



# 29.

## ULUSAL DERMATOLOJİ

## KONGRESİ

19-23  
Ekim  
2021

Kaya Palazzo Otel &  
Kongre Merkezi  
Antalya

# BİLDİRİ KİTABI

## Davet Mektubu



Değerli Meslektaşlarımız,

Türk Dermatoloji Derneği olarak, bu yıl sizleri **19 - 23 Ekim 2021** tarihleri arasında **Kaya Palazzo Otel, Antalya**'da, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı ev sahipliğinde gerçekleştireceğimiz ve bu sene 29'uncusunu düzenleyeceğimiz Ulusal Kongremize davet etmekten büyük sevinç duyarız.

Ulusal Kongremiz, diğer toplantılarımızın birçok özelliğini bünyesinde toplayarak, meslektaşlarımızın bilgilerini, deneyimlerini, görgülerini paylaştıkları; diğer taraftan sosyal programlar içinde birbirleriyle hasret giderdikleri, yeni meslektaşlarıyla tanışarak kardeşlik kurdukları bir şölen özelliğindedir.

Türk Dermatoloji Derneği'nin bu en önemli ve büyük etkinliğine, Türk Dermatoloji Derneği Yönetim Kurulu adına sizleri davet etmekten büyük bir mutluluk ve onur duyar,

Kongremizde görüşmek dileğiyle sevgi ve saygılarımı sunarım.

**Prof. Dr. Emel ERDAL ÇALIKOĞLU**  
**Türk Dermatoloji Derneği Başkanı**

## Davet Mektubu



Değerli Meslektaşlarımız,

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı olarak Türk Dermatoloji Derneği'miz ile birlikte düzenleyeceğimiz **29. Ulusal Dermatoloji Kongresi, 19 - 23 Ekim 2021** tarihleri arasında **Antalya, Belek**'te gerçekleştirilecektir.

Kongremizin gerek bilimsel gerekse sosyal içerikleriyle tüm meslektaşlarımızın beklentilerini karşılayabilmesini hedefledik. Bu amaçla, özellikle konularında deneyimli değerli meslektaşlarımızın yanısıra alanlarında çok yetkin yabancı konuşmacılara da yer vereceğiz.

Kongremizde, Dermatoskopi, kozmetik dermatoloji ve dermatoallerji başta olmak üzere özellikle meslektaşlarımızın istekleri doğrultusunda uygulamalı kurslar yapılacaktır. Bilimsel içeriğinin yanısıra, sosyal açıdan da hoşça vakit geçirmeniz amacıyla zengin ve keyifli etkinlikler hazırlamaktayız.

Kongremizin her yönüyle hafızalarda kalacak bir kongre olması çabası içerisindeyiz. Tabii ki sizlerin destek ve katılımlarınızla anlam kazanacak olan **29. Ulusal Dermatoloji Kongre**'mizde sizleri ağırlamaktan büyük onur ve mutluluk duyacağız. **19 - 23 Ekim 2021** tarihleri arasında kongremizde sizlerle birlikte olmak dileğiyle.

Saygılarımızla,

**Kongre Düzenleme Kurulu adına**  
**Prof. Dr. Akın AKTAŞ**

## KURULLAR

### ONUR KURULU

Prof. Dr. Pınar ÖZİŞİK  
*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı*

Prof. Dr. Emel ERDAL ÇALIKOĞLU  
*Türk Dermatoloji Derneği Başkanı*

### DÜZENLEME KURULU

#### Kongre Başkanı

Prof. Dr. Akın AKTAŞ

#### Kongre Sekreteri

Prof. Dr. Selma EMRE

Prof. Dr. Gökür KALKAN

#### Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Dilek BAYRAMGÜRLER

Prof. Dr. D. Deniz DEMİR SEREN

Prof. Dr. Recep DURSUN

Prof. Dr. Ali KARAKUZU

Prof. Dr. Güneş GÜR AKSOY

# **SÖZLÜ BİLDİRİLER**

**SS-01****Androjenetik alopesili hastalarda tedavi takibinde trikoskopinin yeri**

Seçil Yiğen İritas, Nesibe Deren Özcan

Başkent Üniversitesi Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, ANKARA

**Giriş ve Amaç:** Kronik ve ilerleyici seyri nedeniyle androjenetik alopeside (AGA) cerrahi dışı tedavilere uzun süre devam edilmelidir. Dolayısıyla, tedavi etkinliğini değerlendirmek için tedavi yanıtı objektif yöntemler ile izlenmelidir. TrichoScan halen bu amaçla kullanılan en objektif yöntemdir. Ancak, ücretli bir yazılım olması ve sadece belirli markaya sahip dermoskoplar ile uyumlu çalışması yaygın kullanımını kısıtlamaktadır. Trikoscopi, AGA tanısında başarı ile kullanılmakla birlikte bu yöntemin tedavi takibindeki yerini araştıran çalışması sayısı çok azdır; bu çalışmaların hasta sayısı düşüktür; gereç ve yöntemlerinde belirsizlikler vardır. Çalışmamızda, AGA'lı hastalarda trikoskopinin tedavi takibindeki yerinin araştırılması amaçlanmıştır.

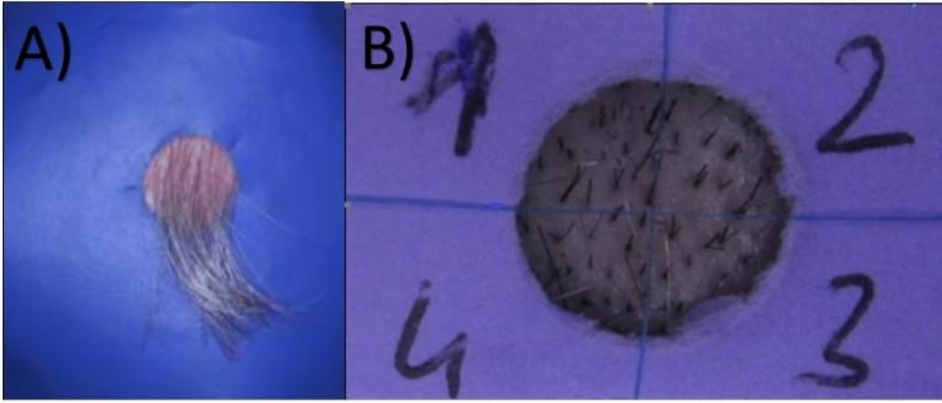
**Yöntem:** AGA tanısı almış 95 hastada tedavi öncesi ve 61 hastada 3 aylık tedavi sonrası, sol frontoparietal bölgedeki 1 cm<sup>2</sup>'lik daire şeklinde bir alandaki saçlar 0.5-1 mm uzunluğunda kesildi. Bu alanın trikoskopik fotoğraflarını alopesi ve trikoscopi konusunda az deneyimli (doktor A) ve deneyimli (doktor B) 2 doktor (doktor A 2 kez) inceledi. Terminal, vellüs ve toplam saç sayısı (TSS, VSS, ToSS) ile terminal saçların vellüs saçlara oranı (T/V saçlar) belirlendi. Bu sayısal veriler aynı alanın TrichoScan analiziyle de saptandı. Trikoscopi ile TrichoScan verileri karşılaştırıldı; uyum istatistiksel olarak "concordance correlation coefficient" (CCC) ile hesaplanarak (mükemmel, iyi, orta, zayıf) %95 güven aralığı (GA) ile birlikte verildi. Gözlemci içi ve gözlemciler arası uyum değerlendirildi; uyum "interclass correlation coefficient" (ICC) ile hesaplanarak (mükemmel, yüksek, orta, kabul edilemez) belirlendi, p<0.001 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Doktor A'nın TrichoScan ile uyumu TSS ve ToSS için tedavi öncesi orta (sırasıyla CCC=0,9443, %95GA, 0,9179-0,9624; CCC=0,9412, %95 GA, 0,9131-0,9604), tedavi sonrası iyi (sırasıyla CCC=0,9755, %95 GA, 0,9602-0,9849; CCC=0,9631, %95 GA, 0,9403-0,9773), tedavi öncesi ve sonrası VSS için zayıf (sırasıyla CCC=0,8199, %95 GA, 0,7433-0,8752; CCC=0,8974, %95 GA, 0,8366-0,9364), T/V saçlar için zayıf (sırasıyla CCC=0,8161, %95 GA, 0,7395-0,8718, CCC=0,8719, %95 GA, 0,7989-0,9195) bulundu. Doktor B'nin TrichoScan ile uyumu tedavi öncesi ve sonrası TSS için mükemmel (sırasıyla CCC=0,996, %95 GA, 0,9944-0,9975; CCC=0,9991, %95 GA, 0,9985-9994), VSS için mükemmel (sırasıyla CCC=0,990, %95 GA, 0,9862-0,9938; CCC=0,9948, %95 GA, 0,9914-0,9968), ToSS için mükemmel (sırasıyla CCC=0,9971, %95 GA, 0,9956-0,9980; CCC=0,999, %95 GA, 0,9984-0,9994), T/V saçlar için iyi (sırasıyla CCC=0,9734, %95 GA, 0,9607-0,9821, CCC=0,9875, %95 GA, 0,9793-0,9925) idi. Gözlemci içi uyum tedavi öncesi TSS için yüksek (ICC=0,879; p< 0,001), VSS, ToSS ve T/V saçlar için mükemmel (sırasıyla ICC=0,997, p< 0,001; ICC=0,999, p< 0,001; ICC=0,988, p< 0,001) bulundu. Tedavi sonrası TSS, VSS, ToSS ve T/V saçlar için mükemmel (sırasıyla ICC=1,000, P< 0,001; ICC=0,999, P< 0,001; ICC=1,000, P< 0,001; ICC=0,997, p< 0,001) idi. Gözlemciler arası uyum tedavi öncesi TSS ve ToSS için mükemmel (sırasıyla ICC=0,972, P< 0,001; ICC=0,972, P< 0,001), VSS ve T/V saçlar için yüksek (sırasıyla ICC=0,899, P< 0,001; ICC=0,884, P< 0,001) bulundu. Tedavi sonrası TSS ve ToSS için mükemmel (sırasıyla ICC=0,987, P< 0,001; ICC=0,980, P< 0,001), VSS ve T/V saçlar için yüksek (sırasıyla ICC=0,948, P< 0,001; ICC=0,928, P< 0,001) idi.

**Tartışma ve Sonuç:** Trikoscopi, AGA'lı hastalarda TSS, VSS, ToSS ve T/V saçlar hesaplanarak yapılan tedavi takibinde, alopesi ve trikoscopi konusunda deneyimli bir doktor tarafından uygulandığında duyarlı bir yöntem olarak kullanılabilir; az deneyimli bir doktor tarafından yapılacaksa, TSS ile ToSS parametreleri kullanılarak duyarlı bir takip yöntemi olarak tercih edilebilir.

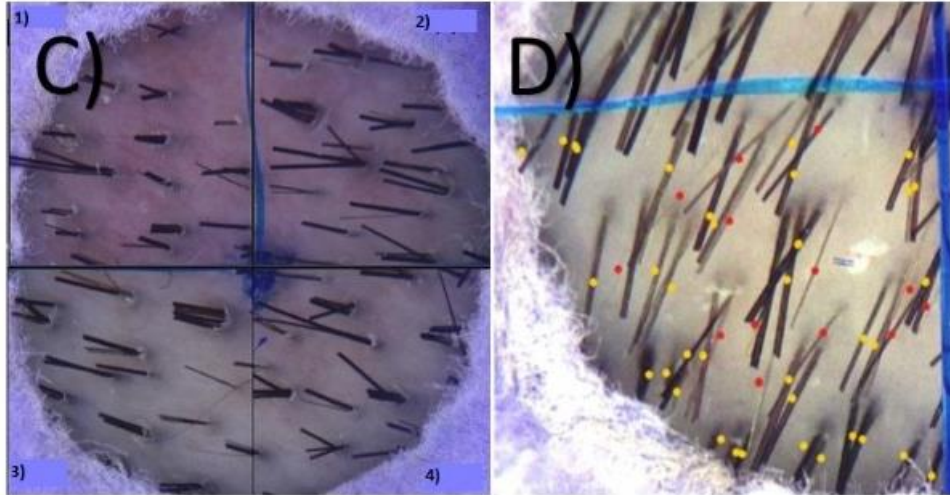
**Anahtar Kelimeler:** Androjenetik alopesi, tedavi takibi, TrichoScan, Trikoscopi

**Resim A ve B**



*RESİM A) Trikoskopik değerlendirme için saçı deride belirlenen inceleme alanına yerleştirilmiş ortasında 1 cm<sup>2</sup>'lik daire şeklinde delik bulunan mavi karton şablon ve kısaltılmak için açığa çıkarılan saçlar. RESİM B) Trikoskopik değerlendirme yapılacak alana yerleştirilen, ortasında 0.562 cm<sup>2</sup>'lik daire şeklinde delik bulunan ve 2 adet ip ile enine ve boyuna 4 eşit parçaya bölünmüş karton şablon.*

**RESİM C ve D.**



*RESİM C) Trikoskopik değerlendirme için belirlenen alanın dört eşit parçasının her birinin 20 kat büyütme ile çekilmiş trikoskopik fotoğrafı, 1; sol üst, 2; sağ üst, 3; sol alt, 4; sağ alt parça. RESİM D) Trikoskopik fotoğraflar üzerinden yapılan sayma işlemi sırasında kırmızı nokta ile işaretlenmiş vellüs (0.04 mm'den daha ince), sarı nokta ile işaretlenmiş terminal (0.04 mm ve daha kalın) saçlar.*

**TABLO 1**

	T.Ö. TERMİNAL SAÇ SAYISI	T.S. TERMİNAL SAÇ SAYISI	T.Ö. VELLÜS SAÇ SAYISI	T.S VELLÜS SAÇ SAYISI	T.Ö TOPLAM SAÇ SAYISI	T.S TOPLAM SAÇ SAYISI	T.Ö T/V SAÇLAR	T.S T/V SAÇLAR
DR A ile TRİCHOSCAN ANALİZİ UYUMU	ORTA (CCC=0.9443) (%95GA, 0.9179-0.9624)	İYİ(CCC=0.9755) (%95 GA, 0.9602-0.9849)	ZAYIF(CCC=0.8199) (%95 GA, 0.7433-0.8752)	ZAYIF(CCC=0.8974) (%95 GA, 0.8366-0.9364)	ORTA(CCC=0.9412) (%95 GA, 0.9131-0.9604)	İYİ(CCC=0.9631) (%95 GA, 0.9403-0.9773)	ZAYIF(CC C=0.8161) (%95 GA, 0.7395-0.8718)	ZAYIF(CC C=0.8719) (%95 GA, 0.7989-0.9195)
DR B ile TRİCHOSCAN ANALİZİ UYUMU	MÜKEMMEL (CCC=0.996) (%95 GA, 0.9944-0.9975)	MÜKEMMEL (CCC=0.9991) (%95 GA, 0.9985-9994)	MÜKEMMEL (CCC=0.990) (%95 GA, 0.9862-0.9938)	MÜKEMMEL (CCC=0.9948) (%95 GA, 0.9914-0.9968)	MÜKEMMEL (CCC=0.9971) (%95 GA, 0.9956-0.9980)	MÜKEMMEL (CCC=0.999) (%95 GA, 0.9984-0.9994)	İYİ(CCC=0.9734) (%95 GA, 0.9607-0.9821)	İYİ(CCC=0.9875) (%95 GA, 0.9793-0.9925)
DR A ile DR B'nin GÖZLEM CİLER ARASI UYUMU	MÜKEMMEL (ICC=0.972; p<0.001)	MÜKEMMEL (ICC=0.987; p<0.001)	YÜKSEK(ICC=0.899; p<0.001)	YÜKSEK(ICC=0.948; p<0.001)	MÜKEMMEL (ICC=0.972; p<0.001)	MÜKEMMEL (ICC=0.980; p<0.001)	YÜKSEK(ICC=0.884; p<0.001)	YÜKSEK(ICC=0.928; p<0.001)
DR A'nın GÖZLEM Cİ İÇİ UYUMU	YÜKSEK (ICC=0.879; p<0.001)	MÜKEMMEL (ICC=1.000; p<0.001)	MÜKEMMEL (ICC=0.997; p<0.001)	MÜKEMMEL (ICC=0.999; p<0.001)	MÜKEMMEL (ICC=0.999; p<0.001)	MÜKEMMEL (ICC=1.000; p<0.001)	MÜKEMMEL (ICC=0.988; p<0.001)	MÜKEMMEL (ICC=0.997; p<0.001)

*Terminal saç, vellüs saç, toplam saç sayısı ve terminal vellüs saç oranı için Dr A ile Trichoscan analizi uyumu, Dr B ile Trichoscan analizi uyumu, Dr A ile Dr B'nin gözlemciler arası uyumu, Dr A'nın gözlemci içi uyumu özeti.*



## SS-02

### Türkiye’de COVID-19 aşılması sonrası deri reaksiyonları: Çok merkezli çalışma

Filiz Cebeci Kahraman<sup>1</sup>, Sevil Savaş Erdoğan<sup>2</sup>, Nurhan Döner Aktaş<sup>3</sup>, Hülya Albayrak<sup>4</sup>, Dursun Türkmen<sup>5</sup>, Murat Borlu<sup>6</sup>, Deniz Aksu Arıca<sup>7</sup>, Abdullah Demirbaş<sup>8</sup>, Atiye Akbayrak<sup>9</sup>, Algün Polat Ekinci<sup>10</sup>, Gözde Emel Gökçek<sup>11</sup>, Hilal Ayvaz Çelik<sup>12</sup>, Mustafa Kaan Taşolar<sup>13</sup>, İsa An<sup>14</sup>, Selami Aykut Temiz<sup>15</sup>, Emel Hazinedar<sup>16</sup>, Erhan Ayhan<sup>17</sup>, Pelin Hızlı<sup>18</sup>, Eda Öksüm Solak<sup>6</sup>, Arzu Kılıç<sup>18</sup>, Ertan Yılmaz<sup>19</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

<sup>4</sup>Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

<sup>5</sup>İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

<sup>6</sup>Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

<sup>7</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

<sup>8</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Kütahya, Türkiye

<sup>9</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

<sup>10</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>11</sup>Yozgat Bozok Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Yozgat, Türkiye

<sup>12</sup>İsparta Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

<sup>13</sup>Tatvan Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Bitlis, Türkiye

<sup>14</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Şanlıurfa, Türkiye

<sup>15</sup>Karapınar Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Konya, Türkiye

<sup>16</sup>Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

<sup>17</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Diyarbakır, Türkiye

<sup>18</sup>Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

<sup>19</sup>Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Antaya, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Sars-Cov2 virüsünün yeni oluşu nedeniyle; bu virüse ait aşılardan yan etkileri henüz bilinmemektedir. Sinovac tarafından geliştirilen, inaktif aşı teknolojisinin kullanıldığı CoronaVac; COVID-19 hastalığından korunmak için ülkemizde ilk tercih edilen aşı olmuştur. Pfizer-BioNTech tarafından üretilen BioNTech aşısı ise mesajcı RNA tabanlı olup, Avrupa ülkelerince kabul gören aşılarından biridir. BioNTech aşısının kutanöz yan etkileri bilinmesine rağmen, CoronaVac ile ilgili, kutanöz veya sistemik yan etkileri henüz yeterince bilmiyoruz. Burada; ülkemizin 7 bölgesini kapsayan bu büyük ölçekli çok merkezli çalışma ile, her iki aşının kutanöz ve sistemik yan etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışma grubu; Nisan 2021-Temmuz 2021 tarihleri arasında CoronaVac yada BioNTech ile aşılanan dermatoloji yada acil polikliniğe başvuran, 18 yaş üstündeki hastaları kapsamaktadır. Çalışmaya; Türkiye’nin 7 bölgesini kapsayacak şekilde ve nüfus yoğunluğuna göre seçilmiş, 19 merkezden hastalar dahil edildi. Hastalarda aşı sonrası gelişen ağrı, ödem, eritem gibi lokal enjeksiyon bölgesi kutanöz reaksiyonlar, lokal enjeksiyon bölgesi dışı kutanöz reaksiyonlar ve baş ağrısı, miyalji, ateş/titrete, kusma/ishal, anafilaksi gibi sistemik reaksiyonlar değerlendirildi. Ayrıca tetiklenen mevcut dermatolojik veya otoimmün hastalıklar belirlendi.

**Bulgular:** CoronaVac (n=2097, %91,57) yada BioNTech (n=183, %7,99) ile aşılanan 2290 hastayı kaydettik. Bunların %2,48’sinde (n=52) CoronaVac 1. doz, %3,25’inde (n=67) CoronaVac 2.doz sonrası, %18,58’sinde (n=34) BioNTech 1. doz, %5,04’sinde (n=6) BioNTech 2. doz sonrası lokal enjeksiyon bölgesi dışı kutanöz reaksiyon gözlemlendi (Tablo 1-3). CoronaVac ve BioNTech sonrası gelişen en yaygın kutanöz yan etki lokal enjeksiyon bölgesi dışı kutanöz reaksiyonları idi (n=745, %32,71; (n=157, %85,79)) ve BioNTech’te istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti

( $p < 0.001$ ). CoronaVac'da bunu sırasıyla ürtiker/anjiödem ( $n=36$ ), zona zoster ( $n=21$ ), pitriazis rosea ( $n=20$ ), makülopapüler döküntü ( $n=14$ ), kontakt dermatit ( $n=12$ ) izlerken; BioNTech'de zona zoster ( $n=8$ ), geç lokal reaksiyon ( $n=7$ ), ürtiker/anjiödem ( $n=6$ ) ve pitriazis rosea ( $n=6$ ) izledi (Figür 1). CoronaVac ile 1. doz sonrası gelişen lokal enjeksiyon bölgesi dışı kutanöz reaksiyonlar BioNTech 1. doz sonrası gelişen lokal enjeksiyon bölgesi dışı kutanöz reaksiyonlar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ( $p < 0.001$ ) (Tablo 1). Özellikle 2 grup arasında zona gelişimi BioNTech lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseklik gösterdi ( $p < 0.001$ ). CoronaVac ile aşılana hastaların %6,39'unda herpes simpleks, psoriazis, ürtiker gibi var olan dermatolojik veya otoimmün hastalıkta tetiklenme mevcutken, BioNTech ile aşılana hastaların %12,57'inde tetiklenme mevcuttu ve bu BioNTech'de anlamlı derecede yüksekti ( $p = 0.002$ ). Anafilaksiyi de içeren sistemik reaksiyonlar CoronaVac ile aşılana hastaların %24,4'ünde ( $n=523$ ), BioNTech ile aşılana hastaların %43,72'sinde ( $n=80$ ) gözlenmiş olup, BioNTech'de oran istatistiksel olarak yüksekti ( $p < 0.001$ ) (Tablo 1-3).

**Tartışma ve Sonuç:** Aşı ilişkili en sık görülen gecikmiş tip reaksiyonlar, makülopapüler, peteşiyal döküntü gibi kutanöz belirtilerdir. Gecikmiş reaksiyonlar sıklıkla, aynı aşının sonraki dozlarının uygulanmasına kontrendikasyon oluşturmaya masum reaksiyonlardır. Lokal enjeksiyon bölgesi dışı reaksiyonları özellikle 1. dozdan sonra; CoronaVac ile aşılama sonrası ürtiker/anjiödem, BioNTech ile aşılama sonrası zona zoster olarak gördük. CoronaVac'ın dünyadaki az kullanımına bağlı olarak mevcut kutanöz yan etkileri bildiren olgular literatüre gelmeye devam ederken, henüz kapsamlı bir kutanöz yan etki verisi bu aşya özgü yoktur. Bu çok merkezli çalışma; her 2 aşının kutanöz yan etkilerini karşılaştıran literatürdeki ilk çalışmadır. Bu çalışma ile yan etkileri belirlemek için; 1. dozda döküntüsü olmayan hastaların 2. dozları da takip edilerek güvenlik gözetimi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu veriler daha masum reaksiyonların CoronaVac; zona, anafilaksi ve otoimmünite tetiklenmesi gibi daha ciddi reaksiyonların BioNTech'e bağlı olarak gelişebileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, CoronaVac, BioNTech, kutanöz reaksiyonlar

**Tablo 1: Çalışma grubunda her iki aşının 1. dozundan sonra gelişen yan etkiler**

Ozellikler	CoronaVac/Sinovac 1. doz ile aşılana sayı 2097 (%)	BioNTech/Pfizer 1. doz ile aşılana sayı 183 (%)	p değeri	Toplam n
<b>Lokal enjeksiyon bölgesi kutanöz reaksiyonları, Toplam hasta, n</b>	284(13,54)	93(50,82)	<0.05	377
Toplam reaksiyon, n	387	153		540
Ağrı	277 (13,21)	87(47,54)		364
Ödem	59(2,81)	28(15,30)		87
Eritem	51(2,48)	38(20,77)		89
<b>Lokal enjeksiyon bölgesi dışı kutanöz reaksiyonlar, Toplam hasta, n</b>	52(2,48)	34(18,58)	<0.05	86
Toplam reaksiyon, n	52	34		86
Geç lokal reaksiyon	1(0,05)	7(3,83)		8
Ürtiker/anjiodem 24 saat içinde	3(0,14)	2(1,09)		5
Ürtiker/anjiodem 24 saatten sonra	9(0,43)	3(1,64)		12
Zona zoster	9(0,43)	8(4,37)		17
Pitriazis Rosea	9(0,43)	3(1,64)		12
Makülopapüler döküntü	6(0,29)	1(0,55)		7
Kontakt dermatit	5(0,24)*	2(1,09)*		7
Dishidrotik ekzema	2 (0,10)	2(1,09)		4
Eritema multiforme	2 (0,10)	0		2
Likenoid reaksiyon	2 (0,10)	0		2
SDRİFE†	1(0,05)	0		1
Peteşi	1(0,05)	0		1
Eritromelalji	0	1(0,55)		1
Dissemine zona	0	1(0,55)		1
Akneiform döküntü	0	1(0,55)		1
Eritrodermi	0	1(0,55)		1
Yeni dermatolojik hastalık oluşumu				
Büllöz pemfigoid	2(0,10)	0		2
Psöriyazis	1(0,05)	2(1,09)		3
<b>Sistemik reaksiyonlar, Toplam hasta, n</b>	255(12,6)	49(26,78)	<0.05	304
Toplam reaksiyon n	373	91		464
Baş ağrısı	193 (9,20)	36(19,67)		229
Miyalji	128 (6,10)	27(14,75)		155
Ateş/titreme	33 (1,57)	16(8,74)		49
Kusma/ishal	18 (0,86)	10(5,46)		28
Erken anafilaksi	1(0,05)	1(0,55)		2
Geç anafilaksi	0	1(0,55)		1
<b>Toplam hasta sayısı</b>	591(28,18)	176(96,17)	<0.05	767

\*Kontakt dermatitli hastalardan bir tanesi jeneralize allerjik kontakt dermatit idi.

