	92 (51,1%)
Guttat	30 (16,7%)
İnvers	27 (15,0%)
Palmoplantar nonpüstüler	31 (17,2%)
Plak tipin varlığı	
Yok	55 (30,6%)
Var	125 (69,4%)
Guttat tipin varlığı	
Yok	147 (81,7%)
Var	33 (18,3%)
İnvers tipin varlığı	
Yok	152 (84,4%)
Var	28 (15,6%)
Palmoplantar nonpüstüler tipin varlığı	
Yok	147 (81,7%)
Var	33 (18,3%)

Veriler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. Klinik tiplerin varlığına ilişkin değişkenler ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Tablo 2. Plak baskın ve plak dışı baskın klinik tip gruplarının psikopatolojik belirti, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Plak Baskın Tip (n=92) Ort. ± SS / Medyan (min–maks)	Plak Dışı Baskın Tip (n=88) Ort. ± SS / Medyan (min–maks)	*p*
SCL-90-R (Belirti Tarama Listesi-90-Yenilenmiş Formu)			
Genel Belirti Düzeyi (GSI)	0,65 ± 0,54 — 0,56 (0,02–2,16)	0,73 ± 0,58 — 0,65 (0,01–2,55)	0,425
Somatizasyon	0,73 ± 0,67 — 0,59 (0–2,67)	0,83 ± 0,73 — 0,71 (0–2,83)	0,402
Obsesif-Kompulsif	0,89 ± 0,72 — 0,70 (0–2,90)	0,99 ± 0,82 — 0,80 (0–3,60)	0,480
Kişilerarası Duyarlılık	0,77 ± 0,69 — 0,56 (0–2,55)	0,81 ± 0,71 — 0,59 (0–3,00)	0,804
Depresyon	0,78 ± 0,66 — 0,62 (0–2,62)	0,89 ± 0,79 — 0,73 (0–3,10)	0,565
Anksiyete	0,53 ± 0,61 — 0,40 (0–3,00)	0,57 ± 0,57 — 0,50 (0–2,70)	0,551
Öfke-Düşmanlık	0,63 ± 0,61 — 0,50 (0–2,83)	0,66 ± 0,74 — 0,33 (0–3,17)	0,723
Fobik Anksiyete	0,32 ± 0,41 — 0,14 (0–1,86)	0,34 ± 0,48 — 0,14 (0–2,42)	0,851
Paranoid	0,64 ± 0,64 —	0,78 ± 0,76 —	0,325

Düşünce	0,50 (0–2,83)	0,50 (0–3,00)	
Psikotizm	0,39 ± 0,50 — 0,20 (0–2,20)	0,39 ± 0,42 — 0,29 (0–1,50)	0,823
Ek Belirtiler	0,74 ± 0,63 — 0,57 (0–2,62)	0,89 ± 0,69 — 0,71 (0–2,90)	0,140
PİDÖ (Psoriasis İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği)			
Toplam	23,78 ± 12,96 — 20 (8–58)	27,97 ± 13,37 — 24 (6–62)	**0,021***
Yabancılaşma	10,03 ± 3,51 — 9 (6–23)	11,20 ± 3,73 — 10 (6–23)	**0,014***
Kalıp Yargıların Onaylanması	10,05 ± 2,69 — 9 (7–17)	10,89 ± 2,71 — 10,50 (7–19)	**0,022***
Algılanan Ayrımcılık	7,77 ± 3,01 — 7 (5–16)	9,10 ± 3,06 — 8 (5–17)	**0,001***
Sosyal Geri Çekilme	9,54 ± 3,56 — 8 (6–20)	10,56 ± 3,45 — 10 (6–19)	**0,017***
Damgalanmaya Karşı Direnç	13,62 ± 2,01 — 14 (7–18)	13,78 ± 2,57 — 14 (5–20)	0,400
DLQI (Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi)			
Toplam Puan	4,52 ± 4,48 — 2 (0–20)	5,78 ± 4,55 — 4,50 (0–17)	**0,030***

Ort.: ortalama; SS: standart sapma; min: minimum; maks: maksimum. Mann–Whitney U testi kullanılmıştır. *p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Psoriasiste baskın fenotiplerin psikososyal yükteki rolü yeterince açıklanmamıştır. Çalışmamızda psikopatolojik belirti yükü benzerken plak dışı baskın grupta damgalanma ve yaşam kalitesi kaybının daha fazla olması, psikososyal yükün genel psikopatolojik belirtilerden ayrışabildiğini ve klinik fenotipe duyarlı olabileceğini düşündürmektedir. Palmoplantar fenotipin işlevsel kısıtlılığı, invers fenotipin duyarlı bölge yerleşimi ve guttat lezyonların görünürlüğü bu farklılığa katkıda bulunabilir. Bununla birlikte

plak dışı fenotiplerin birlikte değerlendirilmesi, her fenotipin bağımsız katkısının yorumlanmasını sınırlar. Bulgular, klinik şiddetin yanı sıra baskın fenotip ve özel bölge tutulumunu gözeten psikososyal taramanın önemini vurgulamaktadır. Sonuç olarak, psoriasisli hastalarda klinik değerlendirme rutin olarak psikososyal yükü de kapsamalı; gereksinim saptanan hastalara uygun, bireyselleştirilmiş psikososyal destek sunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi

Yayın No: P-506
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Rozase Hastalarında Demodex Ve Helicobacter Pylori Eş Zamanlı Pozitifliğinin Sıklığı Ve Hastalık Şiddetiyle İlişkisi

deniz aksu[2], yeşim akpınar kara[1]

[1]ankara eğitim ve araştırma hastanesi
[2]ığdır dr. nevruz erez devlet hastanesi

Giriş ve Amaç: Rozase patogenezinde Demodex akarları ve Helicobacter pylori (H. pylori) enfeksiyonunun rolü tartışmalı olup, iki etkenin eş zamanlı pozitifliğine ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada rozase hastalarında Demodex ve H. pylori pozitifliklerinin sıklığının, demografik ve klinik özelliklerle ilişkilerinin ve birlikte pozitifliğin hastalık şiddeti üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu prospektif, tanımlayıcı ve kesitsel çalışmaya Şubat-Temmuz 2025 arasında dermatoloji polikliniğine başvuran, 18 yaş ve üzerinde, klinik olarak eritematotelenjiektazik veya papülopüstüler rozase tanısı alan 61 hasta dahil edildi. Demografik özellikler, semptomlar, rozase alt tipi ve hastalık şiddeti kaydedildi. Şiddet hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırıldı. Demodex varlığı özgül dermoskopik bulgularla, H. pylori pozitifliği dışkıda immünokromatografik antijen testiyle değerlendirildi. Gruplar Student-t, Mann-Whitney U, ki-kare ve Fisher kesin testleriyle karşılaştırıldı; hastalık şiddetinin etkisi tek değişkenli lojistik regresyonla incelendi. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 44,97±11,33 yıl olup 45'i kadın (%73,8), 16'sı erkekti (%26,2). Otuz beş hastada (%57,4) eritematotelenjiektazik, 26 hastada (%42,6) papülopüstüler rozase vardı; hastalık 29 hastada (%47,5) hafif, 24'ünde (%39,3) orta ve 8'inde (%13,2) şiddetliydi. En sık semptomlar sıcaklık basması (%45,2), kalıcı kızarıklık (%43,5), yanma-batma (%30,6), kaşıntı (%25,8) ve ödemdi (%14,5). Demodex 35 hastada (%57,4), H. pylori 14 hastada (%23,0), iki etken birlikte 9 hastada (%14,8) pozitifti. Demodex pozitifliği kadınlarda erkeklerden yüksekti (%66,7'ye karşı %31,2; p=0,014); yaş (p=0,633), H. pylori durumu (p=0,552) ve hastalık şiddetiyle (p=0,192) ilişkili değildi. H. pylori pozitif hastalar negatiflerden daha yaşlıydı (50,86±10,80'e karşı 43,21±10,99 yıl; p=0,025) ve pozitiflik erkeklerde daha sıktı (%43,8'e karşı %15,6; p=0,036); hastalık şiddetiyle ilişki yoktu (p=0,090). Birlikte pozitif hastaların yaş ortalaması daha yüksekti (53,11±9,64'e karşı 43,56±11,08 yıl; p=0,028); cinsiyet (p=0,686) ve hastalık şiddetiyle (p=0,155) ilişki saptanmadı. Lojistik regresyonda orta ve şiddetli hastalık, hafif hastalığa göre Demodex [olasılık oranı (OR)=0,813; %95 güven aralığı (GA)=0,275-2,403; p=0,707 ve OR=5,687; %95 GA=0,618-52,336; p=0,125], H. pylori (OR=0,449; %95 GA=0,102-1,970; p=0,289 ve OR=3,143; %95 GA=0,618-15,978; p=0,168) veya birlikte pozitiflik (OR=1,238; %95 GA=0,226-6,781; p=0,806 ve OR=5,200; %95 GA=0,806-33,560; p=0,083) açısından anlamlı risk oluşturmadı.

Tartışma ve Sonuç: Demodex pozitifliği kadınlarda, H. pylori pozitifliği erkeklerde ve ileri yaşta, iki etkenin birlikte pozitifliği ileri yaşta daha sık bulundu. Buna karşın tek veya eş zamanlı pozitiflik hastalık şiddetiyle ilişkili değildi. İki etkenin birlikte değerlendirilmesine ilişkin sınırlı literatüre %14,8'lik eş zamanlı pozitiflik verisi sunan çalışma, rozasede rutin tarama yerine hasta özellikleri ve klinik gerekliliklere dayalı bireyselleştirilmiş değerlendirmeyi desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: demodex, helicobacter pylori, rozase

Yayın No: P-508
Bildiri Grubu: Genel / Psikodermatoloji

2020–2026 Yılları Arasında Delüzyonel Parazitoz Tanısı Alan Hastaların Klinik Özellikleri ve Tedavi Sonuçları: Tek Merkezli Gerçek Yaşam Deneyimi

Şerife Gamze Gemicioğlu[1], İlknur Kıvanç Altunay[1], Sıla Serin[1], Gül Şekerlisoy Tatar[2], İleyda Esna Gülsunay[3]

[1]Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği
[2]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği
[3]Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Giriş ve Amaç: Delüzyonel parazitoz, bireyin derisinde canlı organizmaların bulunduğuna ilişkin sarsılmaz yanlış inanışla karakterize, dermatoloji pratiğinde tanı ve tedavisi güç bir psikodermatolojik hastalıktır. Hastalar çoğunlukla ilk olarak dermatoloji polikliniklerine başvurmakta ve multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Bu çalışmada delüzyonel parazitoz tanısıyla izlenen hastaların demografik özelliklerinin, klinik bulgularının, eşlik eden hastalıklarının, tedavi yaklaşımlarının ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya, Ocak 2020 ile Haziran 2026 tarihleri arasında dermatoloji kliniğinde delüzyonel parazitoz tanısı alan hastalar dahil edildi. Demografik özellikler, başvuru yakınmaları, hastalık süresi, etkilenen vücut bölgeleri, klinik bulgular, kibrit kutusu fenomeni, eşlik eden sistemik ve psikiyatrik hastalıklar, laboratuvar parametreleri, uygulanan tedaviler ve tedavi yanıtları hasta dosyalarından geriye dönük olarak değerlendirildi. İstatistiksel analiz uygun yöntemlerle gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışmaya Ocak 2020–2026 yılları arasında delüzyonel parazitoz tanısı alan 56 hasta dahil edildi. Hastaların 37'si (%66,1) kadın, 19'u (%33,9) erkek olup yaş ortalaması 57,3±13,2 yıl idi. En sık dermatolojik bulgu ekskoriasyon olup 37 (%66,1) hastada saptandı. Kibrit kutusu fenomeni 25 (%44,6) hastada mevcuttu. Hastaların 40'ında (%71,4) en az bir sistemik komorbidite, 15'inde (%26,8) depresyon öyküsü bulundu. Hastaların 49'u (%87,5) önerilen tedaviyi kabul etti. Tedavide en sık antipsikotik ajanlar tercih edildi ve tedavi uygulanan hastaların 32'sinde (%65,3) klinik iyileşme gözlendi.