† SDRİFE: simetrik ilaç ilişkili intertriginöz ve fleksural ekzantem

**Tablo 2. Çalışma grubunda her iki aşının 2. dozundan sonra gelişen yan etkiler**

Özellikler	CoronaVac/Sinovac 2. doz ile aşılama sayısı 2060 (%)	BioNTech/Pfizer 2. doz ile aşılama sayısı 119 (%)	p değeri	Toplam n
<b>Lokal enjeksiyon bölgesi kutanöz reaksiyonları, Toplam hasta, n</b>	182(8,83)	22(18,49)	<0.05	204
Toplam reaksiyon, n	221	33		254
Ağrı	175(8,50)	25(21,01)		200
Ödem	29(1,41)	5(4,20)		34
Eritem	17(0,83)	3(2,52)		20
<b>Lokal enjeksiyon bölgesi dışı kutanöz reaksiyonlar, Toplam hasta, n</b>	67(3,25)	6(5,04)	0.29	73
Toplam reaksiyon, n	67	6		
Geç lokal reaksiyon	1(0,05)	0		1
Ürtiker/anjiodem 24 saat içinde	5(0,24)	0		5
Ürtiker/anjiodem 24 saatten sonra	15(0,73)	1(0,84)		16
Zona zoster	12(0,58)	0		12
Pitriazis Rosea	11(0,53)	3(2,52)		14
Makülopapüler döküntü	7(0,34)	0		7
Kontakt dermatit	5(0,24)	0		5
Chilblain	2(0,10)	0		2
Vaskülit	2(0,10)	0		2
Dishidrotik egzema	1(0,05)	0		1
Likenoid reaksiyon	1(0,05)	0		1
Dissemine Herpes	1(0,05)	0		1
Yeni dermatolojik hastalık oluşumu				
Psöriyazis	4(0,19)	1(0,84)		5
Lineer IgA dermatozu	1(0,05)	0		1
Sarkoidoz	0	1(0,84)		1
<b>Sistemik reaksiyonlar, Toplam hasta, n</b>	123(5,97)	14(11,76)	<0.05	137
Toplam reaksiyon, n	175	25		200
Baş ağrısı	85(4,13)	9(7,56)		94
Miyalji	70(3,40)	8(6,72)		78
Ateş/titreme	16(0,78)	6(5,04)		22
Kusma/ishal	4(0,19)	1(0,84)		5
Geç anafilaksi	0	1(0,84)		1
<b>Toplam yan etki, n</b>	372(18,06)	42(35,29)	<0.05	414

**Tablo 3. Çalışma grubunda her iki aşının her iki dozundan sonra gelişen yan etkiler**

Özellikler	CoronaVac/Sinovac her iki doz ile aşılanan sayısı 2060 (%)	BioNTech/Pfizer her iki doz ile aşılanan sayısı 119 (%)	p değeri	Toplam n
<b>Lokal enjeksiyon bölgesi kutanöz reaksiyonları, Toplam hasta, n</b>	281(13.64)	44(36,97)	<0.05	325
Toplam reaksiyon, n	328	49		377
Ağrı	270(13,11)	43(36,13)		313
Ödem	29(1,41)	1(0,84)		30
Eritem	29(1,41)	5(4,20)		34
<b>Lokal enjeksiyon bölgesi dışı kutanöz reaksiyonlar, Toplam hasta, n</b>	7(0,34)	0	-	7
Toplam reaksiyon, n	7	0		7
Ürtiker/anjiodem 24 saat içinde	1(0,05)	0		1
Ürtiker/anjiodem 24 saatten sonra	3(0,15)	0		3
Makülopapüler döküntü	1(0,05)	0		1
Kontakt dermatit	2(0,10)	0		2
<b>Sistemik reaksiyonlar, Toplam hasta, n</b>	156(7,57)	18(15,13)	<0.05	175
Toplam reaksiyon, n	192	24		216
Baş ağrısı	104(5,05)	8(6,72)		112
Miyalji	79(3,83)	14(11,76)		93
Ateş/titreme	5(0,24)	2(1,68)		7
Kusma/ishal	4(0,19)	0		4
<b>Toplam hasta, n</b>	<b>344(16,70)</b>	<b>62(52,10)</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>406</b>

**Figür 1**

COVID-19 aşılama sonrası görülen bazı kutanöz reaksiyonlar; makülopapüler döküntü (a), ürtiker (b), pitriazis rosea (c), vaskülit (d), büllöz pemfigoid (e), Lineer IgA dermatozu (f), oftalmik zona (g), herpes labialis (h).

## SS-03

### Eritrodermik kutanöz T hücreli lenfoma hastalarının klinik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi

Hatice Erdi Şanlı, Ayşe Karal Öktem, Beliz Bayındır, Bengü Nisa Akay  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Kutanoz T hücreli lenfomanın (KTHL) en sık görülen tipi olan mikozis fungoidesin (MF) birçok klinik ve histopatolojik varyantı tanımlanmıştır. Sezary sendromu (SS) ise lösemik bileşenli eritrodermik KTHL'dir.

Çalışmamızda eritrodermik KTHL hastalarının demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar parametreleri, tedavi yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği'ne Ocak 2005-Ağustos 2021 tarihleri arasında başvuran ve eritrodermik KTHL tanısı alan 36 hasta retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Kliniğimizde takip edilen 342 MF tanılı hastanın %10,5'inin (n=36) eritrodermi kliniğinin olduğu tespit edildi.

Eritrodermik KTHL ile takip edilen 36 hastadan 26'sı erkek, 10'u kadındı. Yaş ortalaması 63 yaş (36-90) olarak bulundu.

Hastaların %91'inde (n=33) eritrodermi öncesinde yama/plak dönem MF lezyonları bulunmakta iken üç hasta öncesinde lezyon olmaksızın eritrodermi ile başvurdu. Eritrodermi öncesinde yama/plak dönem MF lezyonları bulunan 33 hastanın MF tanısı aldıklarında 28'i (%84.8) erken evre MF (evre IB n=14, evre IIA n=14); beşi (%15.2) ileri evre MF (evre IIB n=3, evre IIIA n=1, evre IVA n=1) ile karakterize idi. Eritrodermik KTHL tanısı aldıklarında hastaların 17'si evre IIIA, 1'i evre IIIB, 18'i evre IVA olarak saptandı.

İlk semptomdan MF tanısına kadar geçen süre ortalama 80,19 ay (3-396), ilk prezantasyonu klasik yama-plak-tümör MF olan hastaların tanıdan eritrodermi tablosu gelişene kadar geçen süre ortalama 54,4 ay (1-204) olarak bulundu.

Eritrodermik KTHL tanılı hastaların dokuzuna SS tanısı konuldu. SS tanısı alan iki hasta öncesinde lezyon olmaksızın eritrodermi ile başvurmuş olup yedi hasta ise öncesinde MF lezyonları olan hastalardı. SS gelişen dokuz hastanın dördü progresif hastalık nedeniyle kaybedildi. SS gelişen hastalarda tanıdan SS gelişimine kadar geçen süre ortalama 52 ay olarak bulundu. Hastaların üçünde KTHL'ye diğer hematolojik maligniteler de eşlik etmekteydi.

Hastaların 12'si folikülotropik, sekizi poikilodermik, ikisi iktiyoziform klinik göstermekteydi. Ayrıca hastaların birinde CD8 pozitifliği, ikisinde CD4 pozitifliği, beşinde CD30 pozitifliği, dokuzunda büyük hücre transformasyonu izlendi.

Eozinofil sayıları ortalama 0,49 hücre/mcL (0-2,24), laktat dehidrojenaz düzeyleri ortalama 426 U/L (102-946), beta-2 mikroglobulin değerleri ortalama 4,5 mg/dL (2,02-10,2) olarak bulundu.

Eritrodermik KTHL ve SS ile takipli hastalarda en sık kullanılan tedavi ekstrakorporeal fotoferezdi. Bunun dışında interferon, peginterferon alfa-2a, asitretin, fototerapi (dUVB, PUVA), brentuksimab, gemsitabin ve diğer kemoterapötik ajanlar ile bunların kombinasyonları tedavide tercih edilen diğer ajanlardı.

Hastaların %41,6'sı (n=15) tedavi altında aynı klinik evre ile (stabil klinik) takip edildi. Tedaviye dirençli ileri evre hastaların sekizinde kemik iliği transplantasyonu yapıldı. Kemik iliği transplantasyonu yapılan hastaların üçünde tam remisyon sağlandı. Bu üç hasta hastalıksız olarak ortalama 36 ay (12-60) yaşadı. Tam remisyon görülen toplam 3 hastanın üçünde de sonrasında nüks görülmedi. Hastalık ile en uzun süre yaşayan hasta 120 ay yaşamış olup 27 hastanın halen klinik takipleri devam etmektedir. Halen yaşayan 27 hasta kliniğimizde eritrodermik MF tanısından sonra ortalama 36 aydır (0,2-120) takip edilmektedir.

Exitus olan dokuz hastadan ölüm nedenine ulaşılabilenlerden bir hasta ani kardiyak ölüm, iki hasta septik şok, bir hasta pnömoni, bir hasta dissemine intravasküler koagülasyon nedeniyle kaybedilmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Eritrodermik MF ve SS iç içe geçmiş agresif seyirli lenfomalardır. MF progresif bir hastalıktır ve eritrodermik MF hastalarının %84.8'i erken evre MF'ten progrese olmuştur. Eritrodermik MF, sezary sendromundan prognostik açıdan daha ılımlı olup tedavi ve takip planlarında bu tabloların ayrılması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Eritrodermik kutanöz t hücreli lenfoma, Mikozis fungoides, Sezary sendromu

**SS-05****COVID-19'un telogen effluvium gelişimine etkisi**Hasan Aksoy<sup>1</sup>, Umut Mert Yıldırım<sup>1</sup>, Pınar Ergen<sup>2</sup>, Mehmet Salih Gürel<sup>1</sup><sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Telogen effluvium (TE) diffüz, non-skatrisyel alopesinin en sık nedenidir. İlaçlar, fizyolojik/emosyonel stres, kronik hastalıklar veya nutrisyonel nedenler TE tipi saç dökülmesine neden olabilmektedir. Koronavirüs hastalığı (COVID-19) geçirenlerde, hastalıktan sonraki 2-12 hafta arasında TE geliştiğine dair olgu serileri mevcuttur. Literatürde COVID-19 geçirmiş olup saçlı deriyle ilgili yakınması olanlardaki TE sıklığının araştırıldığı çalışmalar bulunmasına karşın; genel olarak COVID-19 geçirenlerde TE tipi saç dökülmesinin ne oranda gözlemlendiğine ilişkin bir çalışma yoktur.

Çalışmamızın birincil amacı, COVID-19 geçirenlerde hastalığa bağlı TE gelişme oranını ve bunun hastalık şiddetiyle ilişkisini saptamaktır. TE'un COVID-19 tedavisinde kullanılan ilaçlarla ve COVID-19 sırasında yaşanan stresle ilişkisini saptamak, COVID-19'a bağlı olarak TE'un hastalıktan ne kadar süre sonra geliştiğini belirlemek, daha önce androjenetik alopesi (AGA) varlığının COVID-19 şiddetiyle ilişkisini saptamak da çalışmamızın ikincil amaçları arasındadır.

**Yöntem:** Şubat 2021-Haziran 2021 arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi dermatoloji ve enfeksiyon hastalıkları polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran ve son 3 ay içerisinde COVID-19 geçirdiği COVID-19 polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testiyle doğrulanmış; 101'i COVID-19 nedeniyle hastaneye yatırılmış, 103'ü ise COVID-19 nedeniyle evde tedavi edilmiş olan toplam 204 hasta çalışmaya alındı.

TE tanısı öykü, muayenede diffüz/bitemporal seyrelme varlığı ve saç çekme testi pozitifliğiyle konulurken; androjenetik dökülme paterni ve trikoskopide anizotrikoz mevcudiyeti AGA lehine yorumlandı. Hastaların demografik verileri, komorbiditeleri; COVID-19 geçirdikleri sıradaki belirtileri, ölçülen en yüksek ateş değerleri, -tetkik edildiyse- en yüksek CRP düzeyleri; COVID-19 tedavisi için aldıkları ilaçları kaydedildi. TE saptanan hastalar anemi, demir eksikliği ya da tiroid bozuklukları gibi sık görülen TE nedenleri açısından araştırıldı. Bu nedenlerden herhangi birini barındırmayan ve COVID-19'dan sonra TE gelişen hastalarla birlikte, anemisi olsa dahi saç dökülmesi yakınması COVID-19 geçirdikten sonra ortaya çıkan olgular COVID-19'a bağlı TE olarak değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizi SPSS v17 kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** Toplamda 204 olgudan 123'ü kadın, 81'i erkekti. Yetmiş beş (%36,7) olguda TE, 85 (%41,7) olguda ise AGA saptandı. COVID-19'a bağlı TE olarak değerlendirilen 57 (%27,9) kişide TE gelişimi COVID-19 PCR pozitifliğinden ortalama 53,76 ( $\pm$  23,772) gün sonraydı. COVID-19'a bağlı TE'ü olan 57 kişi ile geri kalan 146 kişi arasında; yaş ortalamaları, beden kitle indeksleri, COVID-19 tedavisi için hospitalizasyon oranları ve kullandıkları ilaçlar; COVID-19 sırasındaki stres puanları, maksimum ateş değerleri ve maksimum CRP düzeyleri; enfeksiyon belirtilerinin iyileşme süreleri ve -hospitalize edilenlerde- hastanede kalış süreleri açısından anlamlı bir fark bulunmamaktaydı. COVID-19 ile ilişkili TE saptananların oranı kadınlarda (%42,3) erkeklere (%6,2) göre ( $p < 0,001$ ), hipertansiyonu olanlarda (%40,4) olmayanlara (%23,1) göre ( $p = 0,014$ ) ve COVID-19 sırasında respiratuvar semptomu olanlarda (%31,7) olmayanlara (%14) göre ( $p = 0,021$ ) anlamlı şekilde yüksekti. AGA saptanan 85 kişide COVID-19 nedeniyle hastaneye yatış oranı %69,4 ve COVID-19 sırasında ateş görülme sıklığı %69,4 iken, AGA saptanmayan 119 kişide bu oranlar sırasıyla %35,3 ve %54,6'ydı (sırasıyla  $p < 0,001$  ve  $p = 0,033$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** COVID-19, hastalığı geçirenlerin %27,9'unda, hastalığın başlangıcından ortalama 53,7 gün sonra TE tipi saç dökülmesine yol açmaktadır. Ayaktan tedavi edilen COVID-19 hastaları ile yatanlar arasında, sonrasında TE gelişimi açısından fark bulunmamaktadır. COVID-19 sonrası TE gelişimi, hastalık sırasındaki stres düzeyi, ateş, CRP ve hastalık süresi gibi faktörlerden bağımsızdır. Kadınlarda, hipertansiyonu olanlarda ve solunumsal yakınmaları olanlarda, COVID-19'a bağlı TE gelişim riski yüksektir. AGA, literatürle uyumlu biçimde COVID-19'un daha şiddetli geçirilmesiyle ilişkili görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** androjenetik, alopesi, COVID-19, telogen effluvium

## SS-06

### Deri kanser gelişimi tahmininde aktinik keratoz alan ve şiddet indeksinin hekim global değerlendirme ve total lezyon sayısı ile kıyaslanması

Ayda Acar, Işıl Karaarslan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Güneş hasarının bir göstergesi olan aktinik keratozlar (AK) üzerinden skuamoz hücreli kanserler gelişebilmektedir. Aktinik keratoz alan ve şiddet indeksi (AKAŞİ), hem alan kanserleşmesini hem de AK şiddetini değerlendirebilen yeni geliştirilmiş bir yöntemdir. Bu çalışmada AKAŞİ'nin AK hastalarında deri kanser gelişimini tahmin etme yeteneğinin değerlendirilmesi ve AKAŞİ'nin hekim global değerlendirme (HGD) ve total lezyon sayısı (TLS) yöntemleriyle kıyaslanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya AK'ü olan doksan hasta dahil edildi. Her hasta muayene edilerek AK'ları iki dermatolog tarafından AKAŞİ, HGD ve TLS ile değerlendirildi. AKAŞİ, HGD ve TLS değerleri "deri kanseri olan hastalar" ile "deri kanseri olmayan hastalar" arasında karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Ortalama AKAŞİ, HGD ve TLS skorları sırasıyla 4,9, 1,7 ve 9 idi. Deri kanseri olan hastaların AKAŞİ, HGD ve TLS skorları deri kanseri olmayan hastalara göre daha yüksekti (p:0.022, p:0.014, p:0.005). AKAŞİ, HGD ve TLS birbirleriyle çok güçlü korelasyon gösterdi (p<0.001). Melanom dışı deri kanserleri için AKAŞİ eşik değeri 5,1 olarak belirlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** AKAŞİ, HGD ve TLS'nin günlük pratikte veya çalışmalarda AK şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği ve yüksek riskli hastaları ve tedavi seçeneğini belirlemede değerli araçlar olduğu sonucuna varılmıştır. AKAŞİ ek olarak deri kanseri için sayısal bir eşik değeri verme avantajına sahip görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** aktinik keratoz, AKAŞİ, deri kanseri, hekim global değerlendirme, total lezyon sayısı



## SS-07

### Hidradenitis Süpürativa tanılı hastalarda sosyodemografik, klinik özellikler, eşlik eden hastalıklar ve tedavi özelliklerinin değerlendirilmesi: Akdeniz Üniversitesi deneyimi

Kifayat Mammadlı, Aslı Bilgiç, Erkan Alpsoy

Akdeniz Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Hidradenitis Süpürativa (HS) apokrin ter bezlerinin yer aldığı terminal kıl folikülünde, sıklıkla koltuk altı, inguinal ve anogenital alanlarda ve ergenlikten sonra gelişen ağrılı, sinüs traktüsleri ve skarlarla sonlanabilen derin yerleşimli nodül ve apselerle ayırt edilen inflamatuvar bir hastalıktır (1). Son yıllarda akademik çevrelerde hastalığa olan ilgi giderek artmış ve günümüzde en çok çalışılan başlıklardan birisi haline gelmiştir. Literatürde, Türkiye’de HS ile ilgili yapılan az sayıda epidemiyolojik çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmayı Antalya ve çevresinde yaşayan HS hasta popülasyonunun özelliklerini tanımlamak, Türkiye’deki HS hastaları ile ilgili epidemiyolojik verilere katkı sağlamak ve diğer ülkelerden bildirilen verilerle karşılaştırarak farklılıklara dikkat çekmek amacıyla yaptık.

**Yöntem:** Bu çalışmaya, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Dermatoloji Polikliniğinde takip edilen 100 HS tanılı hasta dahil edildi. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, eşlik eden hastalıkları ve tedavi seçenekleri gibi parametrelere retrospektif olarak kayıt programından ulaşıldı. Hastalığın şiddeti her hastada Hurley evrelemesine ve Hekimin Global Değerlendirme skoruna (Hs-PGA) göre sınıflandırıldı.

**Bulgular:** Hastaların 72’si (%72) erkekti. Hastaların (n=100) yaş ortalaması 33,7±12,3 yıl ve hastalık başlangıç yaşı 23,6±10,9 yıldır. Medyan hastalık süresi 7 yıl (min-maks: 0,5-41 yıl) olarak hesaplandı. Hastaların %77’si sigara içtiğini belirtirken, ortalama vücut kitle indeksi 27,97±6,39 kg/m<sup>2</sup> hesaplandı. 22 hastada ailede HS öyküsü mevcuttu. Hastaların %13’ünde hipertrigliseridemi, %12’sinde diyabet, %11’inde psikiyatrik hastalık ve %7’sinde hipertansiyon bulunduğu belirlendi. Hastaların %43’ünde akne öyküsü vardı (Tablo1). HS yerleşim yerlerinin dağılımı incelendiğinde, en sık (%81) koltuk altı ve daha sonra inguinal bölgede (%59) ve kalçalarda (%47) yerleşim olduğu gözlemlendi (Tablo 2). Hastaların hastalık başlangıç bölgesine göre dağılımı değerlendirildiğinde, en sık (%55) koltuk altı, daha sonra inguinal bölgede (%26) ve kalçalarda (%25) hastalığın ortaya çıktığı saptandı (Tablo 3). Hastaların %71 ile çoğunluğu Hurley sınıflandırmasına göre evre 2, %16’sı evre 1 ve %13’ü evre 3’dü. Hs-PGA skora göre hastaların %45’i orta idi. Medyan VAS skoru 6, DYKİ skoru 13 olarak hesaplandı. Tedavide en çok tercih edilen sistemik tedaviler antibiyotikler (%85) ve retinoidler (%41) idi. Yerleşim yerinin koltuk altı (Odds ratio [OR]: 6,997; %95 Güven aralığı [GA]: 1,892-25,878; p=0,004), perianal bölge (OR: 5,189; %95 GA: 1,207-22,311; p=0,043) ve meme altı veya arası (OR: 4,85; %95 GA: 1,234-19,07; p=0,024) olması ile hastalık şiddetinin arttığı gözlemlendi (Tablo 4).

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamız Antalya ve yakın çevresinde HS’nin erkeklerde (%72) daha sık gözlemlendiğini, hastaların %70’inin fazla kilolu ve obez olduğunu göstermektedir. Sigara kullanım oranı erkeklerde (%84,7) kadınlara göre (%57,1) daha yüksekti. Literatürde ilk kez hastalık başlangıç bölgelerinin kronolojisinin araştırıldığı çalışmamızda koltuk altı en sık başlangıç alanı olarak saptandı, bunu inguinal bölge ve kalçalar izledi. Erkeklerde hastalığın koltuk altından, kadınlarda ise kalçalardan başlangıç gösterme sıklığı belirgin derecede yüksek gözlemlendi. Koltuk altı, perianal bölge ve meme altı veya arası yerleşimi olanlarda hastalığın daha şiddetli seyrettiği saptandı. Erkeklerde pubis, perianal bölge, boyun, sırt ve kulak arkası yerleşimi kadınlara göre daha sıklıkla görülmektedir. Bulgularımızı diğer ülkelerden yapılan çalışmalarla karşılaştırdığımızda farklılıklar görülmektedir. Ülkemizden yapılan çalışmalarla daha çok benzer sonuçlara ulaşmamız HS’nin etiopatogenezinde her toplumun kendine özgü genetik, etnik, coğrafik ve kültürel özelliklerinin etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Hasta sayısı sınırlı olsa da, çalışmamız bölgemiz hastalarının epidemiyolojik verilerini ayrıntılı bir şekilde irdeleyerek literatüre katkı sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hidradenitis Süpürativa, sigara, hastalık şiddeti

**Tablo 1 - Hastaların sosyodemografik özellikleri**

Değişkenler	Tüm hastalar (n=100)	Erkek (n=72)	Kadın (n=28)	P
Yaş (yıl)	33,7±12,3	34,5±11,6	31,7±14	0,302
Hastalık başlangıç yaşı (yıl)	23,6±10,9	24±10,3	22,8±12,7	0,622
Hastalık süresi (yıl)	7(0,5-41)	7(0,5-41)	6,5(1-29)	0,380
Meslek				
Nitelikli hizmet üreten	10(10)	8(11,1)	2(7,1)	0,721
Beyaz yakalılar	23(23)	14(19,4)	9(32,1)	0,175
Mavi yakalılar	13(13)	11(15,3)	2(7,1)	0,342
Niteliksiz hizmet üreten	5(5)	5(6,9)	0(0)	0,318
Kendi hesabına çalışan	19(19)	19(26,4)	0(0)	0,003
İş sürecinde yer almayan	30(30)	15(20,8)	15(53,6)	0,001
Medeni durum				
Bekar	55(55)	40(55,6)	15(53,6)	0,858
Evli	45(45)	32(44,4)	13(46,4)	
Eğitim durumu				
İlköğrenim	10(10)	4(5,6)	6(21,4)	0,087
Ortaöğrenim	14(14)	12(16,7)	2(7,1)	
Lise	32(32)	25(34,7)	7(25)	
Yüksekokul	44(44)	31(43,1)	13(46,4)	
Sigara kullanımı				
Hiç içmeyen	77(77)	61(84,7)	16(57,1)	0,003
Aktif içen	23(23)	11(15,3)	12(42,9)	0,010
Bırakan	68(68)	53(73,6)	15(53,6)	
	9(9)	8(11,1)	1(3,6)	
Sigara miktarı (paket/yıl)	16(0,5-80)	20(0,5-80)	13,3(1-40)	0,271
Alkol kullanımı	31(31)	27(37,5)	4(14,3)	0,024
VKİ (vücut kitle indeksi)	27,97±6,39	28,5±6,1	26,62±7,02	
<25	30(30)	18(25)	12(42,9)	0,188
25-30	41(41)	30(41,7)	11(39,3)	0,147
>30	29(29)	24(33,3)	5(17,9)	
Gelir düzeyi				
Düşük	42(42)	23(31,9)	19(67,9)	0,005
Orta	47(47)	40(55,6)	7(25)	
Yüksek	11(11)	9(12,5)	2(7,1)	
Aile öyküsü				
1.derece akraba	22(22)	16(22,2)	6(21,4)	0,931
2.derece akraba	19(19)	14(19,4)	5(17,9)	0,856
	5(5)	3(4,2)	2(7,1)	0,617
Akne	43(43)	31(43,1)	12(42,9)	0,986
Sistemik hastalık	68(68)	51(70,8)	17(60,7)	0,330
Diyabet	12(12)	10(13,9)	2(7,1)	0,501
Hipertansiyon	7(7)	6(8,3)	1(3,6)	0,670
Hipertrigliseridemi	13(13)	8(11,1)	5(17,9)	0,508
Kardiyovasküler hastalık	5(5)	4(5,6)	1(3,6)	0,999
Artrit	5(5)	4(5,6)	1(3,6)	0,999
İnflamatuvar barsak hastalığı	1(1)	1(1,4)	0(0)	0,999
Psikiyatrik hastalıklar	11(11)	9(12,5)	2(7,1)	0,723
Tüberküloz	2(2)	2(2,8)	0(0)	0,999
Diğer	10(10)	3(4,2)	7(25)	0,345

**Tablo 2 - Hastalarda HS lezyonlarının yerleşim yerleri**

Yerleşim yeri, n (%)	Tüm hastalar (n=100)	Erkek (n=72)	Kadın (n=28)	P
Koltukaltı	81(81)	60(83,3)	21(75)	0,340
İnguinal	59(59)	41(56,9)	18(64,3)	0,503
Uyluk iç bölgesi	30(30)	18(25)	12(42,9)	0,080
Pubis	29(29)	26(36,1)	3(10,7)	0,012
Perine	6(6)	5(6,9)	1(3,6)	0,999
Perianal bölge	20(20)	18(25)	2(7,1)	0,045
Kalçalar	47(47)	33(45,8)	14(50)	0,708
Meme altı/arası	27(27)	18(25)	9(32,1)	0,470
Genital bölge	17(7)	14(19,4)	3(10,7)	0,383
Yüz	10(10)	9(12,5)	1(3,6)	0,275
Boyun	13(13)	13(18,1)	0(0)	0,017
Sırt	23(23)	21(29,2)	2(7,1)	0,019
Kulak arkası	11(11)	11(15,3)	0(0)	0,031
Saçlı deri	10(10)	10(13,9)	0(0)	0,058

**Tablo 3 - HS hastalarında başlangıç tutulum yerleri**

Başlangıç bölgesi, n (%)	Tüm hastalar (n=100)	Erkek (n=72)	Kadın (n=28)	P
Koltukaltı	55(55)	44(61,1)	11(39,3)	0,049
İnguinal	26(26)	18(25)	8(28,6)	0,715
Uyluk iç bölgesi	14(14)	8(11,1)	6(21,4)	0,207
Pubis	6(6)	4(5,6)	2(7,1)	0,671
Perine	3(3)	2(2,8)	1(3,6)	0,999
Perianal bölge	5(5)	5(6,9)	0(0)	0,318
Kalçalar	25(25)	14(19,4)	11(39,3)	0,040
Meme altı/arası	5(5)	2(2,8)	3(10,7)	0,132
Vulva/ Skrotum	2(2)	1(1,4)	1(3,6)	0,484
Diğer	10(10)	10(13,9)	0(0)	0,058

**Tablo 4 - Hastalık şiddeti ile ilişkili faktörler**

Değişkenler	Tek değişkenli OR (95% CI)	P	Çok değişkenli OR (95% CI)	P
Hastalık başlangıç yaşı	0,989(0,952-1,028)	0,578	-	-
Cinsiyet (ref:kadın)	1,84(0,717-4,722)	0,205	-	-
Sigara miktarı (p/yıl)	1,027(0,998-1,057)	0,070	1,027(0,987-1,068)	0,188
BKİ (ref:<25)	1,212(0,431-3,406)	0,715	-	-
25-30	1,333(0,432-4,113)	0,617	-	-
>30				
Hastalık süresi	1,097(1,035-1,162)	0,002	1,044(0,969-1,123)	0,257
Yerleşim yeri (ref:yok)				
Koltukaltı	5,472(1,819-16,457)	0,002	6,997(1,892-25,878)	0,004
İnguinal	5,136(1,86-14,18)	0,003	2,387(0,672-8,47)	0,178
Uyluk iç bölgesi	5,292(1,832-15,291)	0,002	2,361(0,639-8,721)	0,197
Pubis	5,955(1,988-17,841)	0,001	2,294(0,591-8,901)	0,230
Perine	8,906(1,644-48,251)	0,011	0,571(0,049-6,635)	0,655
Perianal bölge	8,594(2,612-28,279)	<0,001	5,189(1,207-22,311)	0,027
Kalçalar	2,089(0,862-5,063)	0,103	-	-
Meme altı/arası	8,134(2,562-25,819)	<0,001	4,85(1,234-19,07)	0,024
Genital bölge	5,351(1,636-17,498)	0,006	1,467(0,323-6,654)	0,619
Atipik	3,811(1,424-10,2)	0,008	2,485(0,799-7,727)	0,116
Sistemik hastalık (ref:yok)	1,742(0,698-4,351)	0,235	-	-
Aile öyküsü (ref:yok)	0,93(0,338-2,563)	0,889	-	-

## SS-08

### Eritrodermik kutanöz T hücreli lenfoma hastalarının klinik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi

Hatice Erdi Şanlı, Ayşe Karal Öktem, Beliz Bayındır, Bengü Nisa Akay  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Kutanöz T hücreli lenfomanın (KTHL) en sık görülen tipi olan mikozis fungoidesin (MF) birçok klinik ve histopatolojik varyantı tanımlanmıştır. Sezary sendromu (SS) ise lösemik bileşenli eritrodermik KTHL'dir.

Çalışmamızda eritrodermik KTHL hastalarının demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar parametreleri, tedavi yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği'ne Ocak 2005-Ağustos 2021 tarihleri arasında başvuran ve eritrodermik KTHL tanısı alan 36 hasta retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Kliniğimizde takip edilen 342 MF tanılı hastanın %10,5'inin (n=36) eritrodermi kliniğinin olduğu tespit edildi.

Eritrodermik KTHL ile takip edilen 36 hastadan 26'sı erkek, 10'u kadındı. Yaş ortalaması 63 yaş (36-90) olarak bulundu.

Hastaların %91'inde (n=33) eritrodermi öncesinde yama/plak dönem MF lezyonları bulunmakta iken üç hasta öncesinde lezyon olmaksızın eritrodermi ile başvurdu. Eritrodermi öncesinde yama/plak dönem MF lezyonları bulunan 33 hastanın MF tanısı aldıklarında 28'i (%84.8) erken evre MF (evre IB n=14, evre IIA n=14); beşi (%15.2) ileri evre MF (evre IIB n=3, evre IIIA n=1, evre IVA n=1) ile karakterize idi. Eritrodermik KTHL tanısı aldıklarında hastaların 17'si evre IIIA, 1'i evre IIIB, 18'i evre IVA olarak saptandı.

İlk semptomdan MF tanısına kadar geçen süre ortalama 80,19 ay (3-396), ilk prezantasyonu klasik yama-plak-tümör MF olan hastaların tanıdan eritrodermi tablosu gelişene kadar geçen süre ortalama 54,4 ay (1-204) olarak bulundu.

Eritrodermik KTHL tanılı hastaların dokuzuna SS tanısı konuldu. SS tanısı alan iki hasta öncesinde lezyon olmaksızın eritrodermi ile başvurmuş olup yedi hasta ise öncesinde MF lezyonları olan hastalardı. SS gelişen dokuz hastanın dördü progresif hastalık nedeniyle kaybedildi. SS gelişen hastalarda tanıdan SS gelişimine kadar geçen süre ortalama 52 ay olarak bulundu. Hastaların üçünde KTHL'ye diğer hematolojik maligniteler de eşlik etmekteydi.

Hastaların 12'si folikülotropik, sekizi poikilodermik, ikisi iktiyoziform klinik göstermekteydi. Ayrıca hastaların birinde CD8 pozitifliği, ikisinde CD4 pozitifliği, beşinde CD30 pozitifliği, dokuzunda büyük hücre transformasyonu izlendi.

Eozinofil sayıları ortalama 0,49 hücre/mcL (0-2,24), laktat dehidrojenaz düzeyleri ortalama 426 U/L (102-946), beta-2 mikroglobulin değerleri ortalama 4,5 mg/dL (2,02-10,2) olarak bulundu.

Eritrodermik KTHL ve SS ile takipli hastalarda en sık kullanılan tedavi ekstrakorporeal fotoferezdi. Bunun dışında interferon, peginterferon alfa-2a, asitretin, fototerapi (dUVB, PUVA), brentuksimab, gemsitabin ve diğer kemoterapötik ajanlar ile bunların kombinasyonları tedavide tercih edilen diğer ajanlardı.

Hastaların %41,6'sı (n=15) tedavi altında aynı klinik evre ile (stabil klinik) takip edildi. Tedaviye dirençli ileri evre hastaların sekizinde kemik iliği transplantasyonu yapıldı. Kemik iliği transplantasyonu yapılan hastaların üçünde tam remisyon sağlandı. Bu üç hasta hastalıksız olarak ortalama 36 ay (12-60) yaşadı. Tam remisyon görülen toplam 3 hastanın üçünde de sonrasında nüks görülmedi. Hastalık ile en uzun süre yaşayan hasta 120 ay yaşamış olup 27 hastanın halen klinik takipleri devam etmektedir. Halen yaşayan 27 hasta kliniğimizde eritrodermik MF tanısından sonra ortalama 36 aydır (0,2-120) takip edilmektedir.

Exitus olan dokuz hastadan ölüm nedenine ulaşılabilenlerden bir hasta ani kardiyak ölüm, iki hasta septik şok, bir hasta pnömoni, bir hasta dissemine intravasküler koagülasyon nedeniyle kaybedilmiştir.

**Tartışma ve sonuç:** Eritrodermik MF ve SS iç içe geçmiş agresif seyirli lenfomalardır. MF progresif bir hastalıktır ve eritrodermik MF hastalarının %84.8'i erken evre MF'ten progrese olmuştur. Eritrodermik MF, sezary sendromundan prognostik açıdan daha ılımlı olup tedavi ve takip planlarında bu tabloların ayrılması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Eritrodermik kutanöz t hücreli lenfoma, Mikozis fungoides, Sezary sendromu

## SS-09

### Behçet hastalarında nötrofil/lenfosit oranı, sedimentasyon ve C-reaktif protein düzeylerinin hastalık aktivitesi ve hedef organ tutulumlarına göre incelenmesi

Dilek Mentemşoğlu, Nilgün Atakan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Behçet hastalığı oral aft ve genital ülserlerle karakterize kutanöz, oküler, eklem, vasküler, santral sinir sistemi ve gastrointestinal tutulumun da görülebildiği multisistemik her çeşit ve boyuttaki damarı etkileyebilen vasküler inflamatuvar bir hastalıktır. Behçet hastalığında aktivasyonu gösteren spesifik bir laboratuvar testi bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, nötrofil/lenfosit oranı (NLR), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve C-reaktif protein (CRP) düzeylerinin aktif ve inaktif dönemdeki Behçet hastaları ve hedef organ tutulumuna göre ilişkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya, Haziran 2014-Eylül 2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Behçet hastalığı tanısı ile takip edilen 18 yaş ve üzerindeki toplam 513 hasta dahil edildi. Hastaların tıbbi verileri ve laboratuvar bulguları hastanenin elektronik veri sisteminden retrospektif olarak toplandı. Hastalar Behçet hastalığı yönünden klinik durumuna göre aktif (n=355) ve inaktif (n=158) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik bulgular ve hastalığa ilişkin verilerin yanı sıra aktif hastalık dönemindeki klinik özellikler; deri ve mukoza belirtileri, organ ve sistem tutulumlarına ait bulgular kaydedildi. Serum NLR, ESR ve CRP düzeyleri aktif ve inaktif gruplar arasında ve hedef organ tutulumlarına göre incelendi. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için ortanca (minimum-maksimum), kategorik değişkenler için ise vaka sayısı ve yüzde (%) olarak gösterildi. Normal dağılıma Shapiro-Wilk testi ile bakıldı. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği bağımsız gruplarda t testi ile araştırıldı. Kategorik değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher exact testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki araştırılırken Pearson korelasyon testi ile değerlendirildi. NLR, ESR ve CRP düzeylerine yaş, cinsiyet ve komorbiditelerin etkisi olup olmadığına ANCOVA testi ile bakıldı. Çalışmadaki tüm istatistiksel analizlerde 0,05'ten küçük olan p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Aktif Behçet hastalarında ortalama NLR, ESR ve CRP düzeyleri inaktif Behçet hastalarına göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (tümü  $p < 0.001$ ). Aktif Behçet hastalarında genital ülseri olanlarda ortalama ESR düzeyi ( $p = 0.047$ ); eritema nodozum benzeri lezyonu olanlarda ortalama ESR düzeyi ( $p = 0.028$ ); nörolojik tutulum olanlarda ortalama NLR ( $p = 0.008$ ); kardiyovasküler tutulum olanlarda ortalama NLR, ESR ve CRP düzeyleri (sırasıyla  $p = 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ancak oral aft, süperfisyal tromboflebit ve papülopüstüler lezyonu olanlarda, göz, kas-iskelet sistemi ve gastrointestinal sistem tutulumu olanlarda NLR, ESR ve CRP düzeyleri arasında, tutulum olmayanlara göre istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Behçet hastalığında NLR, ESR ve CRP düzeyleri, Behçet hastalığı aktivasyonunu öngörmede ve özellikle önemli organ tutulumlarından olan nörolojik ve kardiyovasküler sistem tutulumlarında laboratuvar belirteci olarak klinisyene yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Hastalığı, hastalık aktivitesi, NLR, ESR, CRP

## SS-10

### Orta ve şiddetli atopik dermatitli erişkin hastalarda Dupilumabın etkinlik ve güvenliği: Gerçek yaşam verisi

Andaç Salman<sup>1</sup>, Özlem Apti Şengün<sup>1</sup>, Meryem Aktas<sup>1</sup>, Oktay Taşkapan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** IL-4Rα üzerinden IL-4 ve IL-13 sinyallerini bloke eden Dupilumab, 2017'de FDA tarafından orta veya şiddetli atopik dermatit(AD) için onaylandıktan sonra AD tedavisinde önemli tedavi seçeneklerinden biri olmuştur. Ülkemizde de sistemik kortikosteroid ve siklosporin seçeneklerini tüketen orta veya şiddetli AD erişkin hastalarında geri ödeme kapsamındadır. Randomize kontrollü çalışmalarda etkinlik ve güvenliği gösterilen Dupilumabın gerçek yaşam koşullarındaki etkinlik ve güvenlik verileri kısıtlıdır. Bu çalışmada Dupilumabın gerçek yaşam koşullarında orta/şiddetli AD tedavisindeki etkinlik ve güvenliğini incelemeyi amaçladık

**Yöntem:** Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, erişkin AD polikliniğinde takip edilen, Mart 2019 ile Haziran 2021 tarih aralığında en az 3 ay süreyle Dupilumab tedavisi almış hastaların klinik ve demografik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, poliklinik ziyaretlerinde hastalık şiddetini değerlendirmek için kullanılan EASI, PGA skorları ve hastalar tarafından subjektif olarak değerlendirilen VAS-kaşıntı/uykusuzluk skorları ve yan etkiler kaydedildi. Herhangi bir sebeple tedaviye en az 3 ay ara verilerek tekrar başlanması, yeni bir tedavi kürü olarak kabul edildi. Hastalık şiddet skorları aynı hekim tarafından hesaplandı.

**Bulgular:** Çalışmaya 20 hasta ve 22 tedavi kürü dahil edildi. Ortalama yaş  $43.95 \pm 16.24$  ve ortalama tedavi süresi  $11.45 \pm 7.08$  ay olarak bulundu. EASI, PGA, VAS kaşıntı/uykusuzluk skorlarında bazal değerlendirmeye göre tedavi sonrasında anlamlı azalma saptandı. EASI-50, EASI-75, EASI-90 ve PGA0/1 yanıtlarına ulaşan hasta oranları sırasıyla %93,3, %80, %46,6 ve %77,2 olarak belirlendi. VAS-kaşıntı ve VAS-uykusuzluk skorlarında anlamlı düşüş kaydedildi. Veri kaydı sırasında hastaların %63'ü tedaviye devam etmekteyken, ikisi remisyon ve üçü yanısızlık nedeni ile toplam 5 hastada tedavi kesilmişti. En sık görülen yan etki konjonktivit (%40,9) olarak saptanırken, fasyal eritem (%9,1), HSV enfeksiyonu(%4,5), folikülit(%4,5) diğer yan etkiler olarak kaydedildi. Yan etki nedeni ile tedavinin sonlandırılması gereken hasta olmadı. Tedaviye ara verildikten sonra yeniden başlanan 2 hastada ilk tedavi kadar etkili yanıtlar elde edildi. COVID-19 pandemisi nedeniyle kendi isteğiyle tedaviye ara veren 3 hasta dışındaki hastalar pandemi sürecinde tedaviye devam etti. Tedavi altında COVID-19 tanısı alan bir hasta, hastalığı O2 desteği ihtiyacı olmadan hafif olarak geçirdi.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamız literatürle uyumlu olarak Dupilumabın hastaların yaklaşık yarısında EASI-90 yanıtını sağlayan etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu gösterdi.

**Anahtar Kelimeler:** atopik dermatit, dupilumab, gerçek yaşam verisi

## SS-11

### Türkiye’de psoriasis hastalarında Psoriatik Artrit Tarama Anketinin (TUPAST) geliştirilmesi ve Toronto Psoriatik Artrit Tarama Anketi (TOPAS 2) ile karşılaştırılması

Begüm Güneş<sup>1</sup>, Ozan Volkan Yurdakul<sup>2</sup>, Elif Demirbağ<sup>2</sup>, Ayşegül Yabancı<sup>3</sup>, Didem Dizman<sup>1</sup>, Nazan Taşlıdere<sup>1</sup>, Nahide Onsun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Psoriasis pek çok komorbiditesi bulunan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Önemli komorbiditelerinden biri olan ve prevalansı %30’ları bulabilen psoriatik artritte, geri dönüşümsüz eklem hasarı görülebilmesi nedeniyle erken tanı konulması ve tedavi edilmesi çok önemlidir. Çalışmamızın amacı dermatoloji polikliniklerinde kolaylıkla uygulanabilecek ve Türk popülasyonuna uygun bir psoriatik artrit tarama anketi oluşturmaktır. Bu sayede atlanan tanı sayısının azaltılması ve erken tedaviye başlanarak geri dönüşümsüz eklem hasarının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Öncelikle literatür taraması ve uzman görüşleri ile (Dermatoloji ve Fizik tedavi kliniklerince) bir soru havuzu belirlendi. Psoriasis hastalarına bu soru havuzundan oluşan anketimiz uygulandı. Soru havuzunda belirlenen 29 soruya daha sonra kapsam geçerliliği uygulandı ve kapsam geçerlilik indeksi 0.9 olacak şekilde soru sayısı 12’ye düştü.

Hastaların hepsi fizik tedavi-romatoloji polikliniği tarafından görülerek fizik muayeneleri yapıldı ve psoriatik artrit tanısı CASPAR (Clasification criteria for psoriatic arthritis) kriterlerine ve ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society) aksiyel ve periferik spondiloartrit tanı kriterlerine dayanılarak koyuldu. Ayrıca hasta grubumuzun tamamına daha önceden türkçe validasyonu bulunan ve yüksek spesitivite ve sensitivite oranlarına sahip TOPAS 2 anketi uygulandı. Elde edilen verilere göre istatistiksel olarak anlamlı sorular belirlenerek, Türk popülasyonuna uygun yeni anket (TUPAST:Türk Psoriatik Artrit Tarama Anketi) oluşturulmuş oldu. Ayrıca yaş, cinsiyet, aile öyküsü, eklem tutulumu tipi, psoriasis tipi vb birçok veri de kaydedilerek özellikle eklem tutulumu olan ve olmayan grup arasında karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya katılmayı kabul eden 200 hastanın (99 erkek, 101 kadın) ortalama yaşı 46,8 ( $\pm 13.1$ , 8-75), ortalama hastalık süresi 19,15 yıl ve ortalama Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI) skoru ise 2,82’idi. Hastaların %35,5’unda tırnak tutulumu, %12,5’unda invers tutulum, %39’unda ise saçlı deri tutulumu mevcuttu. Hastaların 81’inde (%40,5) artrit saptandı. En sık artrit tipi 46 hasta ile spondilopati oldu. Psoriatik artrit (PsA) olan grupta kadın cinsiyet hakimiyeti istatistiksel anlamlıydı ( $p < 0.005$ ). Yine PsA olan grupta tırnak tutulumu ve invers tutulum istatistiksel anlamlı olarak daha çoktu ( $p < 0.005$ ). HLA B 27 pozitifliği açısından 2 grup arasında anlamlı fark yoktu. TUPAST için ROC (Alıcı işlem karakteristikleri) eğrisi analizi yapıldığında; Youden J indexine göre hesaplanan cut off değeri  $> 3$  olarak elde edildi. Cut off değerinin duyarlılığı %82,72 ve özgüllüğü %69,23 olarak hesaplandı. TUPAST ölçeğinin doğruluğu ise; %75 olarak elde edildi. TOPAS 2 bizim hasta popülasyonumuzda uygulandığında ise duyarlılığı %79, spesitivitesi ise %55,5’idi. Bu durum özellikle TOPAS 2 ile atlanan spondilopati hastalarının TUPAST ile yakalanmasına bağlıdır.

**Tartışma ve Sonuç:** Psoriatik artrit tanısında dermatologlara büyük görev düşmektedir. Kalıcı eklem hasarı gelişmeden tanı konulabilmesi için hastalar dermatoloji vizitleri esnasında sorgulanmalıdır. Bu sorgulamalarda anketlerden yararlanılabilir. TUPAST diğer psoriatik artrit tarama anketleriyle karşılaştırılabilir oranda psoriatik artrit saptamada başarılı, kolay ve pratik bir ankettir. Geliştirilen anketin daha çok hastada uygulanması faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Psoriasis, Psoriatik artrit, TOPAS 2, TUPAST

## SS-12

### Psoriasis hastalarında serum wnt5a düzeylerinin interlökin-17 ve hastalık şiddetiyle ilişkisi

Beyza Nur Deveci, Filiz Canpolat, Selda Pelin Kartal

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

**Giriş ve Amaç:** Psoriasis genetik yatkınlık zemininde tetikleyici faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan kronik seyirli inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Psoriasisde inflamasyon deriye sınırlı olmayıp çok sayıda doku ve organı etkilemektedir. Psoriasisin patogenezi henüz net olarak aydınlatılmamıştır. Hastalığın patogeneziyle ilgili çok sayıda yeni yolaklar araştırılmaktadır. Wnt5a non-kanonik ( $\beta$ -katenin bağımsız) sinyal yolağında görevli, çok sayıda fizyolojik ve patolojik süreçlerde rol oynayan bir proteindir. Son yıllarda özellikle inflamatuvar hastalıkların patogenezinde rol aldığına dair çalışmalar mevcuttur. Psoriasisde Wnt5a'nın patogenezdaki rolünü araştıran moleküler çalışmalar mevcuttur. Literatürde psoriasis hastalarında serum Wnt5a düzeyleriyle ilgili yapılmış yalnızca bir çalışma vardır. IL-17 ise psoriasis patogenezinde rol alan temel efektör sitokindir. Psoriasisli hastalarda serum ve lezyonel dokuda IL-17 düzeylerinde artışın gösterildiği çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda serum Wnt5a'nın psoriasis patogenezindeki rolünü, IL-17 düzeyleri ve hastalık şiddetiyle ilişkisini değerlendirilmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamıza dermatoloji polikliniğine başvuran son 1 aydır sistemik tedavi almayan ve eşlik eden komorbiditesi olmayan 40 plak psoriasis hastası ve 30 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Katılımcılara ait demografik veriler kaydedildi. Bel çevresi ve vücut kitle indeksi kaydedildi. Serum Wnt5a, IL-17, lipid, HOMA-IR düzeyleri ölçüldü. Hasta grubunun hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, tırnak tutulumu sorgulandı. PAŞİ skorları hesaplandı.

**Bulgular:** Serum Wnt5a düzeyi hasta grubunda  $4.94 \pm 3.98$  ng/mL, kontrol grubunda  $5.48 \pm 5.56$  ng/mL olarak bulundu. Hasta grubunda serum Wnt5a düzeylerinde sağlıklı kontrollere göre anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.972$ ). Hasta grubunda serum Wnt5a düzeyleri ile PAŞİ arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p=0.710$ ). Serum Wnt5a düzeyi ile IL-17 düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p=0.491$ ). Hastaların serum IL-17 düzeyleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı olmasa da yüksek bulundu ( $p=0.058$ ). Hastaların serum IL-17 düzeyleri ile PAŞİ arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p=0.082$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında serum Wnt5a ve IL-17 düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı. Serum Wnt5a ve IL-17 düzeyleri ile PAŞİ arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Serum Wnt5a düzeyi ile IL-17 düzeyi arasında korelasyon saptanmadı. Bu sonuçlarla Wnt5a'nın psoriasis patogenezinde artan bir belirteç olmadığı sonucuna varıldı. Wnt5a'nın psoriasis patogenezindeki rolünü açıklamak için geniş hasta popülasyonu içeren yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** interlökin-17, psoriasis, wnt5a



## SS-13

### Hidradenitis süpürativa tanılı hastalarda serum adiponektin, leptin, resistin ve fosfolipaz A2 düzeylerinin değerlendirilmesi

Hatice Pelin Demirel Bulut<sup>1</sup>, Fadime Kılıncı<sup>1</sup>, Esra Oğuz Fırat<sup>2</sup>, Yıldız Hayran<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Hidradenitis süpürativa (HS), sıklıkla aksiller, inguinal ve inframammarial bölgelerde yerleşen abse, nodül, sinüs traktları ve skarlar ile karakterize, kıl folikülünün kronik, enflamatuvar bir hastalığıdır. Genel prevalansının %1 olduğu düşünülmekte ve en sık 20-44 yaş aralığında genç erişkinleri etkilemektedir. Etyopatogenezi kesin olarak bilinmemekle birlikte, genetik ve çevresel faktörler, hormonlar, obezite, sigara suçlanmaktadır. Enflamasyon da patogeneizde önemli rol oynamaktadır.

Adipokinler olarak bilinen yağ dokusu kaynaklı mediatörler enflamasyon başta olmak üzere, vücutta bir çok farklı görevde yer almaktadır. Bunlardan leptin ve resistin proenflamatuvar; adiponektin ise anti-enflamatuvar özelliktedir. Lipoprotein ilişkili fosfolipaz A2(PLA2) ise oksidatif stres ve enflamasyonda rol alan, ateroskleroz gelişimini gösteren önemli bir belirteçtir. HS'ye eşlik eden en sık komorbiditelerden olan metabolik sendrom, ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesinde PLA2 ve adipokinler bir belirteç olabilir.

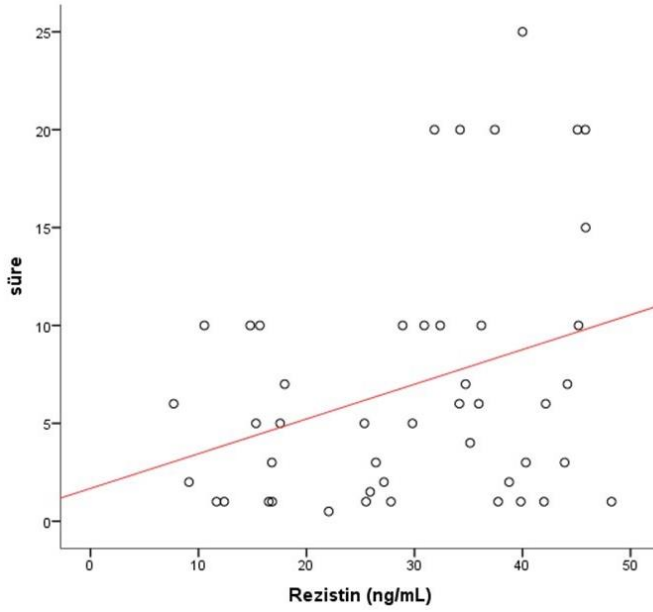
Biz de bu çalışmada HS hastalarında serum adiponektin, leptin, resistin ve PLA2 düzeylerini araştırıp; hastalık şiddeti ve eşlik eden metabolik sendrom ve kardiyovasküler risk ilişkisini, bu moleküllerin HS patogenezindeki yerini ortaya koymayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya HS tanılı 46 hasta ile yaş ve cinsiyet bakımından eş 40 kontrol grubu dahil edildi. Katılımcılara ait demografik özellikler, sigara kullanımı sorgulandı. HS hastaları için Hurley evrelemesi yapıldı. Hem kontrol, hem hasta grubunda boy, kilo, VKİ, bel çevresi, sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümleri yapıldı. Hastalardan alınan kan örneklerinde CRP, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), açlık kan şekeri, total kolesterol, trigliserid, HDL ve LDL düzeyleri ile serum adiponektin, leptin, resistin ve PLA2 değerleri ELİSA yöntemiyle ölçüldü. Hastaların ateroskleroz riskini ortaya koymak amacıyla plazma ateroskleroza indeksi (PAİ) hesaplandı. İstatistiksel karşılaştırmalarda P<0,01 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 46 hidradenitis süpürativa hastasının 24'ü (%52,2), kontrol grubunun 19'u (%47,5) kadındı. Hasta ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet dağılımı açısından benzer olup yaş ortanca değeri 30 (ÇAA:23-40) olarak hesaplandı. Hastaların 27 (%58,7)'si aktif sigara içicisi, Hurley evreleme sistemine göre 20'si evre 1 (%43,5), 13'ü evre 2 (%15,1) ve 13'ü evre 3 (%15,1)tü. Sigara içen hastalarda evre anlamlı olarak daha yüksek izlendi (p=0,035). Serum PLA2, leptin, resistin ve adiponektin düzeyleri, hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu (p<0,001). HS hastalarında leptin, adiponektin ve resistin düzeyleri kadın hastalarda daha yüksek saptandı. CRP ve ESH değerleri hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksekti (p sırasıyla <0,01 ve <0,003). Metabolik sendromu olan HS hastalarında PAİ değeri anlamlı olarak yüksekti (p<0,001). Metabolik sendromu olan hastalarda, olmayanlara göre adiponektin düzeyleri yüksekti (p=0,04). PAİ değeri ile hastalık evresi arasında anlamlı korelasyon izlendi (p=0,044, r=0,29). PAİ ile bel çevresi ve VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon izlendi (p ve r değerleri sırasıyla p=0,003, p=0,001 ve r=0,3, r=0,35).

**Tartışma ve Sonuç:** Bu çalışma HS'de PLA2 düzeyinin araştırıldığı ilk çalışmadır. HS hastalarında artmış PAİ ve PLA2 düzeyleri gelişmekte olan aterosklerozun göstergesi olabilir. Hastalık şiddeti arttıkça kardiyovasküler risk artmaktadır. HS hastalarında eşlik eden metabolik sendrom da kardiyovasküler riski artırabilir. Artan leptin ve resistin düzeylerinin enflamasyonu tetiklediği, adiponektinin ise enflamasyonu baskılamak amacıyla kompensatuvar olarak artmış olabileceğini, PLA2'nin de hastalardaki erken aterosklerozun bir belirteci olabileceğini düşünmekteyiz. Adipokinlerin ve PLA2'nin HS patogenezindeki yerinin anlaşılabilmesi ve olası hedefe yönelik tedavi seçenekleri için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Adipokin, ateroskleroz, fosfolipaz A2, hidradenitis süpürativa, sigara

**Şekil 1. HS hastalarında hastalık süresi ve resistin düzeyi arasındaki korelasyon****Tablo 1. Hidradenitis süpürativa demografik özellikler**

Hastalık süresi ortanca değeri	5 yıl(ÇAA: 1,13-10)
Aile öyküsü	
Var	12 (%26,1)
Yok	34 (%73,9)
Daha önce aldığı tedavi	
Var	16 (%34,8)
Yok	30 (%65,2)
Hurley evrelemesi	
Evre 1	20
Evre 2	13
Evre 3	13
Ek hastalık	
Var	13 (%26,4)
Yok	33 (%73,6)
Sigara kullanımı	
Var	27
Eski içici	2
Yok	17

ÇAA: çeyrekler arası aralık

**Tablo 2. Hidradenitis süpürativa hastaları ve kontrol grubunda serum resistin, PLA2, leptin ve adiponektin düzeyleri**

Serum düzeyleri, median(ÇAA)	Hasta	Kontrol	p değeri
Resistin (pg/mL)	31370 (17372-399880)	16015 (10520-19575)	<0,001
PLA2 (ng/mL)	121,6(89,8-139,13)	93,5 (69,4-119,2)	<0,001
Leptin (pg/mL)	326(149-946)	135,7(63-550)	<0,001
Adiponektin (ng/mL)	7807(3803-13152)	3991(2248-5753)	<0,001

ÇAA: çeyrekler arası aralık, PLA2: Fosfolipaz A2, p değeri < 0,05

## SS-14

### Traneksamik kompleks %2 Serum ve %2 kremin birlikte kullanımının melazma tedavisindeki etkinlik ve güvenlik verileri

Züleyha Özgen, Elif Cömert Özer, Fatma Selcen Hoşgören Tekin

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

**Giriş ve Amaç:** Melazma, en sık olarak güneşe maruz kalan yüz bölgelerinde meydana gelen, simetrik, düzensiz sınırlı hiperpigmente yamalarla karakterize yaygın edinsel bir bozukluktur. Genç-orta yaş kadınlarda ve Fitzpatrick deri tipi 3-5 olanlarda daha sık görülmektedir. Ortaya çıkmasını tetikleyen faktörler arasında güneş maruziyeti, hamilelik, oral kontraseptif, hormon replasman tedavisi sıralanabilir. Traneksamik asit, antiplazmin özellikleri nedeniyle anjiyogenezi inhibe ederken Il-6, TNF- $\alpha$  gibi proinflamatuvar sitokinleri azaltarak inflamasyonu baskılayan, tirozinkinazı bloke ederek melanin pigmenti oluşumunu azaltan fibrinolitik bir ajandır. Melazma tedavisinde sistemik, intradermal, lazer veya mikroigneleme sonrası ya da tek başına topikal kullanımının etkinliği çeşitli olgu sunumları ve çalışmalar ile gösterilmiştir. Dermoskin® tarafından desteklenen ve yine Dermoskin® ürünleri kullanılan bu çalışmada, traneksamik asidin serum ve krem formülasyonlarının melazmanın topikal tedavisinde birlikte kullanımının etkinlik ve güvenliğini incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Melazma hastalığında etkinliği ve güvenliği araştırılacak olan Dermoskin® Be Bright traneksamik kompleks serum(traneksamik asit, pantenol, niyasinamid, vitamin E, hyaluronik asit) ve Dermoskin® Be Bright traneksamik kompleks krem(traneksamik asit, vitamin C, niyasinamid, vitamin E, hyaluronik asit) sabah akşam, 20 dakika ara ile topikal olarak uygulanması hastalara anlatıldı. Hastalar toplam 4 hafta süre ile tedaviyi düzenli olarak uyguladıktan sonra kontrol vizitine çağırıldı. Toplamda 21 hastanın; tedavi öncesi ve 4 hafta sonrası fotoğrafik değerlendirme, modifiye MASI(Melazma assesment index), doktor ve hastanın global değerlendirmesi, skinolorcatch cihazı ile melanin pigment düzeyinin numerik değerlendirilmesi ve moisturemeter cihazları ile de cilt nemi numerik olarak ölçüldü. Çalışmamızın etik kurul onayı mevcuttur.