Tartışma ve Sonuç: Delüzyonel parazitoz, dermatoloji pratiğinde multidisipliner yaklaşım gerektiren önemli bir psikodermatolojik hastalıktır. Çalışmamız, uygun hekim-hasta iletişimi ve tedavi yaklaşımı ile hastaların büyük bölümünde tedavi uyumunun sağlanabildiğini ve klinik düzelme elde edilebildiğini göstermektedir. Ülkemizden sunulan bu geniş tek merkez deneyiminin, delüzyonel parazitozun tanınması ve yönetimine ilişkin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Delüzyonel parazitoz, Psikodermatoloji, Antipsikotik tedavi

Yayın No: P-512
Bildiri Grubu: Genel / Diğer

Kronik El Ekzamasında %0.05 Diflorazon Diasetat Tedavisinin Etkinlik ve Güvenliği: Retrospektif Gözlemsel Bir Çalışma

Meryem Temel[1], Şule GÖKŞİN[1], Mehmet TUĞRUL[1], Özge Sevil KARSTARLI BAKAY[2]

[1]Pamukkale Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Akdeniz Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kronik el ekzaması, yaşam kalitesini etkileyen inatçı bir dermatozdur. Tedavide topikal kortikosteroidler temel yaklaşımı oluşturmaktadır. Diflorazon diasetat(DDA) %0.05, stratum korneumda ilaç rezervuarı oluşturarak uzun süreli penetrasyon ve güçlü antiinflamatuvar etki sağlayan yeni jenerasyon potent bir topikal kortikosteroiddir. Bu çalışmada, kronik el ekzamalı hastalarda diflorazon diasetat %0.05 merhem tedavisinin klinik etkinliği ve güvenliliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışma, tek merkezli retrospektif gözlemsel klinik araştırma olarak planlandı. Toplam 40 kronik el ekzaması hastası çalışmaya dahil edildi. Hastalara günde bir kez akşamları cilde ince tabaka halinde DDA %0.05 merhem uygulandı. Aktif steroid tedavisi 4 hafta sürdürüldü ve 4. haftada kesilerek nemlendirici/bariyer tedavi devam edildi. Hastalar başlangıçta, 1., 3. ve tedavi kesildikten sonraki 5. hafta sonunda değerlendirildi. Hastalık şiddeti Hand Eczema Severity Index (HESCI) ile ölçüldü. Grup içi değişimler Paired Student t-testi ile analiz edildi ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların 23'ü (%57.5) kadın, 17'si (%42.5) erkekti. Medyan yaş 42.5 yıl (ÇAA: 26.3–52.5), medyan hastalık süresi 22.0 ay (ÇAA: 7.3–39.0) idi. Başlangıç medyan HESCI skoru 18.5 (ÇAA: 10.5–30.8) olarak saptandı. Tedavinin 1. haftasında medyan HESCI skoru 7.5'e, 3. haftasında 6.0'a geriledi ve bu azalma istatistiksel olarak çok anlamlı bulundu ($p < 0.001$). Tedavi kesildikten sonraki 5. hafta kontrolünde medyan HESCI skoru 6.0 olarak devam etti; 3. hafta ile 5. hafta arasında anlamlı fark izlenmedi ($p=0.459$).Tedavi yanıt analizinde 1. haftada HESCI50 yanıtı %60.0, HESCI75 yanıtı %22.5 ve HESCI90 yanıtı %5.0 olarak saptandı. Üçüncü haftada bu oranlar sırasıyla %78.9, %50.0 ve %28.9'a yükseldi. Tedavi sonrası kontrolde HESCI50 %73.0, HESCI75 %40.5 ve HESCI90 %27.0 olarak devam etti. Çalışma süresince tedaviyi sonlandırmayı gerektiren lokal yan etki gözlenmedi.

kronik el ekzamalı aynı hastanın tedavisinin 1.hafta sonundaki klinik muayene fotografı



kronik el ekzamalı hastanın ilk klinik muayene fotografı



Tedavi süresince HESCI responder oranları

Yanıt	Tedavinin 1. haftası (n=40)	Tedavinin 3. haftası (n=38)	Tedavi kesildikten sonraki 1. hafta (n=37)
HESCI50	24 (%60,0)	30 (%78,9)	27 (%73,0)

Yanıt	Tedavinin 1. haftası (n=40)	Tedavinin 3. haftası (n=38)	Tedavi kesildikten sonraki 1. hafta (n=37)
HESCI75	9 (%22,5)	19 (%50,0)	15 (%40,5)
HESCI90	2 (%5,0)	11 (%28,9)	10 (%27,0)

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, DDA tedavisinin daha birinci haftadan itibaren HESCI skorlarında istatistiksel olarak anlamlı ve hızlı bir azalma sağladığını ($p < 0,001$), bu etkinin üçüncü haftada en üst düzeye ulaştığını (HESCI50: %78,9, HESCI75: %50,0) göstermektedir. Elde ettiğimiz bu yüksek tedavi yanıtı ve klinik başarı oranı, DDA'nın çeşitli ekzematöz dermatitlerde ve glukokortikoidlere duyarlı kronik dermatozlarda %88,7 ile %93 arasında değişen oranlarda genel klinik iyileşme sağladığını bildiren literatürdeki diğer geniş çaplı çalışmaların (Akita ve Rozman vd.) sonuçlarıyla uyumludur.DDA'nın çalışmamızda birinci haftada gösterdiği hızlı etki, ilacın optimize edilmiş moleküler yapısından (17,21-diasetat) ve yüksek perkütan penetrasyon özelliğinden kaynaklanan güçlü anti-enflamatuar ve vazokonstriktör etkileri ile açıklanabilir. Literatürde de DDA'nın, Sınıf I (süper potent) ile Sınıf III (potent) arasında yer alan, oldukça hızlı etki gösteren ve klinik semptomları baskılayan güçlü bir topikal kortikosteroid olduğu belirtilmektedir.Çalışmamızın bulgularından biri, 4 haftalık tedavinin ardından ilacın kesilmesini takiben yapılan 1. hafta kontrolünde, hastaların klinik iyileşme düzeylerini büyük ölçüde korumalarıdır. Bu durum derinin stratum corneum tabakasının topikal steroidler için bir "rezervuar" görevi görmesi ile ilişkilidir.Önceki klinik çalışmalar, DDA'nın günde tek doz veya iki kez kullanımının, diğer potent steroidlere kıyasla eşit veya onlardan daha üstün etkinlik gösterdiğini, yüksek hasta uyumu sağladığını ve lokal yan etki riskinin (%3,7 civarında) oldukça düşük olduğunu kanıtlamıştır.DDA, yüksek klinik etkinliği, tedavi uyumu ve kalıcı klinik faydası ile kronik el ekzeması yönetiminde güvenilir ve ilk basamakta tercih edilebilecek güçlü bir seçenek olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diflorazon diasetat(DDA), Hand Eczema Severity Index (HESCI)

Yayın No: P-515
Bildiri Grubu: Genel / Psikodermatoloji

Kronik İdiyopatik Ürtiker Hastalarında Mizaç ve Karakter Envanteri

Güzin Samav Sarı[1], Başak Türküler Aka[3], Gülsüm Gençoğlan[1], Işıl İnanır[2]

[1]Ataköy Medicana Hastanesi
[2]Celal Bayar Tıp Fakültesi
[3]Doç.Dr.Başak Türküler Aka Muayenehanesi

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, kronik idiyopatik ürtiker (KİÜ) hastalarının psikolojik profillerini, anksiyete duyarlılıklarını, sosyal kaygı düzeylerini ve mizaç/karakter özelliklerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak incelemek ve kutanöz semptomların psikobiyolojik zeminini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya 61 kronik idiyopatik ürtiker hastası ve 55 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Tüm katılımcılar Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADI) ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'ni (LSKÖ) doldurmuştur; hasta grubunun yaşam kalitesi ise Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ) ile değerlendirilmiştir. KİÜ hastalık şiddetinin belirlenmesinde Ürtiker Aktivite Skoru (UAS) ve Görsel Analog Skala (GAS) kullanılmıştır.

Bulgular: Kronik ürtikerli hasta grubunda anksiyete duyarlılığı (ASI) ve sosyal kaygı semptom (LSAS) düzeylerinin sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. MKE sonuçları incelendiğinde; ürtiker hastalarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede daha yüksek Zarardan Kaçınma (ZK) ve Kendini Aşma (KA) skorlarına sahip olduğu görülmüştür. Buna karşılık, hasta grubunun Yenilik Arayışı (YA), Kendini Yönetme (KY) ve İşbirliği Yapma (İY) skorları kontrollere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Elde edilen bulgular, kronik ürtikerin ektoderm kökenli nörodermatolojik aksları ve psikobiyolojik mizaç kırılganlıklarını (yüksek ZK) yoğun şekilde kullanan psikosomatik bir doğaya sahip olabileceğini göstermektedir. Hastalarda saptanan düşük KY ve İY karakter özellikleri, olumsuz duyguları bastırma ve somatize etme eğilimiyle birleşerek atak sıklığını ve hastalık şiddetini besleyen bir klinik kısır döngü yaratıyor olabilir. Bu doğrultuda, KİÜ hastalarının takibinde konvansiyonel dermatolojik tedavilerin yanı sıra duygu düzenleme becerilerini artırmaya yönelik bütüncül psikoterapi ve psikososyal destek süreçlerinin tedavi protokollerine entegre edilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kronik İdiyopatik Ürtiker, Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Psikodermatoloji.