**Bulgular:** Kontrol vizitleri tamamlayan 21 hastanın 1'i erkek, 20'si kadındır. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalamaları 39,4( $\pm$  6,8)'dir. Wood ışık altında değerlendirildiğinde; 16 hastanın epidermal, 5 hastanın mikst tipte melazmasının olduğu saptandı. Modifiye MASI değerleri ortalaması 4,05( $\pm$ 3,15)'den 2,3 ( $\pm$ 2,8)'e gerilemiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hekimin global değerlendirmesine göre çalışmayı tamamlayan 21 hastanın hiçbirinde kötüleşme olmazken, 19'unda (%85,71) çeşitli derecelerde iyileşme saptanmıştır. Bunların 6'sı minimal, 5'i orta, 2'si iyi, 6'sı çok iyi derecede iyileşme göstermiştir. Hastaların global değerlendirmelerine göre daha iyi olduğunu söyleyen hasta oranı yine %85,71'dir. 4 hastada hafif şiddette, 1 hastada orta şiddette yan etki görülmüş olup, yan etkiler tedavi kesilmesini gerektirmemiştir. MoistureMeter epid, DelfinTM cihazı ile epidermal nem %46 ( $\pm$ 9) ortalama değerinden %46,94 ( $\pm$ 8,26) değerine yükselmekle birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. MoistureMeter SC, DelfinTM cihazı ile de epidermin en üst tabakası olan stratum korneum nemi değerlendirildiğinde; stratum korneum nem ortalaması 32,13( $\pm$ 15)'den 42,1 ( $\pm$ 18,28)'e yükselmiştir. Bu sonuç; tedavi ile derinin üst tabakasının nem kapasitesinin arttığını göstermektedir ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. SkinColorCatch, DelfinTM cihazı ile derinin melanin pigmenti değerlendirme sonuçlarına göre; melanin pigment ortalaması 609 ( $\pm$ 45) değerinden 595,15 ( $\pm$ 41,68) değerine düşmüştür. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmasa da melazma koyuluğunun azaldığını, iyileşmenin olduğunu desteklemektedir. Yine aynı cihaz ile yapılan ITA değerleri ölçümleri ortalaması 27,27 ( $\pm$ 10,81) değerinden 30,79 ( $\pm$ 9,5) değerine yükselerek renk tonunun açıldığını yani melazma hastalığının iyileşme gösterdiğini desteklemektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamız Traneksamik kompleks krem ve serumun birlikte kullanımının Melazma hastalığında oldukça etkili olduğunu göstermektedir. Traneksamik kompleks krem ve serum melazma hastalığı tedavisinde etkin ve güvenli bulunmuş olup hastalar tarafından oldukça iyi tolere edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** kombine tedavi, melazma, pigmentasyon, topikal, traneksamik asit

**Hasta fotoğrafları**



*Hastanın tedavi öncesi fotoğrafı*

**Hasta fotoğrafları**



*Hastanın dört haftalık traneksamik kompleks serum ve krem tedavisi sonrası*

## SS-15

### Orta ve şiddetli psoriasis olan hastalarda ixekizumab tedavisi: gerçek yaşam verileri

Neslihan Demirel Öğüt<sup>1</sup>, Sema Koç Yıldırım<sup>1</sup>, Ece Erbağcı<sup>1</sup>, Aslı Hapa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

<sup>2</sup>Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** İnterlökin 17A'ya (IL-17A) seçici olarak bağlanan bir monoklonal antikor olan ixekizumab, hızlı etki başlangıcı ve güvenlik verileri ile orta ve şiddetli psoriasis hastalarında öne çıkan tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Ülkemizde 2019 yılından bu yana kullanılmakta olan ixekizumab ile ilgili daha önce ülkemizden bildirilen gerçek yaşam verisi henüz bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı gerçek yaşamda psoriasis hastalarında ixekizumab tedavisinin etkinlik ve güvenliğini değerlendirmektir.

**Yöntem:** En az 24 hafta ixekizumab tedavisi alan, orta ve şiddetli plak psoriasis olan 82 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tedavi etkinliğini değerlendirmek için hastaların 4, 12, 24 ve 52. hafta Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI) değerleri analiz edildi. Daha önce biyolojik ajana maruz kalma, eşlik eden artrit varlığı ve tedavisi güç vücut bölgesi tutulumu gibi parametrelere göre alt grup analizleri yapıldı.

**Bulgular:** En az 24 hafta süreyle ixekizumab tedavisi almış ve ortalama takip süresi  $12 \pm 3,8$  ay olan 35 (%42,7) kadın ve 47 (%57,3) erkek toplam 82 hastanın verileri analiz edildi. Hastaların yaş ortalaması  $44,6 \pm 15,6$  ve başlangıç ortanca PASI skoru 15 (IQR:8)'ti. Hastaların %82,9'u biyolojik naifti. Hastaların 4, 12, 24 ve 52. haftalarda sırasıyla %68,3, %92,4, %93,1 ve %92,3'ünün PASI değerlerinde %75 ve daha fazla iyileşme; sırasıyla %60, %86,1, %88,9 ve %86,5'inin PASI değerlerinde %90 ve daha fazla iyileşme olduğu gözlemlendi. Hastalar arasında PASI100 değerine ulaşma oranı 4, 12, 24 ve 52. haftalarda sırasıyla %16,7, %26,6, %26,4 ve %17,3'tü. Takip süresince 45 (%55) hastada enjeksiyon yeri reaksiyonu görülürken, 1 hastada (%1,2) uzamış diyare sebebiyle tedavi kesildi. Sınırlı klinik iyileşme veya yanıtızlık sebebiyle 3 (%3,6) hastanın tedavisi sonlandırıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Gerçek yaşam verilerinin değerlendirildiği bu çalışmanın sonuçları, orta ve şiddetli plak psoriasis olan hastalarda ixekizumab tedavisinin hızlı yanıt alınan etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** biyolojik ajan, ixekizumab, interlökin-17, psoriasis

## SS-16

### Psoriasis hastalarında FMF gen mutasyonunun araştırılması

Mustafa Tosun, Rukiye Yasak Güner, Mahir Dıġış

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Sivas

**Giriş ve Amaç:** Psoriasis Vulgaris toplumun %2-3'ünü etkileyen ve toplumda sık görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Türkiyedeki psoriasis prevalansı ise % 0.42'dir. Psoriasis hastalığı genetik ve çevresel faktörlerin etkilediği kompleks bir hastalıktır. Anormal epidermal farklılaşma ile birlikte de novo keratinosit proliferasyonu, ana histopatolojik süreçtir. Psoriasis hastalığı, immun sistem aracılığı ile özellikle T lenfositler tarafından keratinosit stimülasyonu ile oluşmaktadır. Psoriasis ile Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) arasındaki ilişki ile ilgili vaka raporları bildirilmiştir. Barut ve arkadaşları pediatrik FMF hastalarında psoriasis sıklığını yüksek bulmuşlardır. FMF hastalarındaki doğal bağışıklık sistemi keratinosit stimülasyonuna neden olabilir ve bu da iki hastalığın birlikte görülmesine yol açabilir.

Bu çalışmanın amacı Psoriasis hastalarında FMF gen mutasyonu sıklığının araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmaya Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniğinde takipli 40 Psoriasis Vulgaris hastası alınmıştır. Çalışmamızda hastaların psoriatik artrit mevcudiyeti, Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI) değerleri ve FMF gen mutasyon varlığı incelenmiştir. Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS (ver:22,0) programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinde (Kolmogorov - Simirnov ) bağımsız iki gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken, student t testi, parametrik test varsayımlar yerine getirilemediğinde, bağımsız iki gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken Man Whitney U testi ve sayımla elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Khi-kare testi kullanılmış ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

**Bulgular:** 23 (%57.5) kadın, 17 (%42.5) erkek olmak üzere çalışmaya 40 hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması  $46.35 \pm 12.40$  olarak bulunmuştur. Ortalama PASI değeri  $7.43 \pm 2.63$  idi. 25 hastada (%62.5) psoriatik artrit mevcut iken, 15 hastanın (%37.5) psoriatik artriti yoktu. Psoriasis hastalarının 15 (%37.5)'inde FMF gen mutasyonu saptanırken, 25 (%62.5)'inde FMF gen mutasyonu saptanmamıştır. Psoriatik artriti olan psoriasis hastaları ile psoriatik artriti olmayan hastalar arasında FMF gen mutasyonu görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Ancak psoriasis hastalarında FMF mutasyonu görülme sıklığı % 62.5 oranı ile yüksek bulunmuştur.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızda psoriasis hastalarında FMF gen mutasyonu sıklığı yüksek saptanmıştır. Psoriatik artriti olan psoriasis hastalarında FMF gen mutasyonu sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Erden ve arkadaşları normal popülasyonda % 0.42 olan psoriasis sıklığını FMF hastalarında % 3.7 olarak bulmuşlardır. FMF'de mutant Pyrin gen ekspresyonu interlökin-1artışına neden olmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda interlökin-1'in T helper 17 diferansiyasyonuna sebep olduğu gösterilmiştir. Bu da derideki keratinositlerin döngüsünün artmasına neden olmakta ve psoriasis yol açmaktadır. Sonuç olarak psoriasis hastalarının takibinde FMF'in psoriasis ile birlikte bulunabileceği veya sonradan görülebileceğinin göz önünde bulundurulması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Psoriasis, FMF, Gen mutasyonu

## SS-17

### Otoimmün büllöz hastalıkların tedavisinde rituksimab ve intravenöz immünglobulin tedavilerinin değerlendirilmesi: Tek merkezden gerçek yaşam verileri

Leyla Huseynova Terzi<sup>1</sup>, Neslihan Akdoğan<sup>2</sup>, Sibel Doğan Günaydın<sup>2</sup>, Nilgün Atakan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Orta Doğu Hastanesi

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Rituksimab (RTX) ve intravenöz immünglobulinin (İVİG) özellikle pemfigus vulgaris (PV) olmak üzere otoimmün büllöz hastalıkların (OBH) tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma ile RTX, İVİG ve her ikisinin kombine rejiminin PV başta olmak üzere OBH tanılı hastalardaki klinik yanıtının değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışmada ayrıca RTX tedavisine İVİG eklenmesinin tedavisiz tam remisyona (TTR) ulaşım sıklığı ve süresine etkisi, sistemik steroid (SS) tedavisinin kesilme süresine etkisi ve relaps sıklığını azaltıp azaltmadığı değerlendirildi.

**Yöntem:** OBH tanılı hastaların dosyaları retrospektif olarak taranarak veriler toplandı. Çalışmaya RTX, İVİG veya RTX ve İVİG kombinasyonu tedavisi alan 33 hasta (31 PV'li [%93,9], 1 pemfigus foliaceuslu [PF, %3,03] ve 1 sikatrisyel pemfigoidli [SP, %3,03] hasta) dahil edildi. Tedaviye klinik yanıt, SS'in kesilme süresi, TTR'a kadar geçen süre, relaps sıklığı ve TTR ile ilişkili diğer faktörler değerlendirildi.

**Bulgular:** RTX tedavisi alan PV'li hastaların %86,7'sinin (n=13), kombinasyon tedavisi alan hastaların ise %60,0'ünün (n=6) TTR'a ulaştığı gözlemlendi. İVİG tedavisi alan PV'li hastaların (n=6) hiç birinde TTR'a ulaşılmadığı saptandı. TTR'a kadar geçen ortalama süre, tek başına RTX için 12,77 ± 9,30 ay iken kombinasyon grubu için 11,25 ± 13.40 ay idi (p=0,567). RTX, İVİG ve kombine rejim ile tedavi edilen hastaların sırasıyla %53,3'ünde (n=8), %83,3'ünde (n=5) ve %40,0'ünde (n=4) nüks gözlemlendi. Relapsa kadar geçen ortalama süre RTX grubunda 24,1 ± 16,7 ay, İVİG grubunda 21,4 ± 17 ay ve kombinasyon grubunda ise 13.0 ± 3.6 ay olarak saptandı. SS'in, RTX ve kombinasyon tedavisi alan hastaların %81,8'inde (n=18) kesilebildiği görüldü. SS'in kesilme süresi RTX grubunda (n=13) ortalama 16,3 ± 7,8 ay, kombinasyon grubunda ise (n=5) ortalama 8,0 ± 7 ay olarak gözlemlendi (p=0,057). Tedavi sırasında hasta yaşının ileri olması (p=0,005), tanı anında hasta yaşının genç olması (p=0,004), RTX tedavisi başlanana kadar geçen hastalık süresinin kısa olması (p=0,004), vücut kitle indeksinin (VKİ) düşük olması (p=0,026) ve kadın olmak (p=0,037) TTR ile istatistiksel olarak anlamlı ölçüde ilişkili bulundu.

**Tartışma ve Sonuç:** RTX tedavisine İVİG eklenmesi TTR'ı ve relapsa kadar geçen süreyi artırmamakta; TTR'a kadar geçen süreyi, SS'in kesilme süresini ve relaps sıklığını azaltmamaktadır. Tedavi anında ileri yaş, tanı anında genç yaş, RTX tedavisi başlayana kadar geçen sürenin kısa olması, düşük VKİ ve kadın olmak TTR ile anlamlı ölçüde ilişkilidir.

**Anahtar Kelimeler:** otoimmün büllöz hastalık, pemfigus vulgaris, tedavi, rituksimab, İVİG

## SS-18

### Konvansiyonel tedavilere dirençli atopik dermatit yönetiminde dupilumab deneyimi

Emel Bülbül Başkan, Serkan Yazıcı, Sara Elmas

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

**Giriş ve Amaç:** Atopik dermatit (AD), tip 2 enflamatuvar sitokinlerin neden olduğu deri bariyeri bozukluğu ile ilişkili yoğun kaşıntılı ekzematöz lezyonlarla karakterize kronik inflamatuvar deri hastalığıdır. Dupilumab, interlökin (IL) -4 reseptör alfa alt birimine karşı monoklonal bir antikordur ve orta ila şiddetli AD tedavisi için onaylanmıştır. Dupilumab, orta ve şiddetli AD tedavisinde FDA onaylı sistemik ajandır. Burada AD dupilumab kullanım deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniğinde AD tanısı ile dupilumab kullanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hasta dosyalarından yaş, cinsiyet, hastalık süresi, eşlik eden hastalık, dupilumab öncesi kullanılan tedaviler, dupilumab tedavi süresi, dozu, yan etkileri ve etkinliği değerlendirilmiştir. Hastalık şiddeti değerlendirmede SCORAD kullanılmıştır. Tedavi yanıtı Physician's Global Assessment of Clinical Condition değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** 36 hastanın 19'u erkek 17'si kadındı. Hastaların yaşı 10 ile 85 yaş arası değişmekteydi, ortalama 46.30+-3.14, ortanca 47.5 idi. AD tanı yaşı 6 ile 79 arası değişmekteydi, ortalama 39.58+-3.43, ortanca 38.5 idi. Hastalık süresi 1 ile 33 yıl arası değişmekteydi, ortalama 6.94+-1.29, ortanca 3.5 olarak saptandı. Tüm hastalar şiddetli atopik dermatitti. Tüm hastalar topikal steroid ve kalsinörin inhibitörü tedavileri kullanmıştı. 14 hasta fototerapi (uva1,dbuvb), 28 hasta sistemik steroid, 29 hasta siklosporin, 15 hasta metotreksat, 1 hasta mikofenolat tedavileri kullanmıştı. 9 hasta omalizumab; 3 hasta ustekinumab tedavisine yanıtızsıdı. 30 hastanın dupilumab kullanım süresi 1 ile 28 ay arasında değişmekteydi, ortalama 7.13+-1.29, ortanca 4.5 ay olarak saptandı. Hiçbir hastada klinik ve labarotuvuar olarak yan etki izlenmedi. Takibi düzenli yapılan ve en az 3 ay dupilumab kullanan 24 hastanın 13'ünde tam klinik yanıt, 9'u kısmi klinik yanıt elde edildi. İki hastada ise tedaviye yanıt alınamadı. Bir yıl üzeri olan yedi hastamızda tedavi halen etkili olarak devam edilmekte olup uzun süreli kullanımda da etkinlik kaybı olmadığını düşündürmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Olgularımızda şiddetli hastalıkta dupilumab uzun süreli etkili ve güvenli görülmele birlikte güvenlik verileri açısından daha fazla klinik deneyime ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Atopik dermatit, dupilumab, interlökin -4



## SS-19

### Kronik ürtikerde omalizumab deneyimi; 6 yıllık gerçek yaşam verileri

Adem Özdemir, Aslı Bilgiç, Mehmet Ali Koyuncu, Ertan Yılmaz

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

**Giriş ve Amaç:** Ürtiker eritemli-ödemli papüller, anjiyoödem veya her ikisinin bir arada gelişmesiyle kendini gösteren bir deri hastalığıdır. Kronik ürtiker ise semptomların 6 haftadan daha uzun süre devam ettiği bir ürtiker formudur. Semptomlar herhangi bir dış uyaran olmaksızın ortaya çıkıyorsa kronik spontan ürtiker (KSÜ); soğuk, sıcak, basınç gibi uyarıların sonucunda ortaya çıkıyorsa kronik uyarılabilir ürtiker (KUÜ) olarak sınıflanmaktadır. Omalizumab, insan monoklonal anti-IgE antikorudur ve H1 antihistaminiklere yanıtızlık durumunda kullanılmaktadır.

Çalışmamızda kliniğimizde kronik ürtiker tanısıyla takipli olan hastalarda klinik ve demografik özellikler ile birlikte omalizumab tedavi yanıtı ve bununla ilişkili parametrelerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamızda Ocak 2014 ile Haziran 2020 arasında Akdeniz Üniversitesi Dermatoloji Polikliniği'nde dirençli kronik ürtiker tanısıyla takipli olan hastalar hastane kayıtlarından retrospektif olarak incelendi. Tüm taranan dosyalardan sosyodemografik ve klinik özelliklerine ulaşabildiğimiz hastalar arasından en az 3 ay süre ile omalizumab kullanımı olan hastalar çalışmamıza dahil edildi. Çalışmaya KSÜ hastaları ile birlikte ayrıca KUÜ olanlarında verileri dahil edildi. Çalışmamız Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı. İstatistik analizi yapılırken SPSS23 programı kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmada toplam 167 hasta [125'i (% 74.8) kadın, 42'si (% 25.2) erkek] verisi değerlendirildi. Ortalama yaş  $45.34 \pm 14.76$  (yaş aralığı:17-86) ve ortalama hastalık süresi  $81.13 \pm 69.86$  ay olarak bulundu. Omalizumab başlangıcında ortalama hastalık süresi  $47.41 \pm 63.26$  ay olarak saptandı. Hastalarımızda omalizumab tedavisinin 3, 6 ve 12. aylarında tedaviye tam yanıt (antihistaminik veya ek ilaç kullanımı olmadan ürtiker bulgusu gelişmemesi) sırası ile % 45.9, % 48 ve % 52 oranında gözlemlendi. IgE düzeyine 107 hastada ulaşıldı ve IgE düzeyi başlangıçta yüksek olan hastalarda omalizumab tedavisi sonrası 3. ayda tedaviye tam yanıt ile yüksek IgE arası istatistiksel anlamlı ilişki izlendi ( $p < 0,001$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızda omalizumab kullanan hastalarımızda diğer tedavilere gerek kalmadan anlamlı tedavi yanıtı gözlenirken, IgE seviyeleri başlangıçta yüksek olan hastalarda daha iyi erken dönem tedavi yanıtı izlenmiştir. Hastaların tedaviye yanıtının tahmininde bu sonuçlarımız klinisyenlere yol gösterici olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** kronik ürtiker, uyarılabilir ürtiker, spontan ürtiker, omalizumab

**Tablo 1**

Parametre (n=hasta sayısı)	
Cinsiyet (n=167) (Erkek / Kadın)	42 (%25.2)/125 (%74.8)
Yaş (n=167)	45.34 ± 14.76 (yaş aralığı:17-86)
Hastalık süresi (ay) (n=167)	81.13 ± 69.86
Eşlik eden	
Anjioödem (n=167)	60 (%56.1)
Besin alerjisi (n=78)	12 (%15.4)
İlaç alerjisi (n=75)	15 (%20.0)
Alerjik rinit/konjuktivit (n=85)	18 (%21.2)
Alerjik astım (n=73)	15 (%20.5)
Total IgE	
Yüksek IgE (n=119)	67 (%56.3)
Ortalama değer (n=107)	280.58±361.81
Tiroid hastalığı (n=118)	20 (%16.9)
Anemi (n=126)	28 (%22.2)
25 OH D vitamin eksikliği (n=62)	49 (%79.0)
B12 vitamini eksikliği (n=61)	13 (%21.0)
Tedavi	
Antihistaminik (n=153)	152 (%99.3)
Sistemik steroid (n=91)	45 (%49.5)
Siklosporin (n=86)	20 (%30.2)
Otoimmün hastalık (n=67)	8 (%11.9)
Kollajen doku hastalığı (n=65)	3 (%4.6)

*Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri*

**Tablo 2**

Omalizumab tedavi yanıtı (hasta sayısı)	3. ay (n=148)	6.ay (n=125)	12.ay (n=69)
Tam yanıt	68 (%45.9)	60 (%48.0)	36 (%52.2)
Tam yanıt (antihistaminik kullanımı gereken)	49 (%33.1)	43 (%34.4)	24 (%34.8)
Parsiyel yanıt	20 (%13.5)	16 (%12.8)	4 (%5.8)
Yetersiz yanıt	9 (%6.1)	6 (%4.8)	3 (%4.3)
Yanıtız	2 (%1.4)	0 (%0)	2 (%2.8)

*Farklı zamanlarda omalizumab tedavi yanıtı*

## SS-20

### Rekürren aftöz stomatitte ortalama trombosit hacmi (MPV) Behçet hastalığı açısından bir uyarıcı olabilir mi? – tek merkezli, prospektif, vaka kontrol çalışması

Çağrı Turan<sup>1</sup>, Nurcan Metin<sup>1</sup>, Zeynep Utlu<sup>1</sup>, Dilek Tezcan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı, Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Erzurum

<sup>2</sup>T. C., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Konya

**Giriş ve Amaç:** Rekürren aftöz stomatit (RAS), toplumda ağız boşluğunun en yaygın bozukluğudur. Klinisyenin tanıda uğraşması gereken en zor konu, RAS'ın öncelikle Behçet hastalığı (BH) ile ilişkili olup olmadığını ayırt etmektir. Bu çalışmada, RAS ve BH ayırıcı tanısında hemogram parametrelerinin BH şüphesini pekiştirmeye katkı sağlayıp sağlamadığını araştırmayı amaçladık.

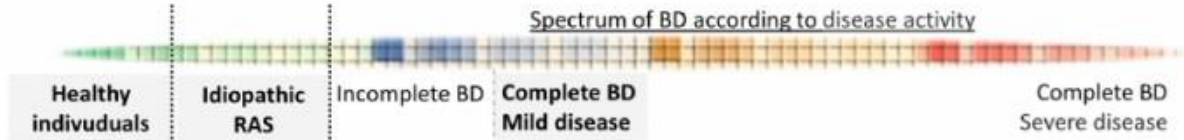
**Yöntem:** Bu tek merkezli, prospektif, vaka kontrol çalışmasına dermatoloji bölümünden toplam 260 katılımcı alındı. Çalışmaya dahil etme ve dışama kriterleri Figür 1'deki gibiydi. Uygunluk kriterlerini karşılayan katılımcılar sağlıklı kontrol (n=90), RAS (n=97) ve mukokutanöz BH (n=73) olarak üç gruba ayrıldı. RDW, MPV, hemoglobin, nötrofil, monosit, lenfosit ve trombosit sayıları tam kan sayımı ile değerlendirildi. Ayrıca NLO (nötrofil/lenfosit oranı), MLO (monosit/lenfosit oranı) ve PLO (platelet/lenfosit oranı) hesaplandı. Sedimentasyon ve CRP kaydedildi. Hemogram parametrelerinin BH ve RAS ayırıcı tanısındaki katkısı değerlendirildi.

**Bulgular:** Sağlıklı kontrol, RAS ve BH grupları yaş ortalamaları (sırasıyla  $29.3 \pm 5.8$ ,  $28.7 \pm 5.6$  ve  $29.9 \pm 6.8$  yıl), cinsiyet dağılımı (kadın/erkek oranı: sırasıyla 1.4, 1.6 ve 1.7) açısından özdeşti. Tablo 1'de görüldüğü gibi BH'de ESR, nötrofil sayısı ve NLO anlamlı olarak daha yüksekti. ( $p=0.032$ ,  $p=0.010$ ,  $p=0.019$ ; sırasıyla). MPV, BH'de sağlıklı kontrol ve RAS hastalarına göre anlamlı olarak azalmıştı ( $p<0,001$ ). Azalmış MPV ( $\leq 10$  fl) ve artmış RDW ( $\geq 13.0\%$ ), tekrarlayan oral ülser şikayeti ile değerlendirilen hastalarda BH'yi öngörmede istatistiksel olarak anlamlıydı (OR=9.98, %95 GA: [4.65-21.42],  $p<0.001$  ve OR=2.23, %95 GA: [1.14-3.36],  $p=0.019$ ; sırasıyla) (Tablo 2 ve Figür 2).