Yayın No: P-520
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Plak Psoriazisli Hastalarda Apremilast Tedavisinin Klinik ve Metabolik Bulgulara Etkisinin İncelenmesi

Kübra Çiçek[1], Başak Yalıcı Armağan[1], Leyla Hüseynova Terzi[1], Neslihan Akdoğan[1], Duygu Gülseren[1], Sibel Doğan Günaydın[1], Sibel Ersoy Evans[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Apremilast, plak psoriazis tedavisinde yaygın kullanılan oral fosfodiesteraz-4 enzim inhibitörüdür. Ancak uzun dönem gerçek yaşam verileri ve inflamatuar-metabolik parametreler üzerindeki etkilerine ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada apremilast tedavisi alan plak psoriazis hastalarında klinik yanıt, ilaçta kalım, tedavi sonlandırma nedenleri ve laboratuvar parametrelerindeki değişikliklerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2024-2025 yılları arasında kliniğimizde takipli plak psoriazis tanısıyla apremilast tedavisi alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, 16. ve 52. hafta Psöriyazis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) yanıtları, önceki tedavileri, ilaçta kalım ve tedavi kesilme nedenleri kaydedildi. Hastalık şiddeti ve özel bölge tutulumunun tedavi yanıtına etkisi değerlendirildi. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası 3. ayda düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), nötrofil-lenfosit (NLO), monosit-lenfosit (MLO), trombosit-lenfosit (TLO), monosit-yüksek yoğunluklu lipoprotein (MHO) oranları, sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), sistemik inflamasyon yanıt indeksi (SIRI), C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 19 kadın (%61,3), 22 erkek olmak üzere 31 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 52,4±14,5 yıl, medyan hastalık süresi 14 yıl idi. On altıncı haftada PASI50, PASI75, PASI90 ve PASI100 yanıtları sırasıyla 14 (%45,2), 8 (%25,8), 8 (%25,8) ve 6 (%19,4); 52. haftada 4 (%12,9), 2 (%6,5), 2 (%6,5) ve 2 (%6,5) hastada elde edildi.Başlangıç PASI skorları ile 16. hafta PASI75 veya PASI90 yanıtları arasında ilişki saptanmadı (medyan [IQR]: 5,7 [8,3] ve 5,7 [7,9]; p > 0,999). İlaçta kalım medyan daha önce sistemik tedavi alanlarda 4 ay, almayanlarda 7 ay idi (p=0,163). Bir yıllık takipte 16 (%51,6) hastada tedavi sonlandırıldı; en sık nedenler yetersiz etkinlik (%62,5) ve advers olaylardı (%25). On altıncı haftada PASI50 yanıtı elde edenlerde tedaviye devam oranı daha yüksekti (%71,4 ve %30,8; p=0,057). Psoriatik artritli 13 hastada klinik yanıt oranı %46,2 idi. Skalp tutulumu olan hastaların %68,2'sinde (15/22), gluteal/presakral bölgede %60,0 (6/10), genital bölgede %66,7 (4/6), pretibial bölgede %70,0 (7/10), palmoplantar bölgede %60,0 (3/5) ve tırnakta %61,5 (8/13) kısmi veya tam yanıt elde edildi. Genital ve gluteal/presakral bölge tutulumu PASI90 yanıtlarını (%33,3 [2/6]/%28,6 [6/21] ve %33,3 [3/9]/%27,8 [5/18]) veya tedaviye devam oranlarını (%66,7 [4/6]/%48,0 [12/25] ve %60,0 [6/10]/%47,6 [10/21]) etkilemedi (tüm p > 0,05). Tedavi öncesi ve sonrası üçüncü ayda LDL düzeylerinde anlamlı değişiklik saptanmazken (p=0,475), NLO 3. ayda anlamlı olarak azaldı (1,85 ve 1,80; p=0,049). Diğer inflamatuar belirteçlerde anlamlı değişiklik izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda apremilast tedavisinin plak psoriazisli hastaların yaklaşık %25'inde 16. haftada PASI75 yanıtı sağladığı izlenmiş olup bu sonuç literatürdeki verilerle benzerdi. 1 yıllık takipte hastaların yaklaşık yarısında tedavi sonlandırılmıştı. Özel bölge tutulumunda elde edilen yanıt oranları literatürde apremilast ile 16. haftada bildirilen saçlı deri (%40,9-46,5), tırnak (%33,3-44,6) ve genital bölge (%39,6) yanıt oranlarını destekler nitelikteydi. Metabolik açıdan LDL düzeylerinde anlamlı değişiklik izlenmemesi, uzun dönem gerçek yaşam çalışmalarında bildirilen bulgularla uyumluydu. NLO'da azalma gözlenmekle birlikte, diğer inflamatuar belirteçlerde anlamlı değişiklik saptanmamasının kısa takip süresi ve sınırlı örneklem büyüklüğü ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Bulgularımız, apremilastın gerçek yaşam pratiğinde sınırlı hasta grubunda uygulanabilir bir tedavi seçeneği olduğunu, ancak metabolik etkileri ve özel bölge tutulumundaki klinik sonuçlarının daha geniş ve uzun süreli çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psoriazis, Apremilast, Biyobelirteç

Yayın No: P-527
Bildiri Grubu: Genel / Dermatolojik tedavi

PCOS Dışlanmış Akne Hastalarında Düşük Doz İzotretinoinin Üç Aylık Menstrüel, Hormonal ve Ultrasonografik Etkileri: Prospektif Çalışma

Sümeyye Altıntaş Kakşi[1], Canan Satır Özel[2], Ahmet Sait Şahin[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş ve Amaç: Sistemik izotretinoin kullanımı sırasında menstrüel değişiklikler bildirilmiş olmakla birlikte, bu ilişkinin altta yatan ovulatuvar/hormonal bozukluklardan ve tedavi doz ve süresinden ne ölçüde etkilendiği belirsizdir. Önceki çalışmalarda izotretinoin kullanımı sırasında %10,4–37,1 oranında menstrüel değişiklik bildirilmiş; üç aylık 0,5 mg/kg/gün tedavi uygulanan prospektif bir seride menstrüel düzensizlik %33,3 olarak raporlanmıştır. Bu çalışmada, PCOS'u dışlanmış akne vulgarisli kadınlarda düşük doz izotretinoinin üç aylık kullanımının menstrüel özellikler, gonadal hormonlar ve pelvik ultrasonografik bulgular üzerindeki etkilerinin birlikte değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Sistemik izotretinoin başlanan 36 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Tedavide çoğunlukla 20–30 mg/gün (yaklaşık 0,3–0,6 mg/kg/gün) düşük günlük doz rejimleri kullanıldı. PCOS'u dışlamak amacıyla pelvik ultrasonografi menstruasyonun 2.–3. gününde gerçekleştirildi. Menstrüel özellikler başlangıçta ve üçüncü ayda kaydedildi. FSH, LH, östradiol, progesteron, total/serbest testosteron ve SHBG düzeyleri menstruasyonun 2.–3. gününde değerlendirildi. Endometrium ultrasonografisi siklusun 14. gününde planlandı ve over ölçümleri pelvik ultrasonografi sırasında kaydedildi. Siklus gününe bağımlı değerlendirme pencereleri nedeniyle tüm hastalar planlanan üçüncü ay incelemelerini tamamlayamadı; başlangıç ve üçüncü ay verileri tam olan 18 hasta eşleştirilmiş analize alındı ve eksik veriler için imputasyon yapılmadı. Sürekli değişkenlerde eşleştirilmiş t testi/Wilcoxon testi, kategorik değişkenlerde kesin McNemar testi kullanıldı.

Bulgular: Eşleştirilmiş kohortun yaş ortalaması 19,89±2,14 yıl, vücut kitle indeksi 21,40±3,17 kg/m² idi. Ana sonlanım olan menstrüel regülarite açısından başlangıçta ve üçüncü ayda irregüler siklus saptanmadı (0/18'e karşı 0/18; p=1,000); yeni irregülarite oranı %0 olup kesin %95 güven aralığı %0–18,5 idi. Uzamış menstruasyon süresi bir hastada gelişti (%5,6; p=1,000), dismenore %61,1'den %55,6'ya değişti (p=1,000).FSH, LH, östradiol, progesteron, total/serbest testosteron ve SHBG düzeylerinde anlamlı değişiklik saptanmadı (tüm p > 0,05). Endometrium kalınlığı 7,58±2,56 mm'den 8,64±3,20 mm'ye değişti; ortalama fark 1,06 mm olup değişiklik istatistiksel olarak anlamlı değildi (%95 GA −1,11–3,23; p=0,319). Sağ ve sol over ölçümleri de anlamlı değişmedi (sırasıyla p=0,802 ve p=0,991).

Tablo 1.Başlangıç–3. ay sonuçları

Değişken	Başlangıç	3. ay	p
Menstrüel düzensizlik (regülarite)	0/18 (%0)	0/18 (%0)	1,000
Normal dışı siklus sıklığı	3/18 (%16,7)	1/18 (%5,6)	0,625
Uzamış menstruasyon süresi	0/18 (%0)	1/18 (%5,6)	1,000
İntermenstrüel kanama	2/16 (%12,5)	4/16 (%25,0)	0,625
Dismenore	11/18 (%61,1)	10/18 (%55,6)	1,000
FSH	5,50 [4,83–6,28]	6,25 [4,90–7,40]	0,093
LH	8,94±5,62	9,33±6,17	0,690
Östradiol	38,90 [34,10–57,20]	38,80 [33,00–45,90]	0,712
Progesteron	0,40±0,23	0,33±0,13	0,174
Total testosteron	30,13±12,78	31,32±13,97	0,718
Serbest testosteron	1,87 [1,72–2,38]	1,75 [1,57–2,45]	0,495
SHBG	54,39±25,85	60,77±27,90	0,213
Endometrium kalınlığı (mm)	7,58±2,56	8,64±3,20	0,319
Sol over ölçümü	4,26±1,69	4,27±3,42	0,991
Sağ over ölçümü	4,09±1,75	3,92±1,89	0,802

Not: Siklus sıklığı, ana menstrüel regülarite sonlanımından ayrı bir değişken olarak değerlendirilmiştir ve tek başına PCOS tanısını ifade etmez. Veriler n (%) veya dağılıma göre ortalama±standart sapma / medyan [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Progesteron için eşleştirilmiş n=15; östradiol ve SHBG için n=17; serbest testosteron için n=16'dır.