**Tartışma ve Sonuç:** Azalmış MPV, tekrarlayan oral ülseri olan seçilmiş hastalarda BH için öngörücü olabilir. Özellikle MPV  $\leq 10.0$  fl ise BH açısından daha fazla dikkat edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, rekürren aftöz stomatit, oral ülserler, MPV, RDW, hemogram parametreleri

Figür 1



**Eligibility criteria:** Subjects must meet the following criteria to be enrolled in the study.

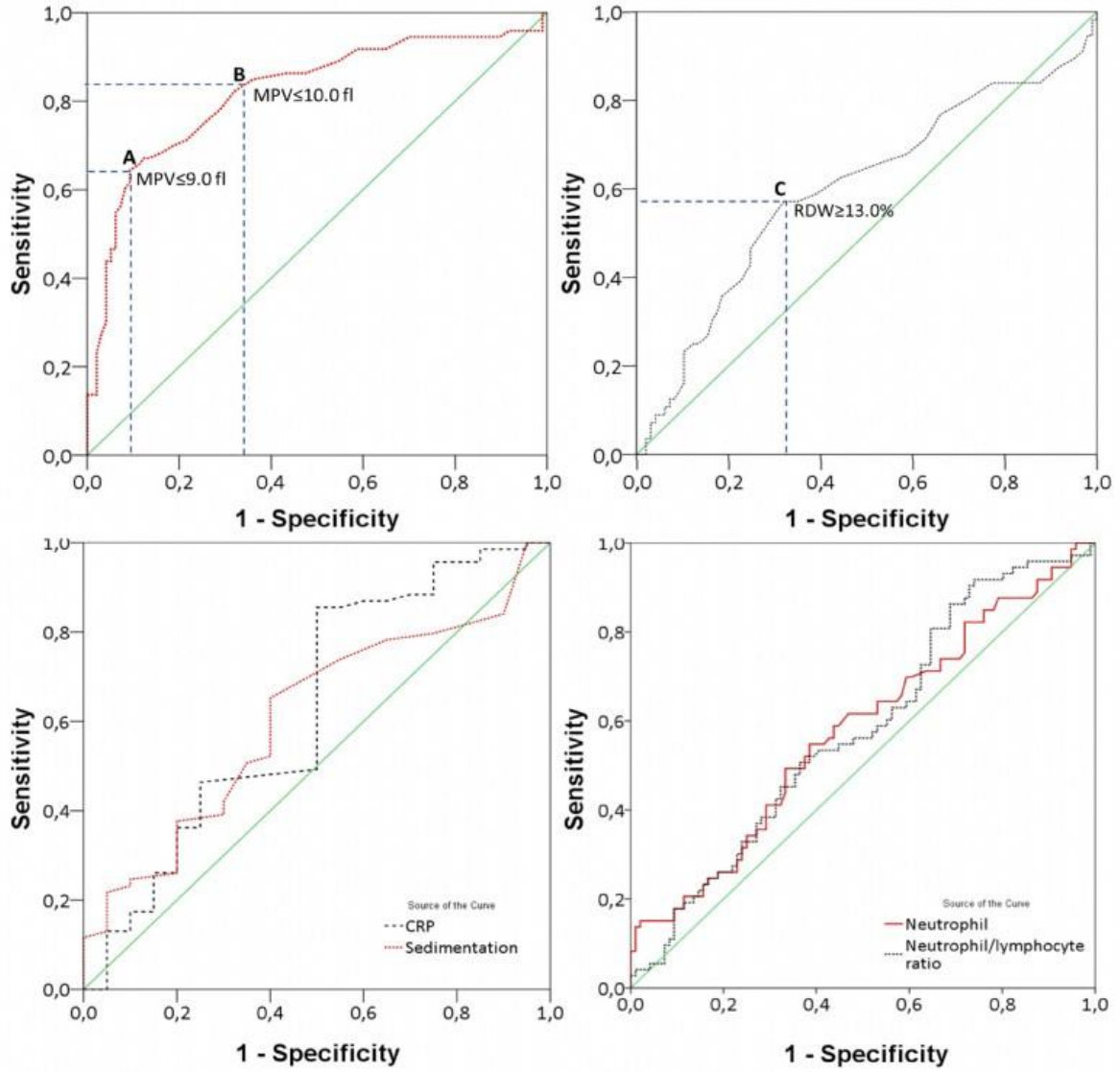
Common Criteria	1. Male or female individuals aged 18 to 40 years and providing valid informed consent were included.					
	2. All participants have used no medication such as iron, vitamin supplements, immunosuppressive or immunomodulatory drugs, colchicine, steroids, antiplatelet therapy, antioxidant therapies etc. that may affect hematological parameters for the last 3 months.					
Disease-specific Criteria	3. Hemoglobin level should not be less than 12 g/dl for women and 13 g/dl for men.					
	4. The presence of neutropenia (<1500 (10 <sup>3</sup> /ml)) in the hemogram and those with iron, B12 or folic acid deficiency in additional tests were excluded.					
	5. All patients with CRP >10 mg/l and / or ESR >30 mm/hour were excluded.					
	6. Patients with pregnancy/breastfeeding and any systemic diseases such as obesity (BMI>30 kg/m <sup>2</sup> ), hypertension, diabetes mellitus, polycystic over syndrome, cancer, concurrent any infection, hematologic diseases, congenital or acquired immunodeficiency, tuberculosis, heart and lung disease, psychiatric diseases, another rheumatological disease (except BD), inflammatory bowel diseases were excluded.					
Healthy control Hair loss	Idiopathic RAS Recurrent oral ulcers		Mucocutaneous BD Recurrent oral ulcers			
	1. The pull test must be negative †	1. Frequency of oral ulcers ≥3 times/year and ≤8 times/year	1. Mucocutaneous manifestations such as genital ulcer, erythema nodosum, severe papulopustular lesion, and sweet-like lesion should never co-exist with oral ulcer in the period when the blood test was done; regardless of whether there were in the anamnesis.	2. The onset manifestation of the BD must be recurrent oral ulcers, not an erythema nodosum or genital ulcers.	3. The concurrent BCDAF score, indicating disease activity in the last 4 weeks, must be at most 2	
⊖	2. Patient with telogen effluvium and androgenetic alopecia	2. Complaint duration ≥3 years	2. The onset manifestation of the BD must be recurrent oral ulcers, not an erythema nodosum or genital ulcers.	3. The concurrent BCDAF score, indicating disease activity in the last 4 weeks, must be at most 2		
	3. Having any complaints or history of oral ulcers	3. Pathergy test has been performed and seen as negative	3. The concurrent BCDAF score, indicating disease activity in the last 4 weeks, must be at most 2			
⊖	1. Use of any oral supplements for hair loss in the last 3 months	1. IBD, BD, and celiac disease in the family history	1. Presence of organ involvement such as eyes, joint, gastrointestinal tractus, cardiovascular, and neurological systems	2. Presence of deep vein thrombosis, superficial thrombophlebitis etc.		
	2. Patients suffering from cicatricial alopecia, tractional alopecia, and anagen effluvium	2. Having a background of major or herpetiform aphthae	2. Presence of organ involvement such as eyes, joint, gastrointestinal tractus, cardiovascular, and neurological systems	2. Presence of deep vein thrombosis, superficial thrombophlebitis etc.		
⊖	3. Having any complaints or history of oral ulcers	3. HLA-B51 positivity (if performed)	2. Presence of organ involvement such as eyes, joint, gastrointestinal tractus, cardiovascular, and neurological systems	2. Presence of deep vein thrombosis, superficial thrombophlebitis etc.		
		4. Patients classified in the incomplete BD	2. Presence of organ involvement such as eyes, joint, gastrointestinal tractus, cardiovascular, and neurological systems	2. Presence of deep vein thrombosis, superficial thrombophlebitis etc.		

RAS: Recurrent aphthous stomatitis; BD: Behçet's disease; IBD: Inflammatory bowel disease, BCDAF: Behçet's Disease Current Activity Form (0-12 points)

† Approximately 40 strands of hair from different parts of the scalp are grasped and gently pulled. A negative test (six or fewer hairs obtained) indicates normal shedding, whereas a positive test (more than six hairs) indicates active hair loss.

Çalışmaya dahil etme ve hariç tutma kriterleri

**Figür 2**



*BH'nin RAS'tan ayırıcı tanısında faydalı olabilecek hematolojik parametrelerin ROC analizi ile değerlendirilmesi*

**Tablo 1**

Parameters	Healthy control (n=90)	Idiopathic RAS (n=97)	Behçet's disease (n=73)	p-value
Hemoglobin (g/dl)	14.6 ± 1.4	14.9 ± 1.5	14.5 ± 1.5	0.226
MCV	85.2 ± 3.7	84.9 ± 4.9	85.0 ± 5.5	0.834
RDW (%)	14.1 ± 5.5	13.2 ± 2.7	13.4 ± 1.5	0.090
Platelet (10 <sup>9</sup> /l)	275 ± 59	279 ± 57	277 ± 59	0.793
MPV (fl)	10.2 ± 1.1	10.9 ± 7.3	8.7 ± 1.5	<b>&lt;0.001</b> <sup>b,c</sup>
Neutrophil (10 <sup>9</sup> /l)	4.05 ± 1.30	4.26 ± 1.31	4.82 ± 1.75	<b>0.010</b> <sup>b</sup>
Lymphocyte (10 <sup>9</sup> /l)	2.30 ± 0.59	2.28 ± 0.63	2.31 ± 0.95	0.901
Monocytes (10 <sup>9</sup> /l)	0.54 ± 0.15	0.67 ± 1.01	0.54 ± 0.19	0.311
NLR	1.84 ± 0.65	2.00 ± 0.84	2.24 ± 0.97	<b>0.019</b> <sup>b</sup>
MLR	0.25 ± 0.07	0.30 ± 0.39	0.25 ± 0.10	0.381
PLR	127.7 ± 39.1	130.2 ± 42.7	130.1 ± 42.0	0.943
ESR (mm/hour)	8.5 ± 7.1	9.2 ± 7.9	12.7 ± 8.9	<b>0.032</b> <sup>b</sup>
CRP (mg/l)	2.5 ± 1.9	2.4 ± 3.2	3.3 ± 2.7	0.069

RAS – recurrent aphthous stomatitis; MPV – mean platelet volume; RDW – red cell distribution width; PCT – plateletcrit; PDW – platelet distribution width; NLR – neutrophil/lymphocyte ratio; MLR – monocytes/lymphocyte ratio; PLR – platelet/lymphocyte ratio; ESR – erythrocyte sedimentation rate

Data are expressed as mean ± standard deviation. Kruskal-Wallis H and Mann-Whitney U (post-hoc) tests were used. Bonferroni correction was applied as post-hoc after the Kruskal-Wallis H test. Significant values were shown in bold.

a: p<0.05 for the difference between the healthy control group and RAS group; b: p<0.05 for the difference between the control group and Behçet's disease group; c: p<0.05 for the difference between RAS group and Behçet's disease group

Tablo 1. BH ayırıcı tanısında basit hematolojik parametrelerdeki istatistiksel farklılıkların değerlendirilmesi

**Tablo 2**

Tablo 1. BH-RAS ayırıcı tanısında değerli parametrelerin tek değişkenli ikili lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

	βi	Odds ratio	95% CI		Wald value	Cox & Snell R <sup>2</sup>	Nagelkerke R <sup>2</sup>	p-value
			Lower	Upper				
MPV<9.0 fl	2,76	15,71	6,84	36,13	42,05	0,278	0,373	<0,001
MPV>10.0 fl	2,30	9,98	4,65	21,42	34,89	0,226	0,303	<0,001
rdw>13.0%	0,80	2,23	1,14	4,36	5,48	0,036	0,049	0,019

βi – regression coefficient; CI – confidence interval; MPV – mean platelet volume; RDW – red cell distribution width.

BH-RAS ayırıcı tanısında değerli parametrelerin tek değişkenli ikili lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

**SS-21****COVID-19 pandemisinde 3.basamak dermatoloji kliniğine büllü hastalık nedeniyle yatırılan hastaların epidemiyolojik olarak değerlendirilmesi**Ayşe Nilhan Ats<sup>1</sup>, Nazlı Caf<sup>2</sup>, Kamer Faruk Coşkun<sup>2</sup>, Bilgen Erdoğan<sup>2</sup>, Zafer Türkoğlu<sup>2</sup><sup>1</sup>İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu<sup>2</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Otoimmün büllü hastalıklar(OBH),gerçek dünya prevalansı bilinmeyen heterojen bir hastalık kümesidir.Klinikte karşımıza deri ve mukozalarda erozyonlar ve büller olarak çıkar.Otoimmün büllü hastalıklar intraepidermal büller ile seyreden pemfigus ve subepidermal bllere neden olan pemfigoid grubu olarak iki alt başlık altında incelenebilir.COVID-19 sistemik bir hastalık olmasına,esas olarak kardiyovasküler sistemde tutulum yapmasına rağmen literatürde deri tutulumu oldukça sık olarak bildirilmiştir.COVID-19 nedeni deri bulgularının dışında bu enfeksiyonun kişilerde var olan inflamatuvar dermatozları da tetikleyebileceği bildirilmiştir.Bunlar psöriazis,dermatit, otoimmün büllü hastalıklar, vaskülit ve bağ doku hastalıkları olarak sıralanmıştır.Ancak bu hastalıklar ile ilgili bir neden sonuç ilişkisi kurulamamıştır.Ayrıca pandemi döneminde tüm dünyada sağlığa ulaşım ve sağlık kurumlarının işleyişi değişmiştir. Bu çalışmadaki ana amacımız otoimmün büllü hastalıklarda pandemi döneminde artış olup olmadığının saptanmasıdır.Diğer amaçları ise pemfigus atağının geçirilmiş COVID-19 enfeksiyonu ve/veya aşısı ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** alışma 01/01/2021-06/08/2021 tarihlerinde Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde retrospektif olarak veriler değerlendirilerek yapılmıştır.Bahsedilen altı aylık dönemde otoimmün büllü hastalık ve diğer dermatolojik hastalıklar ile servisimize yatan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir.Hastaların cinsiyet,yaş,hastalık yaşi,büllü hastalığın tipi,özgeçmiş,soygeçmiş, hastalığın tutulum alanları,son yatışındaki gün sayısı,steroid tedavisi başlangıç dozu,adjuvan tedavi ve son atağın COVID-19 aşısı veya enfeksiyonu ile ilgili olup olmadığı gibi bilgiler alınmıştır.çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** 01/01/2021-06/08/2021 tarihlerinde Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği'ne toplam 166 hasta yatırılmıştır. Bu hastaların 34'n (%20.5) otoimmün büllü hastalıklar oluşturuyordu. OBH tanılı 34 hastanın %76'sının da ilk tanılı büllü hastalık olduğu saptanmıştır. Otoimmün büllü hastalığı olanların %32'sinin özgeçmişinde herhangi bir hastalığının olmadığı, %18'inde hipertansiyon, %18'inde diabetes mellitus, %9'unda kronik böbrek hastalığı ve geri kalan %23 hastada da tiroid bozuklukları,koroner arter hastalıkları, malignite, KOAH,astım ve diğer hastalıklardan olduğu görülmüştür. Hastaların soygeçmişinde otoimmün büllü hastalık saptanmamıştır. Hastaların hastalık tiplerine bakıldığında %50'sinin Pemfigus Vulgaris (PV), %41'inin Büllü Pemfigoid ve %9'unun Pemfigus Herpetiformis,Pemfigus Vejetans ve diğer tipler olduğu gözlenirken hastalık süresi ortalama 29,95±13,1 aydır.Hastaların %59'unda adjuvan ajan olmadığı,%26'sında azatiyopürin,%6'sında mikofenolik asit,%3'ünde rituksimab,%6'sında dapson kullanıldığı görülmüştür.Araştırmada yer alan hastalarda pandemi döneminde adjuvan ajan değişikliği saptanmamıştır.Hastaların %94'ünde hastalıklarının veya ataklarının COVID-19 aşısı ile gelişmediği,%6'sında aşıdan 0-8 hafta sonra hastalık/atak olduğu görülmüştür.Hastaların %91'inde COVID-19 enfeksiyonunun etkisi ile atak veya hastalık gözlenmemiş,%6'sında 0-8 hafta,%3'ünde 20-24 hafta atak/hastalık gözlenmiştir.Otoimmün büllü hastalıklara sahip bireylerin %56'sında COVID-19 aşısı olmak için çekincelerinin olduğunu ve dermatologlarına sormadan olmayacaklarını bildirdi.

**Tartışma ve Sonuç:** Otoimmün büllü hastalıklar dermatoloji kliniklerinde yatarak tedavi edilen hastalıkların başında gelmektedir ve COVID-19 pandemisiyle beraber değişen sağlık kapasitesi ile birlikte bu başvurularda bazı merkezlerde artma olmuştur.Kliniğimizin Haziran 2020 tarihi itibariyle açılmış olması nedeniyle aynı tarih döneminde ait karşılaştırmalı bir çalışma oluşturulamamıştır. Ancak yatan hasta oranlarına bakıldığında hastaların %20.5'inin OBH nedeniyle yattığı görülmüştür,bu da rölatif bir artış olarak yorumlanabilir.Ayrıca aşi veya hastalık ile hastalıkların tetiklenip tetiklenmediği, pandemi döneminin yarattığı emosyonel stres,asemptomatik COVID-19 enfeksiyonları ile artış olup olmadığı bilinmemektedir. Çalışmamızda aşi veya enfeksiyonla tetikleme oranları düşük olmasına rağmen bu ilişkinin olmadığına dair çıkarım yapmak için daha geniş serili ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görüşündeyiz. Ayrıca kullanılan ilaçlar ve otoimmün hastalığın kendisi nedeniyle COVID-19'a yatkın olan bu hastalar aşiya olan çekinceleri konusunda daha detaylı olarak değerlendirilmeli ve gereken danışmanlık verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Adjuvan, COVID-19, enfeksiyon, pandemi, pemfigoid, pemfigus

## SS-22

### Yapay Zekâ Tabanlı Onikomikoz Tespiti

Hamza Kavak<sup>1</sup>, Kadir Salman<sup>1</sup>, Serkan Düzayak<sup>2</sup>, Muhammed Kürşad Uçar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Elektrik Elektronik Mühendisliği, Sakarya, Türkiye

<sup>2</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Adıyaman

**Giriş ve Amaç:** Yapay zekâ bir süredir mevcut olmasına rağmen, son zamanlarda görüntü tanımlama, konuşma tanıma ve problem çözme uygulamalarıyla popüler hale geldi. Dermatoloji, yapay zekâyı eğitmek için kullanılacak bol miktarda tıbbi veriye ve görüntüye sahip olduğundan, yapay zekanın kavramlarının anlaşılması dermatolog için çok önemlidir. Deri tümörleri, psoriasis, atopik dermatit ve tırnak mantarı (onikomikoz) gibi dermatolojik hastalıklarda yapay zekâ çalışması bulunmaktadır. Onikomikoz, tırnak plağı ve subungual alanın tutulduğu bir fungal enfeksiyondur. Onikomikoz şüphesi olan olgularda genellikle direkt mikroskopik muayene (KOH test), kültür, tırnak biyopsisi ve daha az sıklıkta immunohistokimyasal yöntemlerle tanı konulmaktadır. Kültür ve KOH pozitifliği oranı %25-80 arasında değişmektedir. KOH ve kültür incelemesinde yanlış negatiflik oranı ise %30'a kadar çıkmaktadır. Yanlış negatifliğin nedenleri arasında materyalin hiç fungal hif buldurmeyen enfekte tırnak kısmından elde edilmesi, yetersiz materyal alınması, klinisyenin tecrübesizliği, uzun süre bekletilmiş olan materyalin kristalize olması, daha önceki fungal tedavinin etkisinin devam etmesi, uygun olmayan kültür ortamı ve kültürün transportu esnasında çevresel faktörler sayılabilir. Tırnak mantarının tespiti bu sebeplerle zorlaşmakta ve tanı duyarlılığı da değişken olmaktadır. Onikomikozun tespiti için en hızlı sonuç üreten yöntem KOH test olup sonuç yaklaşık 60-90 dakikada alınmaktadır. Duyarlılığı artırmak ve teşhis süresini kısaltmak için yapay zekâ gibi yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmanın amacı görüntü işleme ve yapay zekâ ile onikomikozu yüksek doğruluk oranı ve birkaç dakika gibi kısa bir sürede tespit etmektir.

**Yöntem:** Çalışmada 43 bireyden alınan 50 sağlıklı ve 50 mantarlı ayak tırnakları görüntüleri kullanılmıştır. Veriler Sakarya Karasu Devlet Hastanesinde 02/01/2020 -15/06/2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Önerilen model şu şekilde geliştirilmiştir. Her bir tırnak görüntüsünden zaman döneminde 25 adet özellik çıkarılmıştır. Çıkarılan özellikler özellik seçme algoritması ile azaltılarak farklı modeller oluşturulmuştur. Gömülü sistemlerde kullanılabilirliğinin kolay olması sebebiyle yapay zekâ algoritması olarak Destek Vektör Makineleri algoritması tercih edilmiştir.

**Bulgular:** Oluşturulan modeller performansları incelendiğinde doğruluk oranı %65-75 arasında değişmektedir. Yeni her bir görüntüye sistemin cevabı saniyeler içerisinde oluşturulmaktadır.

**Tartışma ve Sonuç:** Önerilen modelin başarı oranının yüksekliği ve hızlı çalışması sebebiyle klinikte dermatoloğa yardımcı olabilecek karar destek sistemi (yardımcı tanı yöntemleri) olarak kullanılabilirliği değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Görüntü İşleme, KOH Test, Onikomikoz Tespiti, Yapay Zekâ,



## SS-23

### CoronaVac ve BioNTech aşılarından sonra hangi kutanöz reaksiyonlar ile karşılaştık?

Ümran Öner<sup>1</sup>, Akın Aktaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erzurum Mareşal Çakmak Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

<sup>2</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** COVID-19 ile mücadelede aşılama çalışmaları büyük bir hızla devam etmektedir. Geniş kitleler aşılandıkça aşı sonrası ortaya çıkan reaksiyonlar ile ilgili bilgiler gün geçtikçe artmaktadır. Bu sunumda, CoronaVac ve BioNTech aşılarından sonra ortaya çıkan kutanöz reaksiyonlar ele alındı.

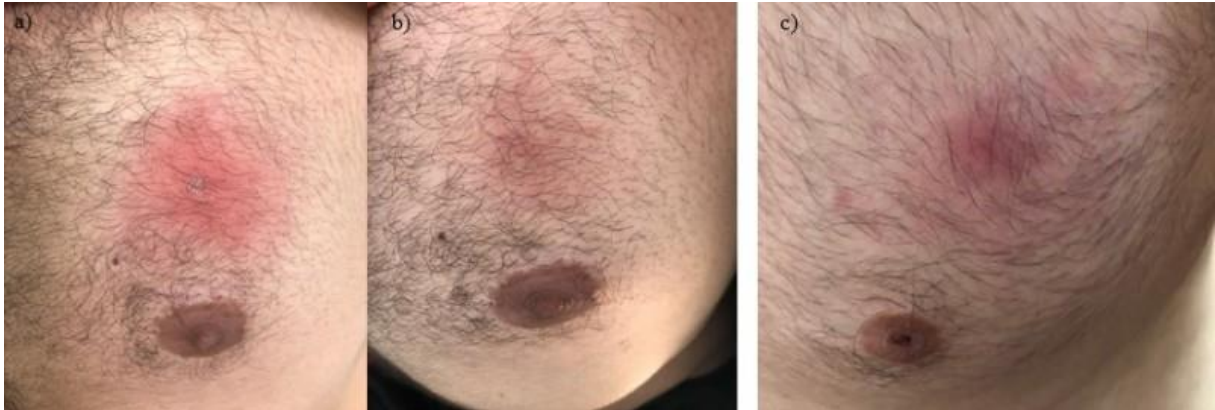
**Yöntem:** Nisan 2021- Temmuz 2021 arasında dermatoloji polikliniğine CoronaVac veya BioNTech aşısından sonra ciltte döküntü nedeni ile başvuran 9 hasta sunulmuştur. Hastaların kronik bir hastalığı, ilaç kullanımı ve son 1 ay içerisinde aşı dışında anamnezde bir özelliği yoktu.

**Bulgular:** Kutanöz reaksiyon nedeniyle başvuran hastaların 6'sı erkek, 3'ü kadın, yaş ortalaması 38,3 idi. Hastalarda ortaya çıkan kutanöz reaksiyonlar fiks ilaç erüpsiyonu, akut ürtiker, likenoid erüpsiyon, papülopüstüler erüpsiyon, pitriazis rozea-benzeri erüpsiyon, herpes ve herpes zoster olarak değerlendirildi. En erken ortaya çıkan bulgu 19 yaş erkek hastada BioNTech aşısı 1. dozdan 3-4 saat sonra başlayan ve giderek artan gövde ön yüzde fiks ilaç erüpsiyonu ile uyumlu lokalize eritemdi. En geç ortaya çıkan reaksiyon diğer hastayla benzer şekilde BioNTech aşısı 1. dozdan 15 gün sonra ortaya çıkan gövde ön yüzde lokalize eritemdi. 63 yaşında kadın hastada CoronaVac aşısı 1. dozdan 10 gün sonra, 2. dozdan 3 gün sonra, 37 yaşında kadın hastada BioNTech aşısı 1. dozdan 1 gün sonra akut ürtiker gelişmişti. Kutan erüpsiyon ile başvuran 3 erkek hastada ise lezyonlar 3. Günden sonra başlamıştı. 35 yaşında erkek hastada BioNTech aşı 1. dozdan 2 gün sonra herpes enfeksiyonu ve 67 yaş kadın hastada CoronaVac aşısı 3. dozdan 2 gün sonra herpes zoster gelişmişti.

**Tartışma ve Sonuç:** Geniş kitleler aşılandıkça aşı sonrası lokal enjeksiyon bölgesi reaksiyonları, gecikmiş lokal reaksiyonlar, ürtiker, kutan erüpsiyonlar, herpes enfeksiyonları, herpes zoster, pernio ve dolgu reaksiyonları gibi kutanöz reaksiyonlar daha çok raporlanmaktadır. Bu konuda klinisyenleri ve hastaları bilgilendirmek, özellikle kutanöz reaksiyonlar nedeniyle başvuran hastaları sonraki dozları yaptırmak konusunda rahatlatmak ve gerekli medikal tedavileri önermek aşı programının daha sorunsuz ilerlemesini sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** CoronaVac, fiks ilaç erüpsiyonu, herpes zoster, kutanöz erüpsiyon, BioNTech, ürtiker

#### Resim 1



a) Hasta 1: gövde ön yüzde lokalize eritem, b) Hasta 1 başvurdan bir hafta sonra, c) Hasta 2: gövde ön yüzde lokalize eritem

**Resim 2**



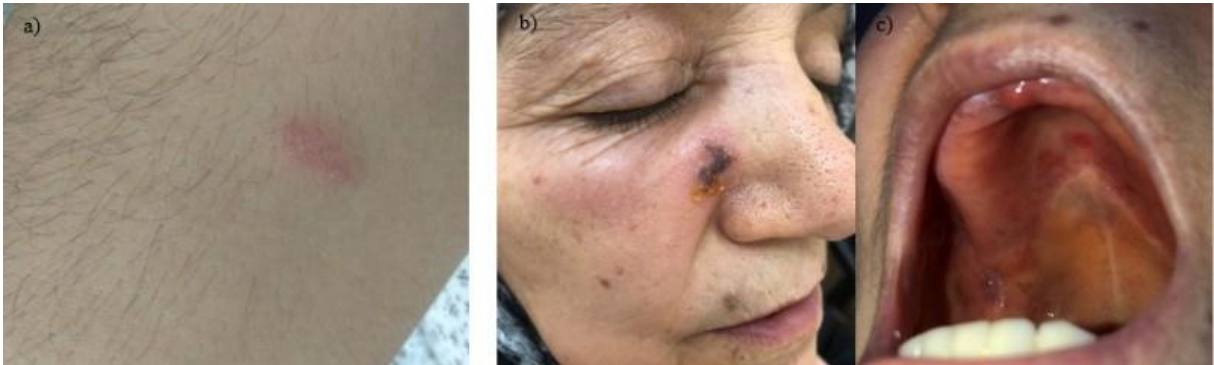
*Hasta 3: üst ekstremite, gövde ön ve arka yüzde likenoid papüller*

**Resim 3**



*a) Hasta 4: gövde arka yüzde papülopüstüler lezyonlar, b) Hasta 5: gövde ön yüzde eritemli ve skuamli plaklar, c) Hasta 6: alt ekstremitede eritemli ödemli ürtikeryal plaklar, d) Hasta 7: alt ekstremitede ürtikeryal plaklar*

**Resim 4**



*a) Hasta 8: ön kolda eritemli zeminde vezikülopüstüler lezyonlar, b,c) Hasta 9: malar bölgesinde ağrılı, eritemli zeminde krutlanmış veziküller ve üst damakta eritemli erode lezyonlar*

**Tablo 1**

	Yaş	Cinsiyet	Tanı	Aşı-Doz	Aşıdan sonraki süre
Hasta 1	19	E	Fiks ilaç erüpsiyonu	BioNTech-1	3-4. saat
Hasta 2	28	E	Fiks ilaç erüpsiyonu	BioNTech-1	15. gün
Hasta 3	26	E	Papülopüstüler erüpsiyon	CoronaVac-1	4. gün
Hasta 4	30	E	Likenoid erüpsiyon	CoronaVac-1	5. gün
Hasta 5	40	E	Pitriazis rozea-benzeri erüpsiyon	BioNTech-1	7. gün
Hasta 6	63	K	Akut ürtiker	CoronaVac-1,2	10. gün, 3. gün
Hasta 7	37	K	Akut ürtiker	BioNTech-1	1. gün
Hasta 8	35	E	Herpes	BioNTech-1	2. gün
Hasta 9	67	K	Herpes zoster	CoronaVac-3	2. gün

*Aşı sonrası kutanöz reaksiyonlar ile başvuran hastalar*

## SS-24

### Fleksural Nevüslerin Dermoskopik ve Histolojik Özelliklerinin Retrospektif Olarak İncelenmesi

Ertan Nurlu<sup>1</sup>, Ayda Acar<sup>1</sup>, Banu Yaman<sup>2</sup>, Isil Karaarslan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

**Giriş ve Amaç:** Literatürde fleksural bölgede görülen melanositik nevüslerin diğer vücut bölgelerindeki nevüslere göre daha atipik klinik ve histopatolojik özellikler gösterebileceği, bunun bu anatomik bölgelerin yapısal özellikleri, fiziksel ve hormonal etkilere maruziyet gibi sekonder nedenlere bağlı olabileceği dolayısıyla gerçek atipik lezyonlar gibi değerlendirilmemesi gerektiği öne sürülmüştür. Fleksural bölgelerde yer alan nevüslerin dermoskopik özellikleri hakkında sınırlı bilgi mevcuttur. Bu çalışmada fleksural bölgedeki nevüslerin dermoskopik ve histopatolojik özelliklerinin retrospektif olarak gözden geçirilerek dermoskopik ve histopatolojik bulguların birbiriyle uyumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** İki bin beş ile 2018 yılları arasında aksilla, meme, mons pubis, skrotum, labium majus, periumbilikal, inguinal ve intergluteal alanlardan çıkarılan 75 adet melanositik nevüsün klinik, dermoskopik ve histopatolojik özellikleri değerlendirildi. Her hasta için klinik, dermoskopik ve histopatolojik olgu rapor formları hazırlandı. Dermoskopik görüntüler, gözlemcilerin nevüs lokalizasyonunu anlayamayacakları şekilde düzenlenerek, dermoskopi konusunda deneyimli iki araştırmacı tarafından değerlendirildi. Tüm histopatolojik örnekler patolog tarafından önce anatomik lokalizasyon bilgisi verilmeden, ardından lokalizasyon bilgisi verilerek iki kez değerlendirildi. Melanom tanısı alan lezyonlar çalışma dışı bırakıldı.