Tartışma ve Sonuç: Önceki çalışmalarda izotretinoin kullanımı sırasında %10,4–37,1 oranında menstrüel değişiklik bildirilmiş; üç aylık 0,5 mg/kg/gün tedavi uygulanan bir prospektif seride menstrüel düzensizlik %33,3 olarak raporlanmıştır.Çalışmamızdaki sonuçların literatürden farklı olması; PCOS'un dışlanmış olması, daha düşük günlük doz kullanılması, takip süresinin üç ayla sınırlı olması ve menstrüel değişikliklerin farklı tanımlanması ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte, PCOS dışlanmış daha uzun süreli kohortlarda da menstrüel değişikliklerin bildirilmiş olması, farklılığın yalnızca PCOS dışlanmasıyla açıklanamayacağını düşündürmektedir. Endometrium kalınlığı ve over ölçümlerinde anlamlı değişiklik saptanmaması, bu doz ve tedavi süresinde belirgin erken dönem ultrasonografik değişiklik olmadığını düşündürmektedir.Çalışmanın temel sınırlılığı, siklus gününe bağımlı hormon ve ultrasonografi değerlendirmeleri nedeniyle tam eşleştirilmiş örneklemin 18 hasta ile sınırlı kalmasıdır. Bu nedenle düşük sıklıktaki menstrüel veya hormonal etkiler dışlanamaz.PCOS dışlanmış genç kadınlarda yaklaşık 0,3–0,6 mg/kg/gün düşük doz izotretinoinin üç aylık kullanımında belirgin menstrüel, hormonal veya ultrasonografik değişiklik saptanmadı. Daha yüksek doz ve daha uzun süreli tedavilerin bu parametreler üzerindeki etkisinin daha geniş örneklemli, uzun süreli prospektif çalışmalarla araştırılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: İzotretinoin, Akne vulgaris, Menstrüel düzensizlik

Yayın No: P-537
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

65 YAŞ ÜZERİ PSORİASİS HASTALARINDA ERKEN VE GEÇ BAŞLANGIÇLI FENOTİPLERİN KLİNİK ÖZELLİKLER, KOMORBİDİTELER VE İNFLAMATUVAR PARAMETRELER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Sevgi Kulaklı[1], Emre Burakhan Akay[2], Işıl Deniz Oğuz[3], Burak Akşan[3], Nihal Sarı[3], Huriye Aybüke Koç[3]

[1]İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, İstanbul, Türkiye
[2]Giresun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Giresun, Türkiye
[3]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, Giresun, Türkiye

Giriş ve Amaç: Psoriasis, klinik seyri, tedavi gereksinimi ve sistemik eşlikçileri açısından heterojen özellikler gösteren kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Başlangıç yaşı, bu heterojenitenin önemli belirleyicilerinden biridir. Erken başlangıçlı psoriasis genetik yatkınlık, aile öyküsü ve uzun hastalık süresi ile ilişkilendirilirken; geç başlangıçlı psoriasis yaşla ilişkili metabolik ve sistemik faktörlerle bağlantılı olabilir. Ancak bu ayrımın 65 yaş ve üzeri hastalarda klinik ve laboratuvar karşılığı yeterince bilinmemektedir. Bu çalışmada, 65 yaş ve üzeri psoriasis hastalarında erken ve geç başlangıçlı fenotiplerin klinik özellikler, komorbiditeler, tedavi öyküsü ve inflamatuvar parametreler açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışmasına, 1 Eylül 2021–1 Eylül 2025 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğinde psoriasis tanısıyla takip edilen 65 yaş ve üzeri 148 hasta dahil edildi. Hastalar psoriasis başlangıç yaşına göre iki gruba ayrıldı: başlangıç yaşı 40 yaşından önce olanlar erken başlangıçlı psoriasis, 40 yaş ve üzerinde olanlar geç başlangıçlı psoriasis olarak tanımlandı. Demografik veriler, beden kitle indeksi (BKİ), komorbiditeler, tutulum alanları, aile öyküsü, psoriatik artrit varlığı, Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) skoru, önceki ve güncel tedaviler ile hemogram temelli inflamatuvar indeksler, sedimentasyon, C-reaktif protein (CRP), CRP/albümin oranı, açlık kan şekeri ve lipid parametreleri kaydedildi.

Bulgular: Toplam 148 hastanın 45'i erken başlangıçlı, 103'ü geç başlangıçlı psoriasis grubundaydı. Yaş ortalaması 71,49±4,77 yıl idi ve gruplar arasında mevcut yaş açısından anlamlı fark yoktu. Tüm grupta en sık komorbiditeler hipertansiyon (%70,3), diabetes mellitus (%38,5), koroner arter hastalığı (%25,0) ve dislipidemi (%24,3) idi. Güncel tedavide 53 hasta (%35,8) biyolojik ajan kullanmaktaydı. Erken başlangıçlı grupta erkek cinsiyet oranı daha yüksekti (%71,1'e karşı %44,7); geç başlangıçlı grupta ise kadın cinsiyet oranı daha yüksekti (%55,3'e karşı %28,9; p=0,003). BKİ geç başlangıçlı grupta anlamlı olarak daha yüksekti (28,74±4,73'e karşı 26,77±3,47 kg/m²; p=0,016). Aile öyküsü erken başlangıçlı grupta daha sıktı (%57,8'e karşı %28,2; p=0,001). Saçlı deri tutulumu (%53,3'e karşı %35,9; p=0,048) ve gövde tutulumu (%53,3'e karşı %33,0; p=0,020) erken başlangıçlı grupta daha yüksek orandaydı. PASI skoru

erken başlangıçlı grupta daha yüksekti (2,56±2,86'ya karşı 1,78±1,97; p=0,042). Topikal tedavi süresi (24,2±9,77'ye karşı 8,2±5,17 yıl; p < 0,001), güncel tedavi süresi (48 [1–600] aya karşı 24 [1–240] ay; p=0,005) ve metotreksat kullanım öyküsü (%73,3'e karşı %46,6; p=0,003) erken başlangıçlı grupta daha yüksekti. Diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, dislipidemi, psoriatik artrit, güncel tedavi dağılımı, metabolik laboratuvar parametreleri ve hemogram temelli inflamatuvar indeksler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (tümü p > 0,05).

Tablo 1. Tüm hastaların demografik, klinik ve tedavi özellikleri

Değişken		**Değişken**	
Yaş, yıl	71,49±4,77	**PASI**	1,4 (0-12,6)
Hastalık süresi, yıl	20,53±14,35	**Tanı yaşı, yıl**	51,05±14,91
Cinsiyet ,n		**Psoriatik artrit**, n	
Kadın	70 (%47,3)	Var	33 (%22,3)
Erkek	78 (%52,7)	Yok	115 (%77,7)
BKİ, kg/m^2	28,14±4,47	**Psoriatik artrit tutulumu**, n	
		Periferik	21 (%63,6)
		Aksiyel	12 (%36,4)
Sigara, n		**Psoriatik artrit başlangıcı**, yıl	
İçiyor	39 (%26,4)	Psoriasis sonrası	29 (%87,9)
İçmiyor	69 (%46,6)	Psoriasis öncesi	3 (%9,1)
Bırakmış	40 (%27)	Psoriasisle eş zamanlı	1 (%3)
Alkol, n			
Kullanıyor	34 (%23)	**Güncel tedavi süresi**, ay	120 (1-600)
Kullanmıyor	114 (%77)		
Komorbidite, n		**Güncel tedavi**, n	

Diabetes mellitus	57 (%38,5)	Topikal	59 (%39,9)
Hipertansiyon	104 (%70,3)	Fototerapi	0
Koroner arter hast.	37 (%25)	Asitretin	11 (%7,4)
Dislipidemi	36 (%24,3)	Siklosporin	1 (%0,7)
Akciğer hast.	15 (%10,2)	Metotreksat	20 (%13,5)
Tiroid hast.	18 (%12,2)	Biyolojik ajan	53 (%35,8)
Malignite	10 (%6,8)	Apremilast	4 (%2,7)
Nörolojik hast.	11 (%7,4)		
Psikiyatrik hast.	7 (%4,7)		
İBH	3 (%2)		
Saçlı deri tutulumu, n		**Asitretin**, n	
Var	61 (%41,2)	Var	75 (%50,7)
Yok	87 (%58,8)	Yok	73 (%49,3)
Yüz ve boyun tutulumu, n			
Var	19 (%12,8)	**Asitretin süresi**, ay	6 (1-120)
Yok	129 (%87,2)		
Gövde tutulumu, n		**Siklosporin**, n	
Var	58 (%39,2)	Var	11 (%7,4)
Yok	90 (%60,8)	Yok	137 (%92,6)
Üst ekstremite tutulumu, n			
Var	118 (%79,7)	**Siklosporin süresi**, ay	6 (3-36)
	30 (%20,3)		

Yok			
Alt ekstremite tutulumu, n		**Metotreksat**, n	
Var	127 (%85,8)	Var	81 (%54,7)
Yok	21 (%14,2)	Yok	67 (%45,3)
Genital bölge tutulumu, n			
Var	15 (%10,1)	**Metotreksat süresi**, ay	9 (1-60)
Yok	133 (%89,9)		
Tırnak tutulumu, n		**Biyolojik ajan**, n	
Var	49 (%33,1)	Var	28 (%18,9)
Yok	99 (%66,9)	Yok	120 (%81,1)
Topikal tedavi, n			
Var	148 (%100)	**Biyolojik ajan süresi**, ay	14 (1-96)
Yok	0		
Topikal tedavi süresi, yıl	10 (0,5-50)	**Biyolojik ajan sayısı**	2 (1-5)
Fototerapi, n			3 (%2,03)
Var	50 (%33,8)	**Apremilast**, n	
Yok	98 (%66,2)		145 (%97,9)
Fototerapi süresi, ay	4 (1-24)	**Apremilast süresi**, ay	11 (1-12)

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (min–maks) veya n (%) olarak sunulmuştur.

Tablo 2. Erken ve geç başlangıçlı psoriasis hastalarının demografik, klinik ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırılması

	Erken başlangıçlı psoriasis	**Geç başlangıçlı psoriasis**	**p**
Yaş, yıl	70,4±3,83	71,97±5,08	0.116[b]
Cinsiyet , n			**0.003[c]**

Kadın	13 (%28,9)	57 (%55,3)	
Erkek	32 (%71,1)	46 (%44,7)	
BKİ, kg/m^2	26,77± 3,47	28,74±4,73	**0.016**
Komorbidite, n			
Diabetes mellitus	17 (%37,8)	40 (%38,8)	0.903[c]
Hipertansiyon	30 (%66,7)	74 (%71,8)	0.526[c]
Koroner arter hast.	12 (%26,7)	25 (%24,3)	0.757[c]
Dislipidemi	14 (%31,1)	22 (%21,4)	0.203[c]
Akciğer hast.	6 (%13,3)	9 (%8,8)	0.393[d]
Tiroid hast.	3 (%6,7)	15 (%14,6)	0.176[c]
Malignite	5 (%11,1)	5 (%4,9)	0.173[d]
Nörolojik hast.	5 (%11,1)	6 (%5,8)	0.31[d]
Psikiyatrik hast.	0 (%0)	7 (%6,8)	0.101[d]
İBH	0 (%0)	3 (%2,9)	0.553[d]
Aile öyküsü, n			
Var	26 (%57,8)	29 (%28,2)	**0.001[c]**
Yok	19 (%42,2)	74 (%71,8)	
Saçlı deri tutulumu, n			
Var	24 (%53,3)	37 (%35,9)	**0.048[c]**
Yok	21 (%46,7)	66 (%64,1)	
Yüz ve boyun tutulumu, n			
Var	7 (%15,6)	12 (%11,7)	0.514[c]
Yok	38 (%84,4)	91 (%88,3)	
Gövde tutulumu, n			**0.02[c]**