**Bulgular:** Ortalama nevüs boyutu 0,86 cm idi. Nevüslerin %80'inin rengi kahverengi ve tonlarıydı. En sık görülen dermoskopik patern retiküloglobüler paterndi (%25,3). Altı meme yerleşimli nevüste kırık ağ yapısı saptandı. Nevüslerin en sık görülen dermoskopik özellikleri düzensiz noktalar (%60), asimetri (%56), eritem (%50,6) ve düzensiz globüller (%48) idi. Histopatolojik incelemede nevüslerin %50'sinde dermal ve yuva paterni saptandı. En sık görülen histopatolojik özellikler akantoz (%61,3), host reaksiyonu (%57,3), vaskülarizasyon artışı (%53,3) ve sitolojik atipi (%41,3) idi. Hem patoloji hem de dermoskopik değerlendirmelerdeki tanımlar birbiriyle uyumluydu. Ayrıca konjenital nevüslerin dermoskopik özellikleri klasik konjenital nevüslere benzerdi.

**Tartışma ve Sonuç:** Dermoskopik ve histopatolojik olarak atipik bir lezyonun, sadece fleksural anatomik bölgede yerleşmesinden dolayı gerçek anlamda atipik lezyon doğasında olmadığını ileri sürebilecek bir kanıt yoktur. Çalışmamızda fleksural bölge nevüslerinde dermoskopik ve histopatolojik tanı uyumsuzluğuna neden olabilecek herhangi bir özellik saptanmamıştır. Fleksör bölge nevüslerinin değerlendirilmesinde lezyonun dermoskopik ve histopatolojik bulgularının birlikte yorumlanması gerektiğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** fleksural bölge, nevüs, dermoskopi, histopatoloji

## SS-25

### Fraksiyonel CO2 lazer ile tedavi edilen anogenital siğil hastalarında rekürrens oranının siğil sayısı, siğil yüzey alanı ve siğil süresi ile ilişkisinin araştırılması

Gökçe Işıl Kurmuş

Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Anogenital siğiller dünya çapında cinsel yolla bulaşan hastalıklar içerisinde en yaygın olarak bildirilenlerdendir. Anogenital siğil tedavisinde çeşitli tedavi seçenekleri mevcuttur, ancak çok azı büyük ölçekli, randomize, plasebo kontrollü çalışmalarla değerlendirilmiştir. Kriyoterapi, elektrokoterizasyon, lazer cerrahisi ve cerrahi eksizyonu içeren cerrahi tedaviler siğillerin klinik olarak yok edilme oranları açısından genellikle eşdeğerdir, fakat yüksek rekürrens oranlarıyla da ilişkililerdir. Bu çalışmada amaç fraksiyonel CO2 lazer ile tedavi edilen anogenital siğil hastalarında rekürrens oranı ve rekürrensin siğil sayısı, siğil yüzey alan ölçümü, anatomik yerleşim bölgesi ve siğil süresi ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Bu çalışmaya dermatoloji kliniğinde Mart 2020- Haziran 2021 tarihleri arasında fraksiyonel CO2 lazer ile tedavi edilen 59 anogenital siğil hastası dahil edildi. Hastaların demografik verileri, klinik öykü ve dermatolojik muayene bulgularına, kontrol verilerine hasta dosya kayıtları elektronik veri tabanı kullanılarak ulaşıldı. Hastaların cinsiyeti, yaşı, sigara öyküsü, siğil sayısı, siğil yüzey alan ölçümü, siğil anatomik yerleşim bölgesi, daha önce uygulanan tedavi yöntemleri, fraksiyonel CO2 lazer ile tedavi sonrası 4., 8. ve 12. hafta kontrolleri ve rekürrens varlığına dair muayene bulguları kaydedildi. Hastaların ilk dermatolojik muayenelerinde siğil yüzey alan ölçümü tek kullanımlık kağıt küçük cetveller kullanılarak hesaplandı. Tüm istatistiksel hesaplamalarda p değeri <0,05 anlamlılık düzeyinde kabul edildi.

**Bulgular:** Hastaların 21' i (%35,6) kadın, 38' i (%64,4) erkek olup çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması  $35,36 \pm 9,51$  olarak hesaplandı. Kadın hastaların %42,9' unda erkek hastaların ise %55,3' ünde sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Kadın hastaların ortalama siğil sayısı  $12,81 \pm 8,28$ , erkek hastaların ortalama siğil sayısı ise  $16,34 \pm 10,37$  olarak hesaplandı. Kadın hastaların siğil yüzey alan ölçümü median değeri 24 (10-90) mm<sup>2</sup> iken, erkek hastaların median değeri 44 (18-170) mm<sup>2</sup> olarak saptandı. Siğillerin anatomik yerleşim bölgeleri sıklık sırasına göre kadınlarda perianal (%38,1) iken erkeklerde penis shaftı (%42,1) olarak saptandı. Çalışmaya dahil edilen hastaların fraksiyonel CO2 lazer ile tedavilerinin 4. hafta kontrolünde 2 (%3,4) hastada, 8. hafta kontrolünde 6 (%10,2) hastada, 12. hafta kontrolünde ise 14 (%23,7) hastada rekürrens saptandı. Siğil rekürrensi ile siğil yüzey alan ölçümü arasındaki ilişki incelendiğinde 8. haftada rekürrens saptanan hastalarda rekürrens olmayanlara göre siğil yüzey alan ölçümü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p: 0,039). Sekizinci haftada rekürrens olan hastalarda siğil rekürrensi ile siğil sayısı (p:0,061) ve siğil süresi (p:0,204) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Onikinci hafta kontrolünde ise siğil rekürrensi saptanan hastalarda rekürrens olmayanlara göre yaş (p<0.001), siğil süresi (p<0.001), siğil sayısı (p<0.001) ve siğil yüzey alan ölçümü (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

**Tartışma ve Sonuç:** Fraksiyonel CO2 lazer ile tedavi edilen anogenital siğil hastalarının 8. ve 12. hafta kontrollerinde rekürrens olan hastalarda siğil yüzey alan ölçümü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Ayrıca tedavinin 12. hafta kontrolünde rekürrens olan hastalarda yaş, siğil sayısı, siğil süresi de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. Siğil sayısı, siğil yüzey alan ölçümü ve siğil süresi fraksiyonel CO2 lazer ile anogenital siğil tedavisine hasta seçimini, tedaviye yanıtı ve rekürrens oranını etkileyen faktörler olarak değerlendirilebilir. Anogenital siğil tedavilerini rasyonelize etmek için tedavi algoritmalarının geliştirilmesi ve kullanımı tedaviye klinik yanıtın başarı oranını arttırmak ve rekürrens oranını düşürmek için yararlı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** fraksiyonel CO2 lazer, anogenital siğil, rekürrens

## SS-26

### Tıp Fakültesi öğrencilerinin dermatoloji uzmanlığı ile ilgili bilgi, beklenti ve düşüncelerinin değerlendirilmesi

Neslihan Fişek İzci, Sıla Kılıç Sayar

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Hekimlerin kariyerlerine yön verirken tıpta uzmanlık alanı tercihleri birçok faktörden etkilenebilir ve uzmanlık alanlarıyla ilgili düşünce ve beklentileri eğitimleri süresince değişebilir. Bu çalışmada, son yıllarda ülkemizde tercih edilirliliğinin arttığı fark edilen dermatoloji uzmanlığıyla ilgili, tıp fakültesi öğrencilerinin bilgi ve beklentilerinin tespit edilmesine ek olarak dermatoloji uzmanlığının tercih edilmesinde etkili olan faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Etik kurul onayı alındıktan sonra Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan dördüncü, beşinci ve altıncı sınıf öğrencilerine 23 soruluk ve çoğunlukla 5'li Likert ölçeğine göre cevap verilen sorulardan oluşan, dermatoloji uzmanlığı ile ilgili bilgi, beklenti ve düşüncelerini değerlendiren bir anket verilmiş ve ankete katılan öğrencilerin yanıtları analiz edilmiştir. Elde edilen veriler, SPSS (versiyon 22) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler için yüzde dağılımları ve ki-kare testi kullanılmış ve anlamlılık sınırı  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Ankete %45,3'ü dermatoloji stajını tamamlayanlardan oluşan toplam 104 öğrenci katıldı. Ankete katılan öğrencilerin mezuniyet sonrası tercih edebileceklerini belirttiği üç branş sırasıyla dermatoloji (%42,3), plastik cerrahi (%26,9) ve kardiyoloji (%24) olarak belirlendi. Stajı tamamlayan öğrenciler arasından dermatoloji uzmanlığını tercih edenlerin oranı stajı tamamlamayan grupta dermatoloji uzmanlığını isteyen öğrencilerin oranına göre daha yüksekti ( $p = 0,04$ ). Ankete katılanların %82,7'si dermatoloji uzmanlığının maddi getirisinin yüksek olduğunu ve %88,5'i dermatoloji uzmanı olursa kendisine ve çevresine yeterince zaman ayırabileceğini düşünürken, %30,8'i dermatoloji branşının akademik gelişime açık bir branş olmadığını belirtti. Stajı tamamlayan öğrenciler tamamlayamayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olarak branşın akademik gelişime açık olduğunu düşündüklerini belirtti ( $p = 0,02$ ). Dermatoloji uzmanı olursa mesleki tatminin kendisi için yeterli olacağını düşünenler ankete katılanların %58,1'i iken, bu oran stajı tamamlayanlar arasında daha yüksekti ( $p = 0,01$ ). Diğer taraftan mesleki tatminin yeterli olacağını düşünenler dermatoloji uzmanı olmak isteyen grubun %90'ını oluşturuyordu ve dermatoloji uzmanı olmak istemeyen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksekti ( $p < 0,01$ ). Öğrencilerin %92,3'ü dermatoloji uzmanı olurlarsa az yorulacaklarını, %46,1'i bu branşın kadın doktorlara daha uygun olduğunu düşündüklerini belirtti. Öğrencilerin %15,4'ü bu branşta küçük cerrahi müdahaleler yapamayacaklarını, %23,1'i cinsel yolla bulaşan hastalıkların bu branşın hoş olmayan bir yönü olduğunu belirtirken, %54,9'u dermatoloji uzmanlığının teorik bilgi yükünün fazla olduğunu düşündüklerini belirtti. Ankete katılanların %73,1'i dermatolojide diğer branşlara kıyasla malpraktis riskinin daha düşük olduğunu düşünürken, %78,8'i dermatolojik hastalıkların acil müdahale gerektirmediğini ve bunun branşın iyi bir yönü olduğunu düşündüğünü belirtti. Ankete katılanların %73,1'i dermatoloji uzmanlık eğitiminin dört yıl olduğunu bilirken, %20,2'si beş yıl ve %5,8'i üç yıl olduğunu düşünmekteydi. Ankete katılan öğrencilerin %48,1'i mezuniyet sonrası dermatoloji uzmanlığını tercih etmeyeceklerini belirtirken, bunun için belirtilen en sık üç neden sırasıyla mesleki tatminin düşük olması (%68,9), cerrahi bir branş tercih ediyor olmaları (%54,1) ve dermatolojik hastalıkların ilgilerini çekmiyor olması (%50,8). Dermatoloji uzmanı olmak istemeyen grubun %21,3'ü dermatoloji uzmanlığının yeterince prestijli bir branş olmadığını düşündükleri belirtti.

**Tartışma ve Sonuç:** Dermatoloji uzmanlığı tıp fakültesi öğrencileri arasında yüksek oranda tercih edilen bir uzmanlık alanıdır ve dermatoloji stajını tamamlamış öğrenciler arasında tercih oranı daha yüksektir. Stajı tamamlayanlar ve dermatoloji uzmanı olmak isteyen öğrenciler dermatoloji uzmanlığında mesleki tatminin yüksek olduğunu, akademik gelişime açık ve teorik bilgi yükünün fazla olduğunu düşünmektedir. Mesleki tatminin düşük olduğunun düşünülmesi dermatoloji uzmanlığının en sık tercih edilmeme sebebidir.

**Anahtar Kelimeler:** dermatoloji, uzmanlık, tıp fakültesi, Likert ölçeği

## SS-27

### Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi alan on hasta ile klinik deneyimimiz

Gizem Demir<sup>1</sup>, Züleyha Özgen<sup>1</sup>, Dilek Seçkin Gençosmanoğlu<sup>1</sup>, Andaç Salman<sup>1</sup>, Aslı Feride Kaptanoğlu<sup>1</sup>, Meryem Aktaş<sup>1</sup>, Özlem Apti Şengün<sup>1</sup>, Ayşe Deniz Yücelten<sup>1</sup>, Dilek Bayramgürler<sup>2</sup>, Tuğba Atcı<sup>3</sup>, Tülin Ergun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Kocaeli

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Ekstrakorporeal fotoferez (EKF) tedavisi, bir ven veya kateter aracılığıyla alınan hasta kanından ayrıştırılan lökositlerin fotosensitizan ajana maruz bırakılması ve UVA ile irradiye edilmesi sonrası, hastaya tekrar verilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Fotosensitizanın doğrudan lökositlere uygulanmasını sağlayan sistemin olmaması durumunda, bizim merkezimizde de yapıldığı gibi, fotosensitizan, hasta tarafından, kanı alınmadan önce sistemik olarak da kullanılabilir. EKF, başta mikozis fungoides (MF) olmak üzere, Graft Versus Host Hastalığı (GVHH), sistemik skleroz, solid organ transplant rejeksiyonunun önlenmesi gibi tedaviye dirençli çeşitli hastalıklarda etkin bulunmuştur. Bu çalışmada, kliniğimizde EKF tedavisi uygulanan hastaların özelliklerinin ve tedaviye yanıtlarının değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

**Yöntem:** Çalışmaya Ocak 2012-Temmuz 2021 tarihleri arasında, en az 2 siklus fotoferez tedavisi almış olan hastalar dahil edildi. Bir fotoferez siklusu, ayda bir kez 2 ardışık gün uygulanan tedaviden oluşmaktaydı. Hastaların demografik özellikleri, tanısı, tedaviye fotoferez eklenme amacı ve aldığı ek tedaviler kaydedildi. Tedavi yanıtı, kısmi veya tam düzelme, stabil hastalık, kötüleşme şeklinde değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 10 hasta (4 kadın, 6 erkek) dahil edildi. Hastalardan 9'u MF olup (1'i evre 2A, 8'i evre 3-4), 6'sında eritrodermi, 1'inde hematolojik tutulum, 1'inde Sezary Sendromu, 1'inde dirençli lokalize lezyonlar ve şüpheli lenf nodu tutulumu mevcuttu. Bir hasta kronik sklerotik GVHH nedeniyle fotoferez tedavisi almış, 5 siklus sonrası tedaviye devam etmemişti. Hastaların aldığı fotoferez siklus sayısı 2-49 arasındaydı. MF hastalarının 5'inde kısmi düzelme, 1 hastada stabil seyir izlendi. Dört hasta hastalığın kötüleşmesi sonucu, kısmi düzelme gözlenen hastalardan biri kafa travması, stabil seyreden bir hasta ise miyokard enfarktüsü nedeniyle tedavisi sürmekteyken kaybedildi. Üç hasta ek tedavi olarak brentuksimab, 1 hasta gemsitabin almaktaydı. Asitretin, interferon, beksaroten, lokalize radyoterapi, total vücut elektron demeti irradyasyonu diğer ek tedaviler arasındaydı. Fotoferez tedavisinin belirgin bir yan etkisi gözlenmemekle birlikte, tedaviye uyumu zorlaştıran en önemli faktör, hastalarda uygun damar yolu bulunmasının zorluğu ve bazı hastalarda bu nedenle intravenöz kateter uygulanmasının gerekliliği idi.

**Tartışma ve Sonuç:** EKF, dirençli ve ileri evre MF'de alternatif bir tedavi seçeneği olarak önemli bir yere sahiptir. Ancak tedavi maliyetinin yüksek olması, yaygın olarak kullanımını sınırlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** fotoferez, mikozis fungoides, UVA

## SS-28

### Sinnamaldehitin 2,4-dinitroflorobenzen ile oluşturulan atopik dermatit benzeri lezyonlar üzerine etkisi

Eda Ustaoglu<sup>1</sup>, Övgü Aydın<sup>2</sup>, Şenay Ağırçöl<sup>3</sup>, Ceyda Çaytemel<sup>3</sup>, Zafer Türkoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bursa Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Bursa

<sup>2</sup>Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Atopik dermatit; kronik, kaşıntılı, tedavisi zor ve uzun süren inflamatuvar bir hastalıktır. Tarçın iyi bilinen ve yaygın kullanılan bir baharattır. Antidiyabetik, antimikrobiyal, antialerjik, antiinflamatuvar etkileri çalışmalarda gösterilmiştir. Sinnamaldehit bu etkilerden sorumlu olduğu düşünülün, tarçın içinde en yüksek oranda bulunan organik bileşiktir. Bu tez çalışmasında sinnamaldehitin atopik dermatit lezyonları üzerindeki antiinflamatuvar etkisinin araştırılması amaçlanmış ve bu amaçla farelerde 2,4-dinitroflorobenzen (DNFB) ile oluşturulan atopik dermatit (AD) modelinde sinnamaldehitin etkileri histopatolojik ve immünohistokimyasal olarak incelenmiştir.

**Yöntem:** Etik kurulu onayı alındıktan sonra 24 adet fare, kontrol-A grubu (6), AD modeli-B grubu (6), AD modeli + kortikosteroid tedavisi-C grubu (6), AD modeli+sinnamaldehit tedavisi-D grubu (6) olmak üzere 4 gruba ayrıldı. İlk 5 haftada B, C, D gruplarında AD modeli oluşturuldu. 5-8.haftalar arası Grup C'ye topikal kortikosteroid tedavisi uygulanırken, Grup D sinnamaldehit ile beslendi (50 mg/kg/gün). 8. haftanın sonunda farelerden dorsal deri biyopsileri alındı. Bu biyopsiler histopatolojik (epitel kalınlığı) ve immünohistokimyasal olarak (IL-25, IL-33, TLSP ve kaspaz-3) değerlendirildi.

**Bulgular:** Epitel kalınlığı, AD modeli oluşturulan grup, sinnamaldehit ile beslenen grup ve topikal kortikosteroid ile tedavi edilen gruplarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Bununla birlikte AD modeline göre sinnamaldehit ile beslenen farelerde epitel kalınlığında anlamlı azalma saptanmadı. IL-25 ile boyanmada (yoğunluk+yaygınlık) kontrol grubuna göre AD model grubunda ve sinnamaldehit ile beslenen grupta anlamlı yüksek boyanma gözlemlendi. Sinnamaldehit ile beslenen grup ile AD modeli oluşturulan grup arasında anlamlı fark gözlemlenmedi. IL-33 ile değerlendirmede kontrol grubuna göre diğer 3 grup da yoğunluk açısından anlamlı olarak yüksek değerlendirildi. Sinnamaldehit ile beslenen grupta AD model grubuna göre anlamlı fark gözlemlenmedi. Kaspaz-3 ile boyanmada; sinnamaldehit ile beslenen grup, AD modeli oluşturulan grup ve steroid ile beslenen gruba göre anlamlı azalma göstermiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamız keratin kaynaklı sitokinler olan IL-33, IL-25 ve keratinosit apoptozunu gösteren kaspaz-3'ün AD patogenezinde rol aldığını desteklemektedir. Tarçında bulunan bir bileşik olan sinnamaldehitin, kaspaz-3'ü azaltmada topikal kortikosteroidten daha etkili bulunması ile birlikte ileride yapılacak çalışmalarla birlikte AD tedavisinde antiinflamatuvar etkisinden faydalanılabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** atopik dermatit, sinnamaldehit, 2,4-dinitroflorobenzen, IL-25, IL-33



## SS-29

### Atopik dermatit tanılı hastalarda dupilumab tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi

Özge Aşkın, Sera Nur Yücesoy

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

**Giriş ve Amaç:** Atopik dermatit kaşıntılı eritemli papül ve plaklarla karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Oldukça sık görülür ve insidansı %10 civarında bildirilmiştir. Topikal nemlendiriciler ve topikal steroid ve kalsinörin inhibitörlerinin aralarında olduğu anti-inflamatuvar ajanlar tedavide ilk basamağı oluşturmakla birlikte orta ve şiddetli vakalarda bu tedaviler yetersiz kalabilmektedir. Siklosporin atopik dermatit tedavisinde en sık kullanılan immünsüpresif ajanlardan olup yan etki profili kullanımını sınırlayabilmektedir. Dupilumab IL-4 ve IL-13 sinyal yollarını engelleyen, orta ve şiddetli atopik dermatitte tedavi onayı almış insan monoklonal antikorudur. Bu çalışmada dupilumab tedavisinin atopik dermatit hastalarında etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya orta-şiddetli atopik dermatit tanılı 14 hasta dahil edildi. Bu hastalar Ocak 2019- Ocak 2020 tarihleri arasında dupilumab tedavisi alan hastalardan oluşmaktaydı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri 18 yaş üzeri olmak, başlangıç SCORAD skorunun 30 üzerinde olması, topikal ve en az bir sistemik immünsüpresif ajanla tedaviye yanıtızlık şeklinde belirlendi. Hastalar tedavi başlangıcında ve tedavinin 3. ayında SCORAD skoru, total IgE seviyesi kaşıntı-VAS skoru ile değerlendirildi. Verilerin analizinde Wilcoxon ve Spearman korelasyon testi kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 6'sı kadın 8'i erkek toplamda 14 atopik dermatit tanısı olup dupilumab alan hasta dahil edildi. Bu 14 hasta 600 mg yükleme dozunu takiben, 2 haftada bir 300 mg subkutan dupilumab tedavisini düzenli olarak en az 3 ay aldı. Çalışma süreci boyunca hastalardan bir tanesi tedavinin başlangıcında atağı bastırmak amacıyla tek doz IM betametazon dipropiyonat ve betametazon sodyum fosfat tedavisi alırken, bütün hastalarda alevlenme periyotlarında topikal nemlendirici ve topikal steroid kullanımına izin verildi. Bütün hastalara tedavi süreci boyunca suni gözyaşı kullanmaları önerildi. Başlangıç SCORAD skoru ortalama değeri 50,9 iken tedavinin 3. ayında 20,56'ydı ve bu düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0,05$ ). Başlangıç VAS kaşıntı skoru ortalama değeri 8,07 iken tedavinin 3. ayında yapılan değerlendirmede VAS kaşıntı skoru 2,64'e geriledi. Bu düşüş de istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0,05$ ). Tedavinin başlangıcında ölçülen ortalama serum total IgE değeri 3577,86 iken, tedavinin 3. ayında yapılan ölçümlerde ortalama serum total IgE seviyesi 774,46'ydı ve bu düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0,05$ ). Bunun yanında, hastaların başlangıç SCORAD skorları ile serum total IgE seviyeleri arasında da ( $p=0,97$ ) başlangıç ve tedavinin 3. ayında ölçülen SCORAD ve serum total IgE değerlerindeki düşüşler arasında da ( $p= 0,47$ ) anlamlı bir korelasyon izlenmedi. En sık yan etki olan konjunktivit %7,1 oranında saptandı

**Tartışma ve Sonuç:** Yürüttüğümüz çalışmanın sonucunda dupilumab tedavisi ile hastaların SCORAD, serum total IgE ve kaşıntı VAS skorlarında anlamlı düşüş gösterildi. Başlangıç SCORAD skoru ile serum total IgE değerleri arasında anlamlı ilişki gösterilemedi. Ayrıca SCORAD ve serum total IgE değerlerindeki düşüşler arasında da korelasyon gösterilemedi.

**Anahtar Kelimeler:** atopik dermatit, dupilumab, SCORAD

## SS-30

### ABO kan gruplarının kronik spontan ürtiker etyolojisinde ve kliniğinde rolü olabilir mi?

Sevda Önder<sup>1</sup>, Fatma Yıldırım Etgü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu

<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ordu

**Giriş ve Amaç:** Kronik spontan ürtiker (KSÜ) altı hafta veya daha fazla süren ürtiker semptomlarıyla tanımlanır. Ürtikerin altı aydan uzun süre devam etmesi kronik inflamasyona neden olur. IL-1 $\beta$ , IL-6 ve tümör nekrosis faktör (TNF) gibi proinflamatuvar sitokinler ile çözünebilir hücreler arası adezyon molekülleri (sICAM-1) kronik ürtikerde artar. ABO loküsündeki tek nükleotid polimorfizmleri, iki serum inflamasyon belirteci, TNF-alfa ve ICAM-1 ile bağlantılıdır. ABO antijenik sisteminin insan hastalıklarındaki rolü için moleküler mekanizmanın, bunların yanında von Willebrand faktörü ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kan grubu antijenleri gibi genetik faktörler, bazı tıbbi durumların riskini, şiddetini ve gelişimini etkiler. Kan gruplarının, patogenezinde koagülasyon ve inflamasyonun önemli rol aldığı kronik spontan ürtiker etyolojisi ve kliniği ile ilişkili olabileceğini düşündük. Bu çalışmada ABO kan grupları ile KSÜ etyolojisi ve kliniği arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya 2019 yılında kliniğimizde takip edilen 139 KSÜ hastası ve yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 286 sağlıklı kontrol hasta dahil edildi. Hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi ve kan grupları not edildi. İnflamatuvar ve kronik hastalığı olan bireyler çalışma dışı bırakıldı. Hastaların anjiyoödem varlığı not edildi. Hastaların ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet gibi verileri kaydedildi. Her iki grup A, B, O, AB ve Rh faktör durumuna göre Rh- ve Rh+ olarak sınıflandırıldı. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmada kronik spontan ürtiker hastaları ile kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından bir fark yoktu. Hasta grubunda 63 hasta (%45,3) A, 18 hasta (%12,9) B, 2 hasta (%1,4) AB, 56 hasta (%40,3) O kan grubuna sahipti. Kontrol grubunda 121 kişi (%42,3) A, 49 kişi (%17,1) B, 18 kişi (%6,3) AB ve 98 kişi (%34,3) O kan grubuna sahipti. ABO kan grupları ve kontrol ve hasta grupları arasında anlamlı bir ilişki yoktu ( $\chi^2= 6.856$  p=0.077). Gruplar Rh faktör durumuna göre incelendiğinde ise anlamlı bir ilişki bulundu ( $\chi^2= 4.02$  p=0.045). Hasta grubunda Rh- sıklığı anlamlı olarak kontrol grubuna göre daha fazlaydı. Hasta grubunda anjiyoödem olanlar ile olmayanları karşılaştırdığımızda hem ABO hem de Rh durumu açısından anlamlı bir farklılık saptamadık.

**Tartışma ve Sonuç:** ABO kan grubu yararlı ve değerli bir kaynaktır, çünkü kan gruplarının kalıtımı herhangi bir çevresel faktörden etkilenmez. ABO antijenleri, eritrositlere ek olarak, bağırsak mukozası, endotel, böbrek, kalp, deri ve diğer organlar dahil olmak üzere birçok dokuda yaygın şekilde eksprese edilir. Kan grubu polimorfizmi ve hastalık arasındaki bağlantının ilk kanıtı, peptik ülserlerin O kan grubu ile ilişkisi idi. Daha sonra bir çok kronik hastalık ve enfeksiyonlar ile kan grupları arasında ilişki gösterilse de aradaki mekanizmalar tam olarak netlik kazanmamıştır. Literatüre baktığımızda atopik dermatit, allerjik rinit, besin allerjileri, ve astım gibi atopik durumlar ile kan grupları arasında ilişkileri gösteren yakın zaman da yapılmış çalışmalar vardır. Kan grubu antijenleri bireylerin hastalıklara duyarlılığını etkileyebilecek toksinler veya allerjen maddeler için reseptör gibi davranabilirler. Çalışmamızda her ne kadar ABO grupları açısından anlamlı ilişki saptanmasa da hasta grubunda Rh - sıklığı anlamlı olarak fazlaydı. Daha geniş gruplarla yapılacak çalışmalar ile elde edilecek anlamlı ilişkiler özellikle kronik hastalıkların öngörüsü konusunda sağlık çalışanlarına ve hastaların tedavisine katkı sağlayabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** kronik spontan ürtiker, kan grubu, inflamasyon

## SS-31

### **Kronik spontan ürtikerli hastalarda ikinci kuşak antihistaminler ve omalizumab tedavisinin nötrofil/lenfosit oranı, trombosit/lenfosit oranı ve ortalama trombosit hacmi üzerine etkilerinin birbirleriyle ve kontrol grubu ile karşılaştırılması**

Zülküf Arslan, Cemal Bilaç

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

**Giriş ve Amaç:** Kronik spontan ürtiker 6 haftadan uzun süren, çoğunlukla etiyolojik neden tespit edilemeyen, tekrarlayıcı sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. İnflamasyonun parçası olan nötrofil, lenfosit ve trombositlerin KSÜ patogenezinde rolü net değildir. Yapılan çalışmalarda nötrofil / lenfosit oranı (NLO), trombosit / lenfosit oranı ve MPV'nin KSÜ'de inflamasyon belirteci ve tedaviye yanıtı değerlendirmede kullanılabileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda KSÜ hasta grubunda ve kontrol grubunda NLO, TLO ve MPV değerlerine bakarak, bu değerleri kontrol grubu ve tedavi öncesi hasta gruplarında karşılaştırmayı, antihistamin tedavisi ve omalizumab tedavisi ile bu değerlerde meydana gelen değişimlerini araştırmayı amaçladık

**Yöntem:** Çalışmaya Manisa Celal Bayar Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniği'ne başvurankronik spontan ürtiker tanılı, 18 yaşından büyük, malignitesi olmayan, enfeksiyöz hastalığı olmayan, immünsüpresif ilaç kullanımı olmayan, antihistamin veya omalizumab tedavisi almış olan 146 hasta dâhil edildi. Antihistamin grubunun tedavi öncesi ve tedavinin 4. haftasındaki, omalizumab grubunun ise tedavi öncesi ve tedavinin 3. ayındaki hemogram parametreleri retrospektif olarak incelendi. Retrospektif olarak seçilen 150 kişilik kontrol grubu polikliniğimize başvuran, ürtiker tanılı olmayan, araştırmanın dışlanma kriterlerinin uygulandığı, sistemik inflamatuvar, enfeksiyöz ve malignite grubunda yer almayan hastalar dahil edildi ve hemogram parametreleri incelendi.

**Bulgular:** KSÜ tanılı antihistamin ve omalizumab tedavi grubunun tedavi öncesi nötrofil ve NLO değerleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı yüksek bulunmuş ancak birbirleriyle aralarında anlamlı fark bulunmamıştır (Nötrofil sayısı antihistamin-kontrol grubu  $p=0,018$  ve omalizumab-kontrol grubu  $p<0,001$ ; NLO: antihistamin-kontrol grubu  $p=0,017$  ve omalizumab-kontrol grubu  $p=0,024$ ). Trombosit sayısı, omalizumab grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,027$ ). MPV değeri omalizumab grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Lenfosit sayıları ve TLO değeri açısından, tedavi öncesi hasta grupları ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Antihistamin grubunda tedavinin 4. haftasında, tedavi öncesine göre hematolojik parametrelerde anlamlı bir değişiklik saptanmadı. Omalizumab grubunda, tedavinin üçüncü ayındaki tetkiklerinde tedavi öncesine göre nötrofil sayısı ( $p=0,004$ ) ve trombosit sayısında ( $p=0,019$ ) anlamlı düşüş olduğu saptanmıştır. Her iki grupta tedavi sonrası, tedavi öncesine göre NLO değerinde azalma ve MPV değerinde artış görülmüş ancak bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür.

**Tartışma ve Sonuç:** KSÜ hastalarında hastalık aktivitesini ve tedaviye yanıtı değerlendirecek objektif testlere ihtiyaç vardır. Çalışmamızda, KSÜ hastalarında nötrofil sayısı, trombosit sayısı, NLO değerleri kontrol grubuna göre yüksek ve MPV değeri ise düşük bulundu. Bu değerler hastalık aktivitesini gösterebilecek belirteçler olabilir. Tedavi sonrası omalizumab grubunda nötrofil sayısı ve trombosit sayısında anlamlı düzeyde azalma tespit edildi. Omalizumab, anti-IgE etkisinin yanı sıra sahip olduğu antiinflamatuvar etki ile nötrofil sayısı ve trombosit sayısında normal referans aralığında olacak şekilde azalmaya yol açmış olabilir

**Anahtar Kelimeler:** Kronik spontan ürtiker, antihistamin, omalizumab, NLO, TLO, MPV

## SS-32

### Alopesi areata hastalarında psikojenik faktörlerle klinik özelliklerin ilişkisinin değerlendirilmesi

Gül Aslıhan Çakır Akay<sup>1</sup>, Burcu Tuğrul<sup>2</sup>, Fatma Gülrü Erdoğan<sup>3</sup>, İrem Kar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Serbest Dermatolog

<sup>2</sup>TC Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

<sup>3</sup>Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Ankara Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Alopesi areata (AA) etyolojisinde, genetik ve otoimmünite başta olmak üzere psikojenik faktörler uzun zamandır suçlanmaktadır. Ayrıca benign bir inflamatuvar hastalık olarak tanımlanmasına rağmen yol açtığı kozmetik bozukluk çoğu hastanın psikojenik durumunu da etkileyebilmektedir. Bununla birlikte hangi klinik ve sosyodemografik özelliklerin bu ilişkide ön planda olduğu halen tartışma konusudur. Bu çalışmada AA' lı hastaların depresyon, kaygı düzeylerinin ve yaşam kalitesinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve bazı klinik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmaya AA tanısı alan 72 hasta ve yaş, cinsiyet, eğitim derecesi ve meslek uyumlu 62 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik verileri kaydedildi. Hasta grubu şiddetine göre; hafif/orta (%50' den az saç kaybı) ve ağır (%50' den fazla saç kaybı), süresine göre; akut (1 yıldan kısa) ve kronik (1 yıldan uzun),aktivitesine göre; aktif ve inaktif, yaygınlığına göre; unifokal ve multifokal olmak üzere alt gruplara ayrıldı. Tüm hasta ve sağlıklı kontroller Beck Depresyon, Beck Anksiyete envanterleri ve kısa form 36 (KF-36) ölçeği ile değerlendirildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare Testi veya Fisher'ın Exact Testi, sayısal bir değişken için grup değişkeninin kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığına bakılırken Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Sayısal iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığına bakılırken normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Ortalama hastalık süresi 24,18+29,37 aydı. Hastaların klinik, demografik bilgileri tablo 1' de gösterilmektedir. AA' lı grupta total depresyon ve total anksiyete skorları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti ( $p < 0,001$ ) (Tablo 2). AA alt grupları karşılaştırıldığında ise bu skorlarda anlamlı fark saptanmadı. KF-36 alt ölçeklerinden vitalite ve emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlaması hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük saptandı ( $p: 0,003$ ,  $p: 0,001$ ) (Tablo 2). KF alt ölçekleri AA alt grupları arasında karşılaştırıldığında sırasıyla; vitalite ve mental sağlık alt ölçekleri şiddetli grupta hafif/orta gruba göre anlamlı derecede daha düşük saptandı ( $p:0,032$ ,  $p:0,019$ ). Genel sağlık alt ölçeği ile hastalık süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki ( $p:0,023$ ,  $r:-0,267$ ) mevcuttu ve bu ölçek kadınlarda ve kronik olgularda erkeklere ve akut olgulara göre anlamlı derecede düşüktü ( $p:0,02$ ,  $p: 0,018$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışma bulgularımız ışığında; AA kronikleştikçe depresyon ve kaygı bozukluğuna ilaveten daha ön planda genel sağlık algısında(özellikle kadınlarda) bozulmaya yol açmaktadır. Komorbiditenin eşlik etmediği AA her ne kadar benign ve kozmetik bir bozukluk olarak tanımlansa da başta kronik ve şiddetli vakalarda yaşam kalitesinde düşme ve duygu durum bozukluğu gibi psikojenik bozukluklara yol açabileceği hasta yönetiminde akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Alopesi areata, depresyon, anksiyete,stres,yaşam kalitesi

**Tablo-1**

	Alopesi areata (n)
Akut	42
Kronik	30
Kaş, kirpik tutulumu	8
Sakal tutulumu	18
Alopesi totalis/universalis	6
Alopesi areata	66
Hafif/orta	54
Ağır	18
Unifokal	33
Multifokal	39
Aktif	32
İnaktif	40

*Alopesi areata hastalarının klinik, demografik özellikleri*

**Tablo-2**

	Hasta		Kontrol		p
	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca (minimum- maksimum)	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca (minimum- maksimum)	
Beck depresyon skoru	14,69±10,329	12(0-41)	6,55±6,488	4,5(0-28)	<0,001
Beck anksiyete skoru	11,64±9,713	10(0-50)	5,74±7,585	3(0-31)	<0,001
Emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlanması	50±34,030	66,67(0-100)	68,82±38,112	100(0-100)	0,001
Vitalite	49,65±18,658	50(0-95)	58,71±18,083	65(10-95)	0,003

*Hasta ve kontrol gruplarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Kısa Form-36 alt ölçeklerinin sonuçlarının karşılaştırılması*

**SS-33****Hidradenitis suppurativa tanılı hastalarda İL-9 düzeyinin değerlendirilmesi**Orhan Sen<sup>1</sup>, Yıldız Hayran<sup>1</sup>, Çiğdem Yücel<sup>2</sup><sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara<sup>2</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Kliniği, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Hidradenitis Suppurativa (HS) deride rekküren papül, püstül, abse, sinüs ve skarlarla karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın patogenezi tam olarak anlaşılammıştır, ancak birçok çalışma doğal ve adaptif immün sistemin hücrelerinin aktivasyonu ile salınan proinflamatuvar sitokinlerin ve interlökinlerin potansiyel rolünü ortaya koymuştur.

Çalışmamızda HS patogenezinde rol alabileceği düşünülen İL-9 düzeyinin değerlendirilmesi ve gelecekteki tedavilere yol göstermek amaçlanmıştır

**Yöntem:** HS hastalarında serum IL-9 düzeylerini araştırmak ve hastalık özellikleri ile ilişkisini değerlendirmek için HS tanısı alan 93 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 72 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi.

Serum IL-9 konsantrasyonlarını ölçmek için Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) yöntemi kullanıldı.

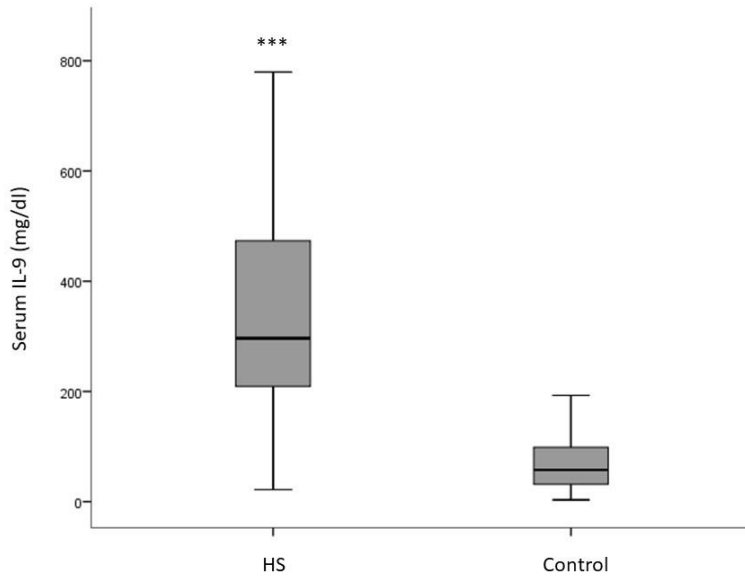
**Bulgular:** Serum IL-9 düzeyleri HS grubunda kontrollerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ( $p < 0.001$ ).

Hastalık şiddeti ile serum IL-9 seviyeleri arasında anlamlı ilişkiler mevcuttu. Hurley evre III olan hastaların serum IL-9 düzeyleri Hurley evre I ve II olan hastalarda anlamlı olarak yüksekti ( $p = 0.029$ ). Ayrıca hekimin global değerlendirme (PGA) skorları ile serum IL-9 düzeyleri arasında pozitif bir korelasyon izlendi ( $p = 0.003$ ,  $r = 0.31$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** IL-9 seviyeleri, HS'nin patogenezinde katkıda bulunabilir ve hastalığın gelecekteki biyolojik tedavisi için bir aday olabilir.

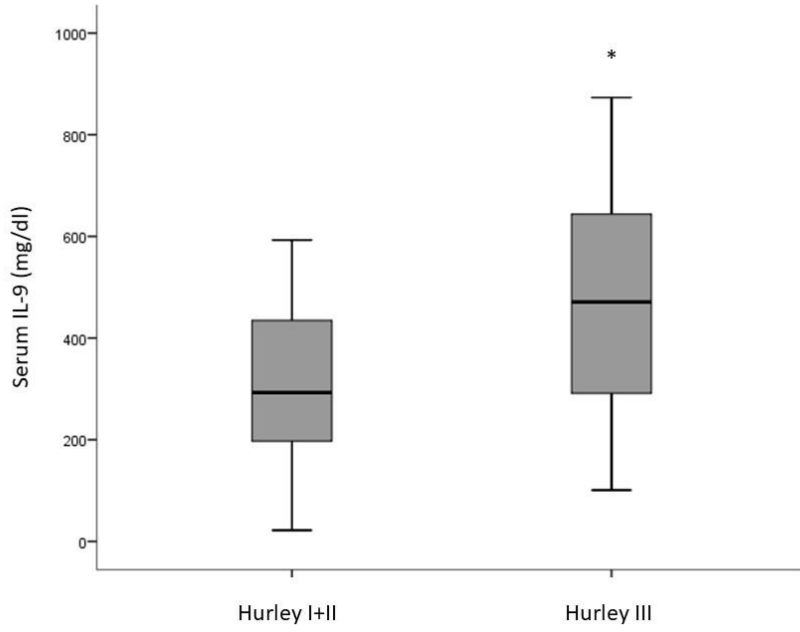
HS patogenezinde rol alabileceği düşünülen İL-9 düzeyinin değerlendirilmesi ve gelecekteki tedavilere yol göstermek amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** : Etyopatogenez, Hidradenitis Suppurativa, İnterlökin-9, İnflamasyon

**Şekil 1**

*Hasta ve Kontrol Grubunda Serum Serum IL-9 Düzeylerinin Dağılımını Gösteren Kutu Çizgi Grafiği*

**Şekil 2**



*Hasta Grubunda Hurley Evrelemesine Göre Serum IL-9 Düzeylerinin Dağılımını Gösteren Kutu Çizgi Grafiği*

## SS-34

### Kronik ürtikerde yüksek dozda omalizumab kullanımının etkinliği ve güvenirliliği

Fatmaelif Yıldırım<sup>1</sup>, Fatma Aslı Hapa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

<sup>2</sup>Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, İzmir

**Giriş ve Amaç:** Monoklonal bir anti-IgE antikoru olan omalizumab, kronik spontan ürtikerli (KSÜ) hastalarda lisanslı dozlarla etkili ve güvenli bir tedavi seçeneğidir. Ancak bazı hastalarda lisanslı dozlar ile yanıt alınamamakta ve doz yükseltilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak doz yükseltme ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Çalışmamızda KSÜ'lü hasta kohortumuzda omalizumab doz yükseltmenin (300mg/2 hafta) etkinliği ve güvenirliliğini değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmamızda ayrıca, 300 mg/4 hafta dozuna yanıt veren ve yanıt vermeyen hastaların klinik ve demografik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Mayıs-2018 ve Nisan-2020 tarihleri arasında omalizumab ile tedavi edilen KSÜ'lü hastaların kayıtlı verileri geriye dönük olarak analiz edildi. Hiç ürtikeryal plağı ve kaşıntısı olmayanlar tam yanıtı, tedavi başlangıcına göre hayat kalitesi artan ve semptomlarında belirgin iyileşme olanlar kısmi yanıtı, semptomlarında hiç iyileşme olmayanlar yanıtız olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 300 mg/4 hafta omalizumab tedavisine tam yanıt veren 49 hasta ve 300 mg/4 hafta omalizumab'a yanıtızlık nedeni ile yüksek doz (300 mg/2 hafta) omalizumab ile tedavi edilen 54 hasta çalışmaya dâhil edildi. Tam yanıtı ve doz yükseltme grubu arasında yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi açısından anlamlı bir fark yoktu. Doz yükseltme grubunda ortalama hastalık süresi, tam yanıt grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha uzundu. Ortalama toplam IgE düzeyleri tam yanıt grubunda daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Eozinofillerin ve bazofillerin ortalama yüzdesi, tam yanıt grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Daha önceki sistemik kortikosteroid ve oral siklosporin tedavisi öyküsü, doz yükseltme grubunda anlamlı olarak daha sıktı. 12. haftada 300 mg/2 hafta omalizumab tedavisi 41 hastada (%75.9) tam yanıt alınmasını sağladı. Yüksek doz kullanan hastalarla tam yanıtı hastalar arasında yan etki açısından farklılık saptanmadı.

**Tartışma ve Sonuç:** Tedaviye dirençli hastaların %75'inde doz artışı ile tam yanıt elde edildiğinden, sonuçlarımız omalizumab yüksek doz uygulamasının etkililiğini ve güvenliğini doğrulamaktadır. Düşük bazofil ve eozinofil yüzdeleri de doz yükseltme ihtiyacını tanımlamada önemli olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ürtiker, Omalizumab, Gerçek hayat verisi



## SS-35

### Pemfigus vulgaris hastalarında prognostik faktörler: Retrospektif kohort çalışma

Gizem Pınar Sun<sup>1</sup>, Rıfkiye Küçükoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi SUAM, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Giriş ve Amaç:**1979-2014 yılları arasında, İstanbul Tıp Fakültesi (İTF) Deri ve Zührevi Hastalıkları Büllü Hastalıklar Polikliniği'nde pemfigus vulgaris (PV) tanısı ile takip edilen hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri ile verilen tedavi, tedaviye yanıt ve tedavi altında gözlenen yan etkilerin incelenmesi ve bu verilerin prognoz ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** İstanbul Üniversitesi İTF Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Büllü Hastalıklar polikliniğinde takipli, 1979-2014 yılları arasında PV tanısı almış 426 olgudan çalışma kriterlerini karşılayan 184 olgunun demografik, laboratuvar ve klinik özellikler retrospektif olarak incelendi. Prognostik faktörlerin incelenmesi amacıyla; olgular relaps oranına ve tedavinin başlangıcından kesilmesine kadar geçen süreye (hastalık süresi) göre karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmamıza toplam 184 PV olgusu dahil edildi. Yaş ortalaması 42,9, kadın/erkek oranı 1,8 bulundu. Çalışma grubunun %98,9'u başlangıç remisyonuna ulaştı. Olguların %16,9'unda başlangıç remisyonuna girdikten sonra relaps gerçekleşmedi; %83,2'sinde ise en az bir kez relaps gerçekleşti. Ortalama başlangıç remisyonuna ulaşma süresi 16 ay; başlangıç remisyonunda kalma süresi ise ortalama 20,5 ay bulundu. Son vizitte olguların %13'ü aktif hastalık, %4,3'ü kısmi remisyon, %32,6'sı minimal tedavili tam remisyon, %11,4'ü tedavisiz tam remisyon, %38,6'sı ise şifa halindeydi. Relaps gerçekleşmesine etkili faktörler incelendiğinde tek değişkenli analiz sonucu şiddetli hastalık ile başvurmak (p=0,05) ve remisyonunda bakılan anti-desmoglein 3 IgG (Dsg3) düzeyinin 20 U/ml'den yüksek olması (p=0,026) relaps riskini artıran faktörler olarak bulundu. Çok değişkenli analizde hem şiddetli hastalık (p=0,027) hem de remisyonunda Dsg3 yüksekliği (p=0,022) relapsa anlamlı olarak etkili bulundu. Genital tutulum (p=0,047), diabetes mellitus (DM) varlığı (p=0,008), hiperlipidemi varlığı (p=0,001), adjuvan tedavi kullanımı (p=0,048), remisyonunda indirekt immünfloresan inceleme (IIF) pozitifliği (p=0,012) ve remisyonunda ölçülen Dsg3 düzeyinin 20 U/ml'in üzerinde olması (p<0,001) tek değişkenli analizde hastalık süresini uzatan faktörler olarak bulundu. Çok değişkenli analizde DM varlığı (p=0,008), hiperlipidemi varlığı (p=0,044) ve remisyonundaki Dsg3 yüksekliği (p=0,05) hastalık süresini etkileyen bağımsız değişkenler olarak saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamız sonucunda DM ve hiperlipidemi varlığı ile remisyonunda ölçülen Dsg3 düzeyinin 20 U/ml'den yüksek olması, hastalık süresini uzatan bağımsız değişkenler olarak bulunmuştur. Ayrıca şiddetli hastalık ile başvurmak ve remisyonunda ölçülen Dsg3 düzeyinin 20 U/ml'den yüksek olması relaps riskini artıran bağımsız değişkenler olarak saptanmıştır. Bu bulgular, literatürde bildirilen diğer prognoz çalışmaları ile uyumludur. Ancak, pemfigusta DM veya hiperlipidemi varlığı ile tedaviye yanıt arasındaki ilişki henüz bildirilmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Pemfigus vulgaris, pemfigus vejetans, prognostik faktörler, tedaviye yanıt, relaps, remisyon

## SS-37

### Behçet hastalığının tanısı ve aktivitesinin belirlenmesinde potansiyel bir belirteç olarak serum elafin düzeylerinin değerlendirilmesi

Armağan Kutlay, Afet Akdağ Köse  
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** Elafin, çeşitli epitelyal dokularda devamlı olarak eksprese edilen, ayrıca inflamatuvar durumlarda deride de üretilen bir serin proteaz inhibitörüdür. PI3 (peptidaz inhibitör-3) ve SKALP (skin-derived antileukoproteinase) olarak da adlandırılır. Behçet hastalığının da aralarında olduğu, dermal nötrofilik infiltrasyonla seyreden bazı hastalıklarda, epidermal elafin miktarının arttığı saptanmıştır. Bu çalışmada, Behçet hastalığının varlığı, aktivitesi ve organ tutulumuyla serum elafin değerlerinin ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Bu prospektif, tek merkezli vaka-kontrol çalışmasında, Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerine göre Behçet hastalığı tanısı almış, 29'u aktif, 25'i inaktif dönemde olan 54 erişkin Behçet hastası ve sistemik inflamatuvar hastalığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 30 kontrol dahil edildi. Araştırmaya katılanlar güncel ve geçmiş semptomları açısından sorgulandı, ayrıntılı fizik muayene yapıldı. Hemogram, ESR, CRP ve diğer rutin laboratuvar incelemelerine ek olarak ELISA yöntemiyle serum elafin düzeyleri ölçüldü.

**Bulgular:** Behçet hastalarında ortalama serum elafin değeri ( $1.58 \pm 0.47$  ng/ml), kontrollere kıyasla ( $1.10 \pm 0.28$  ng/ml) anlamlı olarak yüksek olarak saptandı ( $p < 0.001$ ). Araştırmaya katılanlar aktif Behçet hastalığı, inaktif Behçet hastalığı ve kontrol olmak üzere üç grupta incelendiğinde de serum elafin ortalamaları sırasıyla  $1.73 \pm 0.49$ ,  $1.40 \pm 0.38$  ve  $1.10 \pm 0.25$  ng/ml olarak hesaplandı, üç grup arasındaki farklılık anlamlı bulundu ( $p < 0.001$ ). Aktif ve inaktif Behçet gruplarında serum elafin düzeylerinin farkı tek başına incelendiğinde de anlamlı olduğu görüldü ( $p = 0.008$ ). Aktif artitin serum elafin düzeylerinde belirgin yükselmeye ilişkili olduğu saptandı (sırasıyla  $1.94 \pm 0.61$ ,  $1.51 \pm 0.41$  ng/ml,  $p = 0.008$ ). Üveiti olan hastaların serum elafin seviyeleri de olmayanlara kıyasla yüksekti, fakat fark istatistik olarak anlamlı bulunmadı (sırasıyla  $1.90 \pm 0.28$  ve  $1.55 \pm 0.47$  ng/ml,  $p = 0.068$ ). Mukokütanöz bulgularla elafin seviyeleri arasında belirgin bir korelasyon saptanmadı. 'Receiver operating characteristic' (ROC) eğrisi kullanılarak ideal serum elafin kesim noktası 1.24 ng/ml olarak saptandı. Bu değer baz alındığında serum elafin seviyesinin hastalık varlığını saptamadaki sensitivitesi %72,2, spesifitesi %70,0 olarak hesaplandı. Aktif Behçet hastalığı, inaktif Behçet hastalığı ve kontrol gruplarında ortalama ESR ve CRP düzeylerinin, nötrofil/lenfosit oranı ve trombosit/lenfosit oranı parametrelerinin de anlamlı olarak farklı olduğu görüldü (sırasıyla  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p = 0.023$ ,  $p = 0.010$ ), tüm parametrelerde aktif Behçet hastalığı grubunda en yüksek, kontrol grubunda en düşük değerler saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızda serum elafin seviyeleri Behçet hastaları ve kontroller arasında belirgin farklılık gösterdiğinden dolayı, bu laboratuvar testi Behçet hastalığı tanısında klinik bulguların yanında destekleyici bir unsur olarak umut vaatmektedir. Ayrıca aktif ve inaktif evredeki Behçet hastalarının serum elafin seviyeleri arasında belirgin bir farklılık olması da hastalık aktivasyonunun bir belirteci olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. Özellikle aktif artrit, serum elafin seviyelerinde belirgin yükselmeye neden olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, aktivite, belirteç, elafin, PI3, SKALP

**SS-38****Mikozis fungoides ve pitriyazis likenoides kronika deri lezyonlarında inflamazom ekspresyon düzeyinin immünohistokimyasal olarak değerlendirilmesi**Ecem Bostan<sup>1</sup>, Özay Gököz<sup>2</sup>, Nilgün Atakan<sup>1</sup><sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Mikozis fungoides (MF) derinin primer T hücreli lenfomalarının en sık görülen alt tipidir. Pitriyazis likenoides ise akut formu pitriyazis likenoides et varioliformis akuta; kronik formu pitriyazis likenoides kronika (PLK) olarak sınıflandırılan bir deri hastalığıdır. İnflamazom; reseptör, adaptör ve çeşitli ligand veya aktivatörler için spesifite gösteren efektör proteinden oluşan multimerik bir yapıya sahip doğal immün sistem elemanıdır. AIM2, NLRP1, NLRP3, pyrin ve NAIP/NLRC4 olacak şekilde beş inflamazom tanımlanmıştır. Bu inflamazomların aktive olması sonucu ile kaspaz-1 aktivasyonu gerçekleşmekte ve interlökin-18 ile interlökin-1 $\beta$  salgılanmaktadır. Çalışmamız ile, PLK ve farklı evrelere ait MF deri lezyonlarında inflamazom komponentlerindeki (NLRP-1, NLRP-3, interlökin-1 $\beta$ , interlökin-18 ve kaspaz-1) ekspresyon düzeyini immünohistokimyasal olarak incelemeyi ve bu iki grubu inflamazom ekspresyon düzeyi açısından karşılaştırmayı hedefledik.