Var	24 (%53,3)	34 (%33)	
Yok	21 (%46,7)	69 (%67)	
Üst ekstremite tutulumu, n			
Var	35 (%77,8)	83 (%80,6)	0.696[c]
Yok	10 (%22,2)	20 (%19,4)	
Alt ekstremite tutulumu, n			
Var	41 (%91,1)	86 (%83,5)	0.222[c]
Yok	4 (%8,9)	17 (%16,5)	
Genital bölge tutulumu, n			
Var	5 (%11,1)	10 (%9,7)	0.502[d]
Yok	40 (%88,9)	93 (%90,3)	
Tırnak tutulumu, n			
Var	17 (%37,8)	32 (%31,1)	0.425[c]
Yok	28 (%62,2)	71 (%68,9)	
Psoriatik artrit, n			
Var	9 (%20)	24 (%23,3)	0.657[c]
Yok	36 (%80)	79 (%76,7)	
Psoriatik artrit tutulumu, n			
Periferal	6 (%66,7)	15 (%62,5)	0.579[d]
Aksiyel	3 (%33,3)	9 (%37,5)	
PASI	2,56±2,86	1,78±1,97	**0.042[b]**
Topikal tedavi, n			
Var	45 (%100)	103 (%100)	p>0.05
Yok	0	0	
Topikal tedavi süresi,yıl	24,2±9,77	8,2±5,17	**<0.001[b]**

Fototerapi			
Var	16 (%35,6)	34 (%33)	0.763[c]
Yok	29 (%64,4)	69 (%67)	
Fototerapi süresi, ay	6 (1-24)	4 (1-24)	0.238[b]
Asitretin, n			
Var	19 (%42,2)	56 (%54,4)	0.174[c]
Yok	26 (%57,8)	47 (%45,6)	
Asitretin süresi,ay	5 (2-120)	6 (1-84)	0.166[b]
Siklosporin, n			
Var	5 (%11,1)	6 (%5,8)	0.31[d]
Yok	40 (%88,9)	97 (%94,2)	
Siklosporin süresi, ay	6 (4-36)	7 (3-36)	0.711[b]
Metotreksat, n			
Var	33 (%73,3)	48 (%46,6)	**0.003[c]**
Yok	12 (%26,7)	55 (%53,4)	
Metotreksat süresi, ay	12 (1-60)	6 (1-60)	0.152[b]
Biyolojik ajan, n			
Var	9 (%20)	19 (%18,4)	0.824[c]
Yok	36 (%80)	84 (%81,6)	
Biyolojik ajan süresi, ay	24 (1-96)	12 (1-66)	0.747[b]
Biyolojik ajan sayısı	1 (1-5)	2 (1-4)	0.974[b]
Apremilast, n			
Var	2 (%4,4)	1 (%1)	0.219[d]
Yok	43 (%95,6)	102 (%99)	
Güncel tedavi, n			
Topikal	20 (%44,4)	39 (%37,9)	
Fototerapi	0	0	0.678[c]
Asitretin	5 (%11,1)	6 (%5,8)	

Siklosporin	0	1 (%1)	
Metotreksat	4 (%8,9)	16 (%15,5)	
Biyolojik ajan	15 (%33,3)	38 (%36,9)	
Apremilast	1 (%2,2)	3 (%2,9)	
Güncel tedavi süresi, ay	48 (1-600)	24 (1-240)	**0.005[b]**

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (min–maks) veya n (%) olarak sunulmuştur. [a] Bağımsız örneklem t-testi; [b] Mann–Whitney U testi; [c] Pearson Ki-kare testi; [d] Fisher kesin testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Erken başlangıçlı psoriasis, 65 yaş ve üzeri hastalarda aile öyküsü, saçlı deri ve gövde tutulumu, daha yüksek PASI skoru ve daha uzun tedavi maruziyeti ile klinik olarak ayırt edilebilir özellikler göstermektedir. Buna karşın başlangıç yaşı; komorbidite yükü, güncel tedavi dağılımı, metabolik parametreler ve hemogram temelli inflamatuvar indeksler açısından belirgin bir ayrım sağlamamıştır. Bu bulgular, yaşlı psoriasis hastalarında başlangıç yaşının klinik fenotipi değerlendirmede yararlı olduğunu, ancak sistemik inflamasyon ve komorbidite yükünü tek başına öngörmede sınırlı kaldığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, Geriatrik psoriasis

Yayın No: P-539
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

IL-17 İnhibitörleri ile Takip Edilen Psoriasis Hastalarında Tedavide Kalım: Tek Merkezli 20 Aylık Gerçek Yaşam Verisi

Zeynep Topkarcı[1], Büşra Murat[1], Beyza Nizam[1], Bilgen Erdoğan[1]

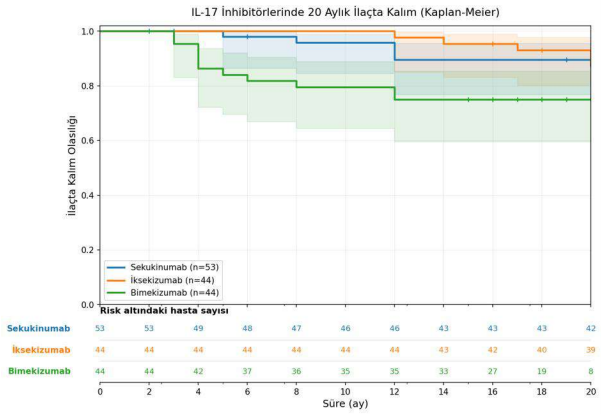
[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: IL-17 inhibitörleri, orta-şiddetli plak tipi psoriasis tedavisinde sık kullanılan biyolojik ajanlardandır. Sekukinumab ve iksekizumab yıllardır klinik kullanımda yer alırken, bimekizumab ülkemizde daha yakın zamanda onay almıştır; bu üç ajan arasında karşılaştırmalı, gerçek yaşam ilaçta kalım verisi sınırlıdır. Bu çalışmada, psoriasis hastalarında kullanılan üç IL-17 inhibitörünün (sekukinumab, iksekizumab, bimekizumab) gerçek yaşam koşullarında ilaçta kalım sürelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif kohortta IL-17 inhibitörü başlanan 132 hastaya ait 141 tedavi epizodu değerlendirildi (sekukinumab n=53, iksekizumab n=44, bimekizumab n=44). Adil bir karşılaştırma sağlamak amacıyla, en yeni onaylanan ilaç olan bimekizumabın ilk hastalarındaki gerçek takip süresi (yaklaşık 20 ay) referans alınarak, tüm hastaların verisi bu 20 aylık ortak zaman penceresinde değerlendirildi; bu süreyi aşan takip bilgileri analize dahil edilmedi. Gruplar arası fark log-rank testi ile, yaş ve önceki biyolojik ajan sayısına göre düzeltilmiş etki büyüklüğü Cox regresyon modeliyle değerlendirildi.

Bulgular: 20. ayda ilaçta kalım oranları sekukinumabda %87,5 (%95 GA 74,2-94,2), iksekizumabda %88,1 (%95 GA 73,7-94,9), bimekizumabda %75,0 (%95 GA 59,4-85,3) olarak saptandı (log-rank p=0,038; ikili karşılaştırmada fark esasen bimekizumab-iksekizumab kaynaklı, p=0,033; Şekil 1). Bimekizumab grubu hasta popülasyonu daha fazla sayıda biyolojik tedaviye maruz kalmıştı (ortanca 3 önceki biyolojik başarısızlığı) ve biyolojik- naif hasta oranı sekukinumab ve iksekizumab gruplarına kıyasla daha düşüktü; biyolojik-naif hasta oranı sekukinumabda %34,0 (18/53), iksekizumabda %13,6 (6/44), bimekizumabda %6,8 (3/44) idi. Yaş ve önceki biyolojik ajan sayısına göre düzeltilmiş Cox modelinde bimekizumab, sekukinumaba kıyasla anlamlı olarak daha yüksek tedaviyi bırakma riskiyle ilişkiliydi (HR 4,01, %95 GA 1,30-12,36, p=0,016).

Şekil 1. IL-17 İnhibitörlerinde 20 Aylık İlaçta Kalım (Kaplan-Meier)



Sekukinumab, iksekizumab ve bimekizumab gruplarında Kaplan-Meier yöntemiyle hesaplanan 20 aylık ilaçta kalım eğrileri ve %95 güven aralıkları (gölgeli alan) gösterilmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Gerçek yaşam kohortumuzda bimekizumabın 20 aylık ilaçta kalım oranı diğer IL-17 inhibitörlerine kıyasla daha düşük bulundu. Ancak bu farkın bir kısmı, bimekizumabın klinik pratikte önceden çok sayıda biyolojik ajanla tedavisi başarısız olmuş, önceki biyolojik ve sınıf içi IL-17 maruziyeti olan hastalarda tercih edilmesinden kaynaklanıyor olabilir; yani gözlenen fark, ilacın kendisinden çok bu ilacı alan hasta grubunun baştan daha zor bir grup olmasıyla ilişkili olabilir. Yaş ve önceki biyolojik ajan sayısına göre düzeltilmiş analizde fark anlamlılığını korumuştur; ancak 20 ay içinde ilacın kesildiği/değiştirildiği hasta sayısının sınırlı olması (141 epizottan 22'si) nedeniyle güven aralıkları geniştir; sonuçlar daha uzun takipli çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: psoriasis, IL-17 inhibitörleri, ilaçta kalım

Yayın No: P-543
Bildiri Grubu: Genel / Yapay Zeka

Hidradenitis Suppurativa'da 52 Haftalık Adalimumab Tedavi Yanıtının Makine Öğrenimi Tabanlı Tahmini

Ceylan Avcı[1], Yağız Üstündağ[1], Hasan Avcı[2], Sevgi Akarsu[1], Şebnem Aktan[1], Dilek Kumlutaş[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Makine Mühendisliği Bölümü, İzmir

Giriş ve Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS) hastalarında adalimumaba uzun dönem yanıtın öngörülmesi, özellikle gerçek yaşam verilerini içeren, sınırlı örneklem büyüklüğüne sahip ve başlangıç fenotipleri heterojen olan kohortlarda zorluk oluşturmaktadır. Bu çalışmada, HS hastalarında rutin olarak elde edilebilen başlangıç klinik ve laboratuvar değişkenleri kullanılarak, 52. haftada adalimumaba yanıtı öngörmeye yönelik küçük örneklem odaklı bir makine öğrenimi çerçevesinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif çalışmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği'nde 2000–2023 yılları arasında standart adalimumab tedavisi (0. hafta 160 mg, 2. hafta 80 mg, ardından iki haftada bir 40 mg) alan, 18 yaş ve üzeri orta-ağır HS tanılı 65 hasta dahil edildi. Başlangıç verileri eksik veya 52. hafta öncesi izlem kaybı olan hastalar dışlandı. Tedavi yanıtı, 52. haftada başlangıca göre ≥%50 abse ve inflamatuvar nodül sayısında azalma, abse sayısında artış olmaması ve drenaj tüneli sayısında artış olmaması (HiSCR kriteri) olarak tanımlandı. Bu kriteri karşılayan hastalar "yanıt veren", en az 12 hafta tedavi alıp yanıtsızlık nedeniyle tedavisi kesilen hastalar ise "yanıt vermeyen" olarak sınıflandırıldı. Elli beş temel değişken, leave-one-out çapraz doğrulama (LOOCV) çerçevesinde entegre edilmiş beş yöntemli bir konsensüs özellik seçimi yaklaşımı (ANOVA F-skoru, karşılıklı bilgi [mutual information], LASSO, SHAP ve permütasyon önemi) kullanılarak analiz edildi. Çalışmada lojistik regresyon, random forest, XGBoost ve LightGBM olmak üzere dört farklı makine öğrenmesi algoritması karşılaştırıldı. Ayrıca hiperparametre optimizasyonu (Optuna) ve ensemble (topluluk) yöntemleri de değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 65 adalimumab tedavisi alan HS hastası çalışmaya dahil edildi. Otuz hasta (%46,2) 52. hafta HiSCR yanıt kriterini karşılayarak "yanıt veren", 35 hasta (%53,8) ise "yanıt vermeyen" olarak sınıflandırıldı. Tüm 55 başlangıç değişkenine ait ayrıntılı özellikler ve gruplar arası karşılaştırmalar Tablo-1'de sunuldu; beş değişkende anlamlı farklılık saptandı. Öznitelik seçimi ile 55 öngördürücü değişken 15'e indirildi. LOOCV içine entegre edilmiş 15 konsensüs özellik ve LightGBM modeli ile yapılan analizde, Youden optimal eşik değerinde (0,488) AUC 0,733 (%95 GA 0,598–0,849), duyarlılık %70,0, özgüllük %65,7, PPV %62,5 ve NPV %69,7 elde edildi. En güçlü öngördürücüler ESR, Hurley evresi, monosit/lenfosit oranı (MLR), alkol kullanımı ve paket-yıl cinsinden sigara öyküsüydü. Varsayılan LightGBM hiperparametreleri, Optuna ile optimize edilen varyantlar ve ensemble stratejilerine kıyasla daha iyi performans gösterdi (Tablo-2).

Tablo-1. 52. hafta adalimumab yanıt durumuna göre sınıflandırılmış başlangıç hasta özellikleri (tüm 55 değişken).

Değişken	Toplam (n=65)	Yanıt verenler (n=30)	Yanıt vermeyenler (n=35)	p-değeri
Demografik özellikler				
Erkek cinsiyet, n (%)	46 (70.8%)	19 (63.3%)	27 (77.1%)	0.279
Yaş, yıl — medyan [IQR]	41.0 [26.0–53.0]	38.5 [25.0–51.0]	44.0 [35.5–54.0]	0.202
VKİ, kg/m² — medyan [IQR]	26.0 [22.4–30.1]	24.9 [22.2–29.4]	26.6 [23.0–30.9]	0.292
Hastalık özellikleri				
Hurley Evre III, n (%)	29 (44.6%)	8 (26.7%)	21 (60.0%)	**0.012***
Tanı gecikmesi, ay — medyan [IQR]	36.0 [12.0–84.0]	30.0 [12.0–81.0]	36.0 [14.5–112.5]	0.454
Tedavi süresi, hafta— medyan [IQR]	91.0 [36.0–180.0]	76.0 [31.2–153.0]	92.0 [38.5–201.0]	0.426
Anatomik tutulum bölgeleri				
Aksiller tutulum, n (%)	53 (81.5%)	23 (76.7%)	30 (85.7%)	0.523
Submammariyan tutulum, n (%)	20 (30.8%)	9 (30.0%)	11 (31.4%)	1.000
İnguinal tutulum, n (%)	52 (80.0%)	22 (73.3%)	30 (85.7%)	0.234
Gluteal tutulum, n (%)	32 (49.2%)	15 (50.0%)	17 (48.6%)	1.000
Anal/perianal tutulum, n (%)	15 (23.1%)	5 (16.7%)	10 (28.6%)	0.377
Servikal tutulum, n (%)	6 (9.2%)	2 (6.7%)	4 (11.4%)	0.678
Laboratuvar belirteçleri				
CRP, mg/L — medyan [IQR]	10.4 [4.9–19.8]	8.10 [4.48–14.35]	13.2 [6.8–27.0]	**0.050***
ESR, mm/h — medyan [IQR]	21.0 [8.0–46.0]	10.5 [5.2–25.0]	29.0 [13.5–55.5]	**0.002***
Açlık glukozu, mg/dL — medyan [IQR]	89.0 [79.0–104.0]	88.0 [79.0–99.5]	94.0 [81.0–107.5]	0.255
LDL kolesterol mg/dL — medyan [IQR]	112.6 [88.0–130.0]	119.5 [90.5–130.6]	104.0 [88.0–129.8]	0.782
Trigliserit, mg/dL — medyan [IQR]	121.0 [99.0–181.0]	115.0 [99.2–151.0]	132.0 [98.5–204.5]	0.231
NLR (bazal) — medyan [IQR]	2.42 [2.06–3.16]	2.33 [2.12–3.21]	2.46 [2.05–3.11]	0.844
PLR (bazal) — medyan	115.9 [84.4–	128.5 [91.1–	107.5 [81.1–	0.787

[IQR]	171.4]	166.2]	164.8]	
MLR (bazal) — medyan [IQR]	0.26 [0.21–0.32]	0.23 [0.21–0.35]	0.27 [0.22–0.29]	0.502
PIV (bazal) — medyan [IQR]	454.0 [287.8–691.2]	451.9 [262.0–689.2]	465.3 [308.7–700.7]	0.473
Yaşam tarzı faktörleri				
Sigara kullanımı, n (%)				**0.032***
Aktif içici	46 (70.8%)	26 (86.7%)	20 (57.1%)	
Ex-smoker: eski içici	11 (16.9%)	2 (6.7%)	9 (25.7%)	
Kullanmamış	8 (12.3%)	2 (6.7%)	6 (17.1%)	
Sigara paket-yılı — medyan [IQR]	13.0 [4.0–25.0]	11.5 [2.6–20.8]	20.0 [5.0–31.0]	0.147
Alkol kullanımı, n (%)				**0.046***
Hiç kullanmamış	33 (50.8%)	10 (33.3%)	23 (65.7%)	
Ayda bir kullanıyor	20 (30.8%)	14 (46.7%)	6 (17.1%)	
Haftada bir kullanıyor	8 (12.3%)	4 (13.3%)	4 (11.4%)	
Düzenli kullanıyor	4 (6.2%)	2 (6.7%)	2 (5.7%)	
Komorbiditeler				
Komorbiditeler, n (%)	**29 (44.6%)**	**14 (46.7%)**	**15 (42.9%)**	**0.806**
Kardiyovasküler hastalık, n (%)	4 (6.2%)	1 (3.3%)	3 (8.6%)	0.618
Koroner arter hastalığı, n (%)	3 (4.6%)	2 (6.7%)	1 (2.9%)	0.591
Diabetes Mellitus, n (%)	13 (20.0%)	4 (13.3%)	9 (25.7%)	0.351
Hipertansiyon, n (%)	12 (18.5%)	6 (20.0%)	6 (17.1%)	1.000
Hiperlipidemi, n (%)	11 (16.9%)	4 (13.3%)	7 (20.0%)	0.526
Kronik pulmoner hastalık, n (%)	5 (7.7%)	3 (10.0%)	2 (5.7%)	0.655
İnflamtuvar barsak hastalığı, n (%)	2 (3.1%)	1 (3.3%)	1 (2.9%)	1.000
Psoriasis, n (%)	4 (6.2%)	2 (6.7%)	2 (5.7%)	1.000
Spoondiloartrit, n (%)	2 (3.1%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	0.209
Pyoderma gangrenosum, n (%)	4 (6.2%)	1 (3.3%)	3 (8.6%)	0.618
Psikiyatrik hastalık, n (%)	10 (15.4%)	4 (13.3%)	6 (17.1%)	0.742
Böbrek hastalığı, n (%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	2 (5.7%)	0.495
Tiroid hastalığı, n (%)	2 (3.1%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	0.209
Dermatolojik öykü				
Ailede HS öyküsü, n (%)	8 (12.3%)	2 (6.7%)	6 (17.1%)	0.270

Akne vulgaris öyküsü, n (%)	37 (56.9%)	19 (63.3%)	18 (51.4%)	0.452
Akne konglobata öyküsü, n (%)	16 (24.6%)	10 (33.3%)	6 (17.1%)	0.157
Dissekan selülit öyküsü, n (%)	6 (9.2%)	4 (13.3%)	2 (5.7%)	0.403
Pilonidal sinüs öyküsü, n (%)	30 (46.2%)	11 (36.7%)	19 (54.3%)	0.213
Polikistik over sendromu öyküsü, n (%)	8 (12.3%)	4 (13.3%)	4 (11.4%)	1.000
Önceki tedaviler				
HS nedeniyle geçirilmiş cerrahi, n (%)	23 (35.4%)	9 (30.0%)	14 (40.0%)	0.445
Pilonidal sinüs nedeniyle geçirilmiş cerrahi, n (%)	26 (40.0%)	9 (30.0%)	17 (48.6%)	0.204
Önceki isotretinoin kullanımı, n (%)	37 (56.9%)	19 (63.3%)	18 (51.4%)	0.452
Önceki asitretin kullanımı, n (%)	11 (16.9%)	3 (10.0%)	8 (22.9%)	0.201
Önceki biyolojik tedavi öyküsü, n (%)	4 (6.2%)	2 (6.7%)	2 (5.7%)	1.000
Önceki lazer tedavisi, n (%)	6 (9.2%)	3 (10.0%)	3 (8.6%)	1.000
Önceki sistemik kortikosteroid kullanımı, n (%)	8 (12.3%)	3 (10.0%)	5 (14.3%)	0.716
Önceki siklosporin kullanımı, n (%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)	1.000
Biyolojik tedavi sırasında eş zamanlı tedaviler				
Eş zamanlı antibiyotik kullanımı, n (%)	40 (61.5%)	18 (60.0%)	22 (62.9%)	1.000
Eş zamanlı isotretinoin kullanımı, n (%)	3 (4.6%)	1 (3.3%)	2 (5.7%)	1.000
Eş zamanlı asitretin kullanımı, n (%)	3 (4.6%)	0 (0.0%)	3 (8.6%)	0.243

Veriler: medyan [IQR] veya n (%). *: Kalın karakterle yazılan p-değerleri p<0,05 olan istatistiksel olarak anlamlı sonuçları göstermektedir. IQR: çeyrekler arası aralık; ESR: eritrosit sedimantasyon hızı; CRP: C-reaktif protein; NLR: nötrofil/lenfosit oranı; MLR: monosit/lenfosit oranı; PLR: trombosit/lenfosit oranı; PIV: pan-immün inflamasyon değeri; BMI: vücut kitle indeksi; HS: hidradenitis suppurativa; PCOS: polikistik over sendromu.

Tablo-2. Konsensüs sıralamasında ilk 15 sırada yer alan özellikler, önem düzeyleri ve klinik ilişkileri

Sıra	Özellik	Tip	Konsensüs skoru	Ortalama mutlak SHAP değeri	İlişkinin yönü
1	ESR (mm/saat)	Sürekli	0.846	0.543	Yüksek → yanıtsızlık
2	Hurley evresi	Ordinal (I-III)	0.573	0.516	Daha ileri evre→ yanıtsızlık
3	MLR (bazal)	Sürekli	0.519	0.535	Yüksek → yanıtsızlık
4	Alkol kullanımı	Kategorik (4 düzey)	0.472	0.470	Hiç kullanmama → yanıtsızlık; aylık kullanım → daha iyi yanıt (doğrusal olmayan ilişki)
5	Sigara paket-yılı	Sürekli	0.376	0.224	Daha yüksek → yanıtsızlık
6	Sigara durumu	Kategorik (3 düzey)	0.258	0.000	Eski sigara içicisi/hiç içmeyen → yanıtsızlık (beklenmedik); aktif içici → daha iyi yanıt
7	Açlık glukozu (mg/dL)	Sürekli	0.252	0.097	Yüksek → yanıtsızlık
8	Trigliserid (mg/dL)	Sürekli	0.185	0.295	Yüksek → yanıtsızlık
9	NLR (bazal)	Sürekli	0.176	0.085	Yüksek → yanıtsızlık
10	Kardiyovasküler hastalık	İkili	0.160	0.000	Var → yanıtsızlık

11	Akne vulgaris öyküsü	İkili	0.151	0.206	Var → daha iyi yanıt
12	PIV (bazal)	Sürekli	0.148	0.139	Yüksek → yanıtsızlık
13	Yaş (yıl)	Sürekli	0.145	0.176	Daha ileri yaş → yanıtsızlık
14	Ek komorbiditeler	İkili	0.142	0.254	Var → yanıtsızlık
15	Tedavi gecikmesi (ay)	Sürekli	0.141	0.068	Daha uzun → yanıtsızlık

ESR, eritrosit sedimentasyon hızı; MLR, monosit/lenfosit oranı; NLR, nötrofil/lenfosit oranı; PIV, panimmün inflamasyon değeri; HS, hidradenitis suppurativa; TNF-α, tümör nekroz faktörü alfa; SHAP, Shapley Additive Explanations; AGE/RAGE, ileri glikasyon son ürünleri ve reseptörleri.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, 65 gerçek yaşam hastası ve 55 başlangıç değişkeni kullanılarak, HS'de 52. hafta adalimumab yanıtını öngörmeye yönelik, veri sızıntısından (data leakage) arındırılmış ve titizlikle yapılandırılmış bir makine öğrenmesi çerçevesi sunmaktadır. Her bir LOOCV katmanı içine hem öznitelik ölçeklendirme hem de öznitelik seçimi süreçlerinin entegre edilmesi, modelin metodolojik sağlamlığını artırmıştır. Konsensüs temelli çok yöntemli öznitelik seçimi yaklaşımı, küçük HS kohortlarında makine öğrenmesi temelli tahmin modelleri için veri sızıntısını önleyen güçlü ve güvenilir bir çerçeve sağlamaktadır.Bu yaklaşım ile yalnızca 15 klinik olarak erişilebilir değişken kullanılarak %73 oranında boyutsal indirgeme sağlanmış ve iç doğrulamada LOOCV AUC değeri 0,733 (%95 GA 0,598–0,849) elde edilmiştir. Eritrosit sedimantasyon hızı (ESR), Hurley evresi ve hematolojik inflamasyon indeksleri, biyolojik tutarlılıkları ve literatürle uyumları doğrultusunda en güçlü öngördürücüler olarak öne çıkmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla, bu çalışma HS'de adalimumab yanıtını öngörmeye yönelik, konsensüs temelli çok yöntemli öznitelik seçimi ve tamamen entegre LOOCV çerçevesi ile geliştirilen ilk modeldir.

Anahtar Kelimeler: adalimumab, hidradenitis suppurativa, makine öğrenimi

Yayın No: P-545
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Psoriasisli Gebelerde Gebelik Seyri ve Tedavi Yönetimi: Maternal ve Neonatal Sonuçların Retrospektif Değerlendirilmesi

Doğa Kaynar[1], Dilek Seçkin[1], Tülin Ergun[1]

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

Giriş ve Amaç: Psoriasis, gebelik sürecinde hormonal ve immünolojik değişikliklerden etkilenebilen kronik inflamatuar bir hastalıktır. Gebelik döneminde hastalık aktivitesi, tedavi yönetimi ve maternal-fetal sonuçlara ilişkin gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışmada psoriasis hastalarında gebelik sırasındaki psoriasis seyri, gebelik öncesi ve gebelik sırasında uygulanan tedaviler, maternal ve neonatal sağlığın değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Psoriasis tanısıyla takip edilen ve gebelik öyküsü bulunan hastaların demografik özellikleri, psoriasis alt tipi, gebelik öncesi ve gebelik sırasında uygulanan tedaviler, gebelik sonuçları, doğum şekli, doğum haftası, doğum ağırlığı, neonatal sağlık durumu ve biyolojik tedavi alan olgularda yenidoğan aşı uygulamaları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya psoriasis tanısı ile izlenen 21 hastaya ait toplam 43 gebelik dahil edildi. Hastaların büyük çoğunluğu plak tip psoriasisli olup (n=18), bunu püstüler psoriasis (n=2) ve guttat psoriasis (n=1) izledi. Gebelik öncesinde en sık kullanılan tedavi topikal tedaviler olup 23 gebelikte (%53,5) kaydedildi. Sistemik tedaviler arasında en sık sertolizumab (7 gebelik, %16,3) kullanılırken, bunu adalimumab (3, %7,0), ustekinumab ve siklosporin (her biri 2, %4,7), metotreksat, etanersept, iksekizumab ve dar bant UVB fototerapisi (her biri 1, %2,3) izledi. Gebelik sırasında en sık uygulanan tedavi topikal kortikosteroidler (29 gebelik, %67,4) olup, sertolizumab 13 gebelikte (%30,2), fototerapi 2 gebelikte (%4,6) kullanıldı. Sistemik kortikosteroid-siklosporin kombinasyonu ise gebeliğin püstüler psoriasisi olan 1 hastada (%2,3) kullanıldı. Gebelik sırasında psoriasis alevlenmesi 9 gebelikte (%20,9) izlendi. Alevlenmelerin 3'ü (%33,3) birinci, 2'si (%22,2) ikinci ve 4'ü (%44,4) üçüncü trimesterde meydana geldi. 2 hastada ise (%4.6) psoriasis ilk kez gebelik sırasında ortaya çıktı. Gebeliklerin 31'i (%72,1) canlı doğum ile sonuçlanırken, 9'u (%20,9) spontan abortusla sonlandı. İki gebelik hastanın talebi ile sonlandırıldı. Bir gebelik ise veri toplama sürecinde devam etmekteydi. Abortus (spontan veya cerrahi) ile sonuçlanan toplam 11 gebelikte, gebelik sırasında en sık kullanılan tedavi sertolizumab olup (n=6), siklosporin, adalimumab, etanersept, iksekizumab ve topikal tedavi birer gebelikte kullanılmıştır. Doğum şekli kaydedilen olgularda 19 sezaryen ve 9 vajinal doğum gerçekleştirildi. Beş gebelikte preterm doğum (< 37 hafta) izlendi. Canlı doğan bebeklerin ortalama doğum ağırlığı 3177,4 gramdı. Gebelik sırasında sertolizumab tedavisi alan ve canlı doğumla sonuçlanan 6 gebeliğin 2'sinde (%33,3) yenidoğan aşı takvimi ertelendi. Biotinidaz eksikliği saptanan 1 bebek dışında canlı doğumlarda herhangi bir konjenital patoloji ve malformasyon izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda plak psoriasis en sık görülen klinik alt tiptir. Gebeliklerin çoğunda hastalık stabil seyretmiş, %20,9'unda alevlenme gözlenmiş ve bu oran önceki çalışmalarla benzer bulunmuştur. Literatürde gebelikte psoriasis alevlenmelerinin trimesterlere göre dağılımına ilişkin veriler sınırlıdır. Çalışmamızda alevlenmeler tüm trimesterlerde gözlenmekle birlikte en sık üçüncü trimesterde saptanmıştır. Gebelik sırasında en sık kullanılan tedavi topikal kortikosteroidler olurken, biyolojik ajan kullanan hastalarda en sık sertolizumab tercih edilmiştir. Doğum şekli bilinen olgularda sezaryen oranı %67,9 olup, bu bulgu psoriasisli gebelerde sezaryen riskinin arttığını bildiren meta-analizlerle uyumludur. Çalışmamızda spontan abortus oranı %20,9 saptanmış olup, bu oran bazı serilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın elektif abortuslar ve aynı anneye ait mükerrer abortuslar gibi maternal faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yenidoğanların hiçbirinde majör konjenital malformasyon ve neonatal sağlık sorunu gelişmemiş olması sertolizumab, siklosporin ve sistemik kortikosteroid tedavilerinin gebelikte güvenli kullanımına ilişkin verilerle uyumlu görülmüştür. Psoriasis hastalarında gebelik dikkatle takip edilmelidir. Güncel güvenlik verilerine dayalı tedavi planlaması maternal ve neonatal sonuçlar açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: psoriasis, gebelik, gebelik seyri

Yayın No: P-546
Bildiri Grubu: Genel / İnflamatuar hastalıklar

Behçet Hastalığında Ürokinaz Tipi Plazminojen Aktivatör Sisteminin Değerlendirilmesi

Emine Çölgeçen[1], Emine YEŞİLYURT ŞÖLEN[2], Necip Enis Kaya[1], Gülhan GÜREL[3], Neziha YILMAZ[4]

[1]Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat
[2]Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat
[3]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar
[4]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Plazminojen aktivatör sistemi (PAS), birçok fizyolojik ve patofizyolojik süreçte rol alan ekstraselüler proteolitik enzim sistemidir. Bu çalışmanın amacı, Behçet hastalığında (BH) PAS bileşenleri olan plazminojen aktivatör inhibitörü-1 (PAI-1), ürokinaz tip plazminojen aktivatör (uPA) ve solubl ürokinaz-tip plazminojen aktivatör reseptörü (suPAR) düzeylerini ve bu belirteçlerin hastalık aktivitesiyle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerini karşılayan 59 Behçet hastası ile 53 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Fizik muayenede oral ve genital ülser, eritema nodozum ve papülopüstüler döküntü gibi deri lezyonları, üveit, subkutan venöz tromboz ve/veya artrit bulgularından en az biri bulunan hastalar aktif hastalık döneminde olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hasta ve kontrol grupları arasında plazma yüksek duyarlılıklı C-reaktif protein (hsCRP), suPAR ve PAI-1 düzeyleri açısından anlamlı fark saptandı ($p < 0,01$) (Tablo 1). Aktif hastalığı bulunan BH olgularında plazma suPAR düzeyinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,04$); buna karşılık hsCRP, uPA ve PAI-1 düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 2). Behçet hastalarında suPAR düzeyleri ile hsCRP düzeyleri arasında orta düzeyde ve pozitif korelasyon bulundu ($r=0,571$; $p < 0,01$). PAI-1 düzeyleri ile hsCRP düzeyleri arasında ise zayıf düzeyde ve pozitif korelasyon saptandı ($r=0,342$; $p < 0,01$).

Tablo 1. Behçet hastalığı ve kontrol grubunun laboratuvar bulguları

	Hasta (n=59), medyan (IQR)	Kontrol (n=53), medyan (IQR)	p
Prokalsitonin(ng/ml)	0,06 (0,03–0,08)	0,06 (0,04–0,09)	0.78

hsCRP (mg/l)	1,19 (0,14–2,38)	0,27 (0,03–0,96)	<0.01*
suPAR (ng/ml)	1,90 (0,80–3,10)	0,90 (0,30–2,20)	0,01*
uPA (ng/ml)	0,50 (0,20–1,71)	0,41 (0,26–0,95)	0.76
PAI-1 (ng/ml)	21,02 (16,64–24,02)	11,80 (6,42–14,23)	<0.01*

*p<0,05; hsCRP: yüksek duyarlılıklı C-reaktif protein; suPAR: çözünür ürokinaz plazminojen aktivatör reseptörü; uPA: ürokinaz plazminojen aktivatörü; PAI-1: plazminojen aktivatör inhibitörü 1; IQR: çeyrekler arası aralık.

Tablo 2. Behçet hastalarında plazma hsCRP, suPAR, uPA ve PAI-1 düzeyleri ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişki

	Aktif lezyonu bulunan hastalar (n=32), medyan (IQR)	Aktif lezyonu bulunmayan hastalar (n=27), medyan (IQR)	p
hsCRP (mg/l)	1.42 (0.54–3.81)	1.12 (0.11–2.04)	0.2
suPAR (ng/ml)	2.25 (1.10–3.70)	1.30 (0.65–2.20)	0.04*
uPA (ng/ml)	0.43 (0.19–1.21)	0.68 (0.23–1.90)	0.39
PAI-1 (ng/ml)	21.40 (19.07–24.40)	19.23 (9.45–22.65)	0.10

*p<0,05; hsCRP: yüksek duyarlılıklı C-reaktif protein; suPAR: çözünür ürokinaz plazminojen aktivatör reseptörü; uPA: ürokinaz plazminojen aktivatörü; PAI-1: plazminojen aktivatör inhibitörü 1; IQR: çeyrekler arası aralık.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda BH hastalarının plazma hsCRP, suPAR ve PAI-1 düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Ayrıca aktif hastalığı olanlarda suPAR düzeyleri daha yüksekti. Bu çalışma, BH'de uPA, PAI-1 ve suPAR'ı birlikte değerlendiren ilk çalışmadır.BH'de PAI-1 düzeylerine ilişkin sonuçlar çelişkilidir. Bazı çalışmalarda fark

saptanmazken, diğerlerinde PAI-1 düzeylerinin arttığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda PAI-1'in yüksek bulunması ve hsCRP ile zayıf pozitif korelasyon göstermesi, inflamasyon ve endotel disfonksiyonuna eşlik eden fibrinolitik dengesizliği düşündürmektedir. Çalışmalar arasındaki farklılıklar; etnik özellikler, klinik özellikler, tedaviler ve laboratuvar yöntemleriyle ilişkili olabilir.uPA ile ilgili veriler ise oldukça sınırlıdır. Önceki bir çalışmada plazma uPA antijen düzeyleri normal, uPA aktivitesi ise yüksek bulunmuş ve BH'de uPA/PAI-1 kompleks oluşumunun azalabileceği öne sürülmüştür. Bizim çalışmamızda uPA düzeyleri hasta grubunda sayısal olarak yüksek olmakla birlikte fark anlamlı değildi. Bu bulgu, dolaşımdaki uPA antijen düzeyinin uPA aktivitesini veya PAI-1 ile kompleks oluşumunu tek başına yansıtmayabileceğini düşündürmektedir.Behçet hastalığında suPAR düzeylerine ilişkin çalışmaların sonuçları heterojendir. Saylam Kurtipek ve ark. ve Gamal ve ark., plazma suPAR düzeylerinin Behçet hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirirken, Rizk ve ark. serum suPAR düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptamamıştır. Hastalık aktivitesiyle ilişki bakımından da farklı sonuçlar bulunmaktadır; Saylam Kurtipek ve ark. ve Rizk ve ark. çalışmalarında anlamlı ilişki saptanmamışken, Gamal ve ark. suPAR ile hastalık aktivitesi arasında güçlü pozitif korelasyon bildirmiştir. Bizim çalışmamızda suPAR düzeylerinin hem sağlıklı kontrollere göre hem de aktif hastalarda anlamlı olarak yüksek bulunması ve hsCRP ile orta düzeyde pozitif korelasyon göstermesi, suPAR'ın BH'de inflamatuvar aktiviteyi yansıtabilecek bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmalar arasındaki farklılıklar serum veya plazma kullanımı, kullanılan kit, örnek işleme koşulları, hasta özellikleri ve tedavi dağılımı gibi faktörlerden kaynaklanabilir.Plazma suPAR düzeyleri hasta grubunda kontrol grubuna göre ve aktif hastalığı bulunan bireylerde aktif hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti. suPAR, Behçet hastalığında hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek bir belirteç olabilir. BH'de PAS'ın önemini daha iyi ortaya koymak için geniş katılımlı, ileriye dönük ve çok merkezli çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Plazminojen Aktivatör Sistemi, Solubl Ürokinaz-tip Plazminojen Aktivatör Reseptörü

Yayın No: P-548
Bildiri Grubu: Genel / Dermatoalerji

Dermatolojik Hastalıklarda Rituksimab Tedavisine Bağlı İnfüzyon Reaksiyonları ve İlişkili Faktörler: Tek Merkez Deneyimi

Ümmühan Şeker[1], Ekin Tosyalı[1], Ferdi Öztürk[1], Serkan Yazici[1], Kenan Aydoğan[1], Emel Bülbül Başkan[1], Hayriye Sarıcaoğlu[1]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Giriş ve Amaç: Rituksimab, CD20 pozitif B lenfositlerini hedefleyen kimerik monoklonal bir antikor olup, başta pemfigus olmak üzere çeşitli otoimmün ve inflamatuvar dermatolojik hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, infüzyon reaksiyonları rituksimab tedavisinin en sık görülen advers etkileri arasında yer almakta ve tedavinin uygulanmasını güçleştirebilmekte, bazı olgularda ise tedavinin kesilmesine neden olabilmektedir. Bu çalışmada, dermatolojik hastalıklar nedeniyle rituksimab tedavisi alan hastalarda infüzyon reaksiyonlarının sıklığının, ortaya çıkış zamanının, klinik özelliklerinin ve tedavi sürecine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde 1 Ocak 2019–1 Haziran 2026 tarihleri arasında rituksimab tedavisi alan hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik özellikler, rituksimab tedavi endikasyonu, komorbid hastalık ve atopi öyküsü varlığı, total immünglobulin E (IgE) düzeyi, eozinofil ve bazofil sayıları ile infüzyon reaksiyonlarına ait veriler kaydedildi. İnfüzyon reaksiyonu gelişen ve gelişmeyen hastalar karşılaştırılarak ilişkili faktörler analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya rituksimab tedavisi alan 173 hasta dahil edildi. Hastaların 104'ü (%60,1) kadın, 69'u (%39,9) erkek olup en sık tedavi endikasyonu pemfigus vulgaris (n=147, %85,0) idi.İnfüzyon reaksiyonu 19 hastada (%11,0) saptandı. Reaksiyon gelişen hastaların yaş ortalaması 47,2±11,3 yıl, reaksiyon gelişmeyen hastaların yaş ortalaması ise 53,7±13,0 yıl olup reaksiyon gelişen grup anlamlı olarak daha genç bulundu (p=0,028).Reaksiyonların 13'ü (%68,4) ilk infüzyonda, 2'si (%10,5) ikinci infüzyonda, 1'i (%5,3) üçüncü infüzyonda, 1'i (%5,3) dördüncü infüzyonda ve 1'i (%5,3) sekizinci infüzyonda gelişti. Bir hastada ilk infüzyonda hafif reaksiyon gelişmesine rağmen dokuzuncu ve onuncu infüzyonlarda daha ağır reaksiyonlar izlendi. Bir hastada ise rituksimab tedavisine dış merkezde başlanmış olması nedeniyle ilk reaksiyonun geliştiği infüzyon sayısı kesin olarak belirlenemedi. Hastaların 5'inde kutanöz bulgularla sınırlı hafif reaksiyonlar gözlenirken, 7 hastada üst solunum yolu ve/veya mukozal semptomların eşlik ettiği orta şiddette reaksiyonlar, 7 hastada ise anjiyoödem, uvula ödemi, belirgin nefes darlığı, ses kısıklığı veya kardiyovasküler bulgularla seyreden ciddi reaksiyonlar izlendi.Reaksiyon gelişen 19 hastanın 12'sinde (%63,2) infüzyona geçici ara verilmesi, antihistaminik ve/veya kortikosteroid uygulanması ve infüzyon hızının azaltılması ile rituksimab tedavisine başarıyla devam edilebildi. Üç hastada (%15,8) yeniden infüzyon denenmesine rağmen tekrarlayan reaksiyonlar nedeniyle tedavi sonlandırıldı. Dört hastada (%21,1) ise ilk reaksiyon sonrasında tedaviye devam edilmedi. Beş hastada (%26,3) intramüsküler adrenalin

uygulanmasını gerektiren ciddi hipersensitivite reaksiyonu gelişti.Total immünglobulin E düzeyi mevcut olan hastalarda reaksiyon gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (medyan 55 IU/mL ve 57 IU/mL; p=0,996).

Tartışma ve Sonuç: Rituksimab ilişkili infüzyon reaksiyonları dermatoloji pratiğinde nadir olmayan ancak çoğunlukla yönetilebilir advers olaylardır. Reaksiyonların büyük çoğunluğu ilk infüzyon sırasında gelişmekte olup uygun medikal tedavi ve infüzyon hızının düzenlenmesi ile hastaların önemli bir kısmında tedavi sürdürülebilmektedir. Tedavinin sürdürülebilirliği, reaksiyonun geliştiği infüzyon sayısından çok reaksiyonun klinik şiddeti ile ilişkili görünmektedir. Seçilmiş hastalarda desensitizasyon, rituksimab tedavisinin güvenli şekilde sürdürülebilmesine olanak sağlayabilecek bir seçenek olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Rituksimab, İnfüzyon Reaksiyonları, Advers İlaç Reaksiyonları