**Yöntem:** Ocak 2000 – 1 Aralık 2019 arasında Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde histopatolojik olarak tanı almış, 12 adet evre 1 MF, 12 adet evre 1 dışı MF ve 16 adet PLK vakası çalışmaya dahil edildi. 2016 yılından önce tanı almış, histopatolojik tanısı kronik inflamasyon, skar dokusu ile uyumlu gelen veya primer tümörü eksizye edilmiş ve daha sonra cerrahi sınırları negatif olmak üzere re-eksizyon uygulanmış hastalardan seçilen 16 adet olgu kontrol grubunu oluşturdu. Hastaların yaşı, cinsiyeti ve tanıları; deri lezyonlarının morfolojisi ve lokalizasyonları patoloji raporlarından yararlanılarak belirlendi. NLRP1, NLRP3, kaspaz-1, IL-1 $\beta$  ve IL-18 ile pozitif immünreaksiyon veren inflamatuvar infiltratın yaklaşık yüzdesi x10 ve x20'lik mikroskopik büyütme altında incelenerek belirlendi. Boyanmanın selüler lokalizasyonu, ekrin/pokrin bezlerde, folikülde, damarda, sebase bezlerde ve keratinositlerde boyanma varlığı kayıt edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen tüm olguların yaş ortalaması 47,09  $\pm$  16,35 yıl iken, tüm olguların %50'si (n=28) kadın, %50'si (n=28) erkek idi. NLRP3 ekspresyonunun ikili karşılaştırmalarında hiçbir grup arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Kontrol grubu ve evre 1 dışı MF grubu arasında (p=0,017) ve kontrol grubu ile PLK grubu arasında (p=0,032) NLRP1 immünohistokimyasal boyanması açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. IL-1 $\beta$  ikili karşılaştırmalarında kontrol grubu ve PLK grubu arasında (p=0,013), kontrol grubu ile evre 1 MF grubu arasında (p=0,013) ve kontrol grubu ve evre 1 dışı MF grubu arasında (p=0,040) istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Kaspaz-1 ikili karşılaştırmalarında kontrol grubu ve PLK grubu arasında (p=<0,001), kontrol grubu ile evre 1 MF grubu arasında (p=<0,001) ve kontrol grubu ile evre 1 dışı MF grubu arasında (p=0,001) kaspaz-1 boyanması açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. IL-18 ikili karşılaştırmalarında ise kontrol grubu ve PLK grubu arasında (p=0,001), kontrol grubu ile evre 1 MF grubu arasında (p=<0,001) ve kontrol grubu ve evre 1 dışı MF grubu arasında (p=0,001) istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Tüm gruplar birlikte değerlendirildiğinde NLRP1 ile kaspaz-1 (korelasyon katsayısı=0,265; p=0,048), kaspaz-1 ile IL-1 (korelasyon katsayısı=0,489; p<0,001) ve kaspaz-1 ile IL-18 (korelasyon katsayısı=0,405; p=0,002) arasındaki karşılaştırmalarda korelasyonlar anlamlı bulundu. Kontrol grubunda yalnızca NLRP3 ve NLRP1 ikili karşılaştırılmasında, negatif korelasyon saptandı. (korelasyon katsayısı= -0,541; p=0,030). Evre 1 MF grubunda ise NLRP1 ve NLRP3 ile negatif yönde (korelasyon katsayısı=-0,590, p=0,043); IL-1 $\beta$  ve kaspaz-1 arasında ise pozitif yönde orta derecede (korelasyon katsayısı=-0,676, p=0,016) korelasyon saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, PLK ile MF gelişiminde ve progresyonunda NLRP1 aktivasyonunun ve bu aktivasyon sonucunda tetiklenen inflamazom kaskad elemanlarının (kaspaz-1, IL-1 $\beta$ , IL-18) rolü olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** inflamazom, mikozis fungoides, pitriyazis likenoides kronika

## SS-39

### Oküler tutulumu olan rozase hastalarında kirpikte ve yüzde demodeks varlığının değerlendirilmesi

Zuhal Metin<sup>1</sup>, Nermin Boyraz<sup>2</sup>, Firdevs Örnek<sup>3</sup>, Evin Şingar<sup>3</sup>, Hatice Meral Ekşioğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Zonguldak

<sup>2</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Bir akar olan Demodeksin rozase, pitiriyazis folikülorum, püstüler folikülit, perioral granüloematöz dermatit, hiperpigmente yama ve kronik blefaritin etyopatogenezinde rolleri olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada; rozase patogenezinde gün geçtikçe önemi artan Demodeksin oküler tutulum ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Oküler tutulumu olan 103 rozase tanılı hasta ve herhangi fasiyal dermatozu olmayan 140 gönüllü kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların yazılı ve sözlü onamı alındı. Hasta ve kontrol grubunun tek veya her iki gözünün üst ve alt göz kapağından toplamda 5 adet kirpik pens yardımı ile çekilerek epilasyon yöntemiyle, yüz bölgesinden ise standart yüzeysel deri biyopsi yöntemiyle Demodeks varlığına bakıldı. Işık mikroskopunda, kirpikte cm<sup>2</sup>'de 1 ve daha fazla, yüzde cm<sup>2</sup>'de 5 ve daha fazla Demodeks görülmesi pozitif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** 103 hastanın 27'sinde (%26,2) konjonktivit, 77'sinde (%74,8) blefarit, 1'inde (%1) hordeolum, 24'ünde (%23,3) meibomian gland disfonksiyonu bulunmaktaydı (Şekil 1.1). Kontrol grubundaki bireylerin hepsinin göz muayene bulguları normaldi. Hasta grubunda Demodeks görülme oranı 84,5% iken, kontrol grubunda bu oran 29,3% idi. Oküler tutulumun eşlik ettiği rozasesi olan 103 hastanın 51'inde (%49,6) kirpik ve yüzde, 26'sında (%25,2) sadece kirpikte, 10'unda (% 9,7) sadece yüzde Demodeks akarı mevcutken; 16 (%15,5) kişide hem kirpikte hem yüzde Demodeks akarı görülmedi. Yüz kırk kişilik kontrol grubunun ise 7'sinde (%5) kirpik ve yüzde, 16'sında (%11,4) sadece kirpikte, 18'inde (%12,9) sadece yüzde Demodeks akarı mevcutken; 99 (%70,7) kişide hem kirpikte hem yüzde Demodeks akarı görülmedi. Hasta grubunda kontrol grubuna göre, kirpikte ve yüzde istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla Demodeks pozitifliği saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu çalışmadan elde edilen bulgular, kontrol grubuna göre rozaseli hastalarda göz tutulumunda kirpikte ve yüzde yüksek oranda Demodeks pozitifliği saptandığını, rozase ve oküler rozase patogenezinde Demodeksin önemli rol oynayabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Demodeks, oküler rozase, kirpik

## SS-40

### Kadın hastalarda androjenetik alopesi ve telogen effluviumun trikoskopik ayırıcı tanısı

Işıl Kamberoğlu Turan, Özlem Özbağcıvan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş ve Amaç:** Kadın hastalarda saç dökülmesinin en sık iki sebebi olan telogen effluvium (TE) ve kadın tipi androjenetik alopesi'nin (KAGA) klinik olarak ayırt edilmesi çoğu zaman güçtür. Birçok hastada ayrıntılı laboratuvar incelemeleri, hormonal profil değerlendirmeleri ve bazı hastalarda histopatolojik incelemeler gerekebilmektedir. Trikoskopik incelemenin kadın hastalarda bu iki tablonun ayırıcı tanısı konusundaki literatür verileri ise oldukça sınırlıdır.

Bu çalışmada TE ve KAGA'lı kadın hastalarda trikoskopik bulguların ayırt edici rolünün saptanması amaçlanmıştır

**Yöntem:** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne Nisan 2018 – Aralık 2019 tarihleri arasında başvuran ve TE veya KAGA tanısı almış olan 18 yaş ve üzerindeki tüm kadın hastalarda frontal ve oksipital alanlar trikoskopik olarak incelenmiştir. Klinik ve demografik verilerin yanı sıra tüm olgularda ilaç kullanımları, menstruasyon düzensizlikleri, hirsütizm veya virilizasyon varlığı, gebelik ve emzirme öyküsü sorgulanmış, TSH, ferritin, tam kan sayımı, çinko, folik asit, B12, vitamin D düzeyi ile birlikte gerekli görülen olgularda DHEA-S, androstenedion, FSH, LH, prolaktin, total ve serbest testosteron düzeyleri incelenmiştir. Hastaların trikoskopik incelemelerinde dijital dermoskop (MoleMax II, Viyana, Avusturya) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmamıza 55 TE ve 55 KAGA olmak üzere toplam 110 olgu dahil edilmiştir. Fokal atirşi, artmış vellüs kıllar, foliküler minyatürizasyon, sarı ve beyaz noktalar, bal peteği görünümü ve kıl çapı heterojenitesi hem frontal alanda hem oksipital alanda KAGA grubunda TE grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla izlenmiştir ( $p<0.05$ ). Peripilar bulgu ve basit kırmızı düğümler frontal ve oksipital alanda; perifoliküler skuam ise oksipital alanda TE grubunda KAGA grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla izlenmiştir ( $p<0.05$ ). TE ve KAGA olguları kıl shaftı kalınlığı açısından da karşılaştırılmış olup ince saçlar KAGA'da anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır ( $p=0.002$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Dermatoloji pratiğinde kadın hastalarda TE ve KAGA ayırıcı tanısında trikoskopik incelemenin non-invazif ve pratik bir yardımcı tanı yöntemi olarak rutin muayenede yer alması gerektiğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** androjenetik alopesi, dermoskopi, telogen effluvium

**SS-41****Lenfomatoid Papüloz Pandemi Sürecinde Hastalık Seyri: Tek Merkez Deneyimi**

Gökhan Kaya, Nahide Onsun  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Lenfomatoid papüloz (LyP), CD30+ kutanöz lenfoproliferatif bozukluklar spektrumu içinde nadir görülen bir durumdur. Çalışmamızın amacı LyP hastalarının pandemi koşullarındaki seyrini belirlemek.

**Yöntem:** Hastalar başlıca hastane veri işletim sistemimizden tarandı. Pandemi sürecinde halen takibimizde olan 11 LyP hastamız çalışmaya dahil edildi. Hastaların patolojik alt tipleri, hastalık süresi, eşlik eden ek hastalıkları, pandemi süresince hastalıklarının seyrinde değişim olup olmadığı Covid 19 enfeksiyonu geçirip geçirmediği araştırıldı.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 47 idi. 8 hasta kadın, 3 hasta erkek idi. Hastalık süresi median 125 ay idi. Pandemi sürecinde 5 hastamızın lezyonlarında alevlenme görüldü. Bu hastalardan ikisine brentuksimab, ikisine metotreksat verilirken birisine asitretin+beksaroten jel verildi. 11 hastanın patolojik alt tipleri: 4 'ü A, 4 'ü C, 3 'ü B alt tipinde idi. 11 hastanın 10'unda komorbiditeler eşlik ediyordu(%90,9). 3 hasta Covid-19 enfeksiyonu geçirmişti ve 1 hasta bu süreçte yoğun bakım ihtiyacı duydu ancak tamamı bu süreci sekelsiz atlattı (%27,2). Ayrıca 10 hasta Covid aşılınmalarını yaptırmıştı.

**Tartışma ve Sonuç:** Lenfomatoid papüloz (LyP), primer kutanöz CD30+ T-hücreli lenfoproliferatif hastalıklar arasında sınıflandırılan, değişken klinik özellikler gösterebilen bir deri hastalığıdır. Konu hakkında daha önce yayımlanan verilerden edindiğimiz bilgilere göre primer kutanöz lenfomaların yavaş bir seyri vardır ve pandemi sürecinde de tedavilerine devam edilmelidir. Ayrıca lenfomatoid papüloz enfeksiyon bulaşı açısından düşük risk hasta grubuna dahil edilmektedir. LyP'de prognoz çok iyi olup, beş yıllık sağkalım %100 olarak bildirilmiştir. Serimizdeki hastaların uzun dönem sağkalımı mükemmel idi. Bununla birlikte, yaşam boyu malign lenfoma gelişme riskinin artması nedeniyle, LyP hastaları uzun süreli takip gerektirir. LyP ile ilişkili hematolojik maliniteler, LyP'nin başlangıcından önce, aynı zamanda veya sonrasında ortaya çıkabilir. Uzun dönem takiplerinde ikincil malinite olarak 1 hastada Hodgkin lenfoma ve Mikozis fungoides birlikte görülürken, 1 hastada Renal Hücreli Karsinom, 3 hastada ise lezyonlarına erken evre Mikozis Fungoides eşlik ediyordu.

**Anahtar Kelimeler:** Lenfomatoid papüloz, Deri Lenfomaları, Pandemi

**Tablo**

Vaka lar	Yaş	Alt Tip	MF	Hastalık Süresi (ay)	Ek Hastalık	Covid-19	Aşılama	Lezyonlarda Alevlenme	Tedavi
1	54	B	Evre IA	130	Hipotiroidi, Myom	0	2 S 1 B	Evet	Mtx 10;Beksar, Dermatop
2	40	C	-	360	HL, Hipotiroidi	0	2 B	Evet	Mtx 15
3	31	C	Evre IA	96	Hipotiroidi	1	2 S	Hayır	Beksar jel, targretin
4	68	C	-	120	HT, RCC	0	2S 1 B	Evet	Dermatop
5	48	C	-	150	-	0	2 B	Hayır	Nemlendirici
6	46	B	-	108	-	0	2 S	Evet	Evet
7	52	A	Evre IA	12	-	0	1 B	Evet	Asitretin, Beksar jel
8	57	B	Evre IA	130	DM	0	2 S, 1 B	Hayır	Mtx
9	48	A	-	36	AS	1	0	Hayır	-
10	44	A	-	204	İktiyozis	0	2 S	Hayır	Nemlendirici
11	30	A	-	30	Toz Allerjisi	1	1 B	Hayır	Nemlendirici

## SS-42

### Telogen effluviumlu 665 kadın hastada laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi

Baran Cayhan<sup>1</sup>, Esra Soylu<sup>2</sup>, Zafer Türkoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Telogen effluvium(TE), erişkin kadınlarda görülen saç kaybının en sık sebeplerinden biridir. Günlük 50-100 adet telogen evrede kıl dökülmesi normal kabul edilmektedir ancak daha fazla dökülme durumunda etiyolojik araştırma yapılmalıdır. TE sebepleri arasında tiroid fonksiyon bozukluklarına ek olarak vitamin B12, folat, çinko, ferritin ve hemogram düzeylerindeki değişiklikler önemli rol oynayabilmektedir. Biz de çalışmamızda polikliniğimizde TE tanısı konulan kadın hastaların laboratuvar değerlerini retrospektif olarak inceleyip adı geçen parametrelerin TE etiyolojisindeki rollerini ortaya koymayı amaçladık.

**Yöntem:** SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji polikliniğine Temmuz 2019 ile Mart 2020 tarihleri arasında saç dökülmesi şikâyetiyle başvuran ve dermatolojik muayene sonucu TE tanısı konulan kadın hastalar çalışmaya alındı. İstatistiksel analiz için SPSS 15,0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verildi.

**Bulgular:** Çalışmaya TE ile uyumlu saç dökülmesi olan 665 kadın hasta dâhil edildi (Ortalama yaş  $\pm$  SS (min-maks): 27.6 $\pm$ 10 [2-66]). Biyokimyasal testlerde ortalama ferritin seviyesi 18.5 ng/ml idi ve hastaların 273'ünde (%43.6) düşüktü. Ortalama B12 vitamini seviyesi 211.6 pg/ml idi ve hastaların 304'ünde (%48.3) düşük, 2'sinde (%0.3) yüksekti. Ortalama folat seviyesi ise 8.30 ng/ml idi ve hastaların 146'sında (%23.4) düşük, 6'sında (%1) yüksekti. Ayrıca ortalama çinko seviyesi 68.2  $\mu$ g/dl idi ve hastaların 351'inde (%56.1) düşüktü. Hastaların tiroid fonksiyon tetkiklerinde; ortalama TSH 2.20 mu/L idi ve 13 (%2.1) hastada düşük ve 15 (%2.4) hastada yüksekti. Ortalama T4 değeri ise 0.84 ng/dl idi ve 10 (%1.6) hastada düşüktü, 19 (%3.0) hastada yüksekti. Son olarak, hemogram incelemesinde ortalama RBC 4,56 milyon hücre/ml idi ve 35 (%5,5) hastada düşüktü. Ortalama HGB ise 12.6 g/dl idi ve 177 (%28.0) hastada düşüktü. Ayrıca ortalama HCT %37.8 idi ve hastaların 288'inde (%45.6) düşüktü.

**Tartışma ve Sonuç:** Dermatoloji polikliniklerine saç dökülmesi şikâyetiyle gelen kadın hastalarda tanı ve nedene yönelik farklı etiyolojik faktörler olsa da tiroid fonksiyon bozuklukları; demir, vitamin B12, çinko, folat eksikliği birçok vakadan sorumlu olabilmektedir. Bu sebeple TE tanısı konulan hastalara bu testler yapılmalı ve tedavi seçeneklerine test sonuçlarıyla birlikte karar verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** telogen effluvium, alopesi, ferritin, B12, çinko, folat

**SS-43****Mikozis fungoides hastalarında psoralen plus ultraviyole A ve düşük doz interferon-a kombine tedavisinin uzun dönem etkinliğinin değerlendirilmesi**

Hatice Erdi Şanlı, İncilay Kalay Yıldızhan, Kaan Gündüz, Bengü Nisa Akay  
Ankara Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** İnterferon-a (İFN-a) immunmodülatör etkileri ile kutanöz T hücreli lenfomalarda önemli etkilere sahip bir ajandır. Erken evrede deri hedefli tedavilere refrakter ya da ileri evre MF hastalarında sıklıkla psoralen plus ultraviyole A (PUVA) ile kombine edilerek kullanılmaktadır. Günlük pratiğimizde sıkça kullanılan bir kombinasyon tedavisi olmasına rağmen literatürde sınırlı sayıda yayında etkinliği değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Kutanöz Lenfoma merkezinde takipli MF hastaları retrospektif olarak incelendi (2000-2021). En az 3 ay süreyle PUVA (oral 0.8 mg/kg 8-metoksipsoralen ile 2-3 kez/hafta) ve İFN-a-2a (3x3MÜ/hafta) kombinasyon tedavisi alan 71 hasta çalışmaya dahil edildi. Tedavi yanıtı tam remisyon (tama yakın düzelme), parsiyel remisyon ( $\geq$  %50 düzelme), stabil hastalık ( $<$  %50'nin altında düzelme), progresyon (eski lezyonda büyüme ya da yeni lezyon çıkışı) olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların 43'ü erkek, 28'i kadın hastaydı. Hastaların tanı anındaki evreleri: evre 1A n:9, evre 1B n:19, evre 2A n:21, evre 2B n:11, evre 3 n:7 evre 4A n: 4 idi ve %69'u erken evre MF tanısına sahipti. Olguların % 25.4'ünde(n:18) folikülotropizm, %22.5'inde(n:16) CD8 ekspresyonu ve %7'sinde(n:5) büyük hücre transformasyonu mevcuttu. Hastaların %33.4'ünde PUVA-İFN-a-2a kombinasyon tedavisi MF tanısı sonrası başlanan ilk tedavi iken, hastaların %66.5'i daha önce tedavi alan hastalardı. İlk tedavi olarak PUVA-İFN-a-2a kombinasyon tedavisi verilen hastaların 7'sinde folikülotropizm, 5'inde tümöral lezyon, 3'ünde eritrodermi, 1'inde CD20 ekspresyonu ve ayrıca 2 hastada bunlara eşlik eden büyük hücre transformasyonu mevcuttu. En sık alınan önceki tedaviler topikal steroid (n: 45, %63.4), PUVA (n:38, %53.5) ve DBUVB(n:15, %21.2 ) idi. Kombinasyon tedavisi süresi ortalaması  $12.4 \pm 7.7$  ay (3-37ay) idi. Kombinasyon tedavisi alan hastaların %45.1'inde(n:32) tam remisyon, %14.1'inde(n:10) parsiyel remisyon, %31'inde(n: 22) stabil hastalık, %9.9'unda (n:7) progresyon izlendi. Erken evre hastalarda tedaviye yanıt (tam ve parsiyel) istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ( $p= 0.009$ ). Folikülotropizm, CD8 ekspresyonu, büyük hücre transformasyonu ve daha önce tedavi almak ile tedavi yanıtı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı( $p> 0.05$ ). Tam remisyona giren hastaların 29'unda (%90.6) nüks izlendi. Tam yanıtın replasa kadar geçen süre 2 ila 37 ay arasında değişmekteydi (ort.  $7 \pm 5.2$ ). Progresyon gösteren hastaların 5'i daha önce MF tedavisi alan ve ileri evre hastalardı. Progresyon gösteren hastaların 1'i sistemik lenfoma sebebiyle KT alırken, diğerlerinde ileri tedavi seçeneği ECP idi. Hastaların toplam yaşam süresi ortalaması  $109.3 \pm 80.4$  aydı (4-410 ay). Son kontrollerinde hastaların %98.5'i hayatta olup (n:70); %70,4'ü (n:50) hastalık bulguları taşırken, %28,1'inde (n:20) hastalık bulgusu yoktu. Hastaların %32.4'ünde (n:23) kombinasyon tedavisine bağlı yan etki görüldüğü ve %14.1'inin (n:10) tedaviyi tolere edemediği için tedaviyi bıraktığı saptandı. En sık görülen yan etkiler PUVA'ya bağlı eritem (n:8), İFN ilişkili lökopeni (n:5) ve depresyon(n:5) olarak saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızda tam remisyon oranı %45.1, toplam yanıt oranı ise %59.6 olarak saptanmıştır ve tam remisyona giren hastaların büyük bir oranda(%90.6) nüks ile seyrettiği görülmüştür. Literatürde PUVA-İFN-a kombinasyon tedavileri ile elde edilen tam remisyon oranları %38 ile %84 arasında değişmektedir. Bu çalışmalara dahil edilen hastaların evreleri, aldığı İFN-a dozu ve sıklığı, PUVA dozları, tedavinin primer sonlanım noktaları birbirinden farklılık göstermektedir. Tüm bu faktörler elde edilen tam remisyon oranlarını etkilemektedir. Erken evre hastalarda PUVA-İFN-a kombinasyon tedavisi etkili bir tedavi olup bizim çalışmamızda saptanan yüksek relaps oranları nedeniyle hastaların yakın takip edilmesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Mikozis Fungoides, PUVA, İnterferon



## SS-44

### Pyoderma gangrenosun klinik karakteristikleri, komorbiditeleri ve tedavi sonuçları: Retrospektif çalışma

Gizem Karatas<sup>1</sup>, Kenan Aydoğan<sup>1</sup>, Hayriye Sarıcaoğlu<sup>1</sup>, Emel Bülbül Başkan<sup>1</sup>, Serkan Yazıcı<sup>1</sup>, Ferdi Öztürk<sup>1</sup>, Şaduman Balaban Adım<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

**Giriş ve Amaç:** Pyoderma gangrenozum (PG), derinin inflamatuvar ve ülseratif bir bozukluğu olarak ortaya çıkan etyolojisi bilinmeyen, nadir görülen bir nötrofilik dermatozdur. ABD’de insidansının yaklaşık olarak 100.000’de 1 olduğu tahmin edilmektedir. Herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmesine rağmen, genç ve orta yaşlı yetişkinler ve kadınlar daha çok etkilenmektedir. PG en yaygın olarak, inflamatuvar bir papül veya püstül ile başlayarak morumsu ve pürülan bir tabanı olan ağrılı bir ülsera ilerleyen klinik görünümle karşımıza çıkar.

PG’li hastaların yarısından fazlası, altta yatan sistemik bir hastalıkla ilişkilidir. İnflamatuvar barsak hastalığı, hematolojik bozukluklar ve artrit en sık görülen komorbiditeleri temsil eder. PG’un patognomonik klinik veya histolojik bulguları olmadığından tanı, klinikopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesine ve diğer inflamatuvar veya ülseratif kutanöz bozuklukların dışlanmasına dayanır. PG için çoklu topikal ve sistemik kortikosteroidler, ve sistemik siklosporin en sık kullanılan farmakolojik ajanlardandır. Tedavi ile hastaların yarısından fazlasının bir yıl içinde yara iyileşmesini sağladığı ve hemen hemen tüm hastaların daha uzun takip süresi ile remisyona ulaştığı tahmin edilmektedir.

Bu çalışmanın amacı kliniğimizde takip ettiğimiz PG olgularının demografik, klinik, ve terapötik özelliklerini retrospektif olarak değerlendirmektir.

**Yöntem:** Son on yıldır kliniğimizde ayaktan ya da yatarak takip edilen 49 pyoderma gangrenozum hastasının dijital tıbbi kayıtları geriye dönük olarak analiz edildi. Tüm hastalara klinik olarak tanı konuldu ve histopatolojik olarak doğrulandı. Temel hasta demografileri (başlangıç yaşı, cinsiyet), lezyonun süresi, lezyonların lokalizasyonu, komorbidite varlığı, uygulanan tedaviler, tedavi yanıtı, yan etkiler rapor edildi.

**Bulgular:** 49 hastamızın 26’sı erkek, 23’ü kadındı. Lezyonun en sık lokalizasyonu %23,1’inde kruris idi; diğer saptanan lokalizasyonların sıklıkları ise femoral bölge (%14,7), gövde ön yüz (%11,5), kol (%9,4), ayak (%8,4), gluteal (%8,4), el (%4,2), meme (%4,2), sırt (%4,2), aksiller (%3,1), inguinal (%3,1), genital (%2,1), presternal (%2,1), yüz (%1,5) şekilde izlendi. Hastaların 6’ünde (%12,2) enflamatuvar barsak hastalığı (Ülseratif kolit:4 Crohn hastalığı:2), 3’ünde (%6,1) Behçet hastalığı, 2’sinde (%4,08) romatizmal bağ dokusu hastalığı (Ankilozan spondilit), 2’sinde (%4,08) hematolojik malignite (Anaplastik büyük B hücreli lenfoma, Myelodisplastik Sendrom) 1’inde (%2,04) Hidradenitis suppurativa, 1’inde (%2,04) psoriasis saptandı. Hastaların 28’i (%57,1) sistemik steroid, 19’u (%38,7) siklosporin, 13’ü (%26,5) TNF-alfa blokerleri, 2’si (%4,08) IVIG, 2’si (%4,08) dapson, 1’i (%2,04), azatiopurin ile tedavi edildi. Hastaların 10’u (%20,4) yalnızca topikal tedaviler ve yara örtüleri ile tedavi edildi. Tüm uyguladığımız tedavi seçeneklerini çeşitli şekilde kombine ettiğimizde tedavi başarısının arttığını görmekteyiz.

**Tartışma ve Sonuç:** Pyoderma gangrenozum, yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olan kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Olgularımızın klinik ve demografik özellikleri önceki raporlarla uyumluydu. Konvansiyonel tedaviler çeşitli başarı oranları ile kullanılmış olup, biyolojik tedaviler hastalığın kontrolünde umut vadeci sonuçlar vermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gangrenozum, pyoderma, ülser

## SS-45

### Akne vulgarisli hastalarda mikroRNA-21, mikroRNA-29b, mikroRNA-98-5p ve diyetin, mTOR ve FoxO1 gen ekspresyon düzeyleri üzerine etkisi

Nazan Akdağ<sup>1</sup>, Yıldız Gürsel Ürün<sup>1</sup>, Drenushe Zhuri<sup>2</sup>, Hazal Sezginer Güler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trakya Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Edirne

<sup>2</sup>Trakya Üniversitesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Edirne

**Giriş ve Amaç:** Akne vulgaris (AV), nüfusun %9,4'ünü etkileyen; pilosebace ünitenin multifaktöriyel inflamatuvar bir hastalıdır. Etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte genetik, hormonal ve çevresel faktörler suçlanmaktadır. Son yıllarda AV etyopatogenezinde Batı tarzı diyetin ve epigenetiğin rolü üzerinde durulmaktadır. Batı tarzı beslenme, nükleer forkhead box protein O1 (FoxO1)'in fosforlanarak bozulmasına sebep olmakta; FoxO1'in inhibisyonu ise mammalian target of rapamycin complex 1 (mTORC1) aktivasyonunu başlatmaktadır. mTORC1'in esas komponentlerinden biri olan mammalian target of rapamisin (mTOR)'un, AV patogenezinde anahtar rol oynadığı düşünülmektedir. Epigenetik, genomik DNA dizisinde değişikliklere neden olmadan, gen ifadesinde meydana gelen kalıtsal değişikliklerdir ve çevre koşulları, beslenme, stres gibi etkilerle değişir. Epigenetik durumu düzenleyen mekanizmalardan biri mikroRNA (miRNA)'lardır. MiRNA'lar, günümüzde hücre içinde birçok hayati fonksiyon göstermelerinin yanında hücre dışında da paketlenmiş halde bulunmaktadırlar. Bu da birçok çalışmada miRNA'ların biyobelirteç olarak kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Çalışmamızda, AV ile Batı tarzı diyetin ve bağlantılı olarak metabolik sendrom (MetS)'in ilişkisinin incelenmesi, AV'li hastalarda doku düzeyinde mTOR ve FoxO1 genlerinde ve miRNA-21, miRNA-29b ve miRNA-98-5p ekspresyon düzeyinde bir değişim olup olmadığının saptanması amaçlandı.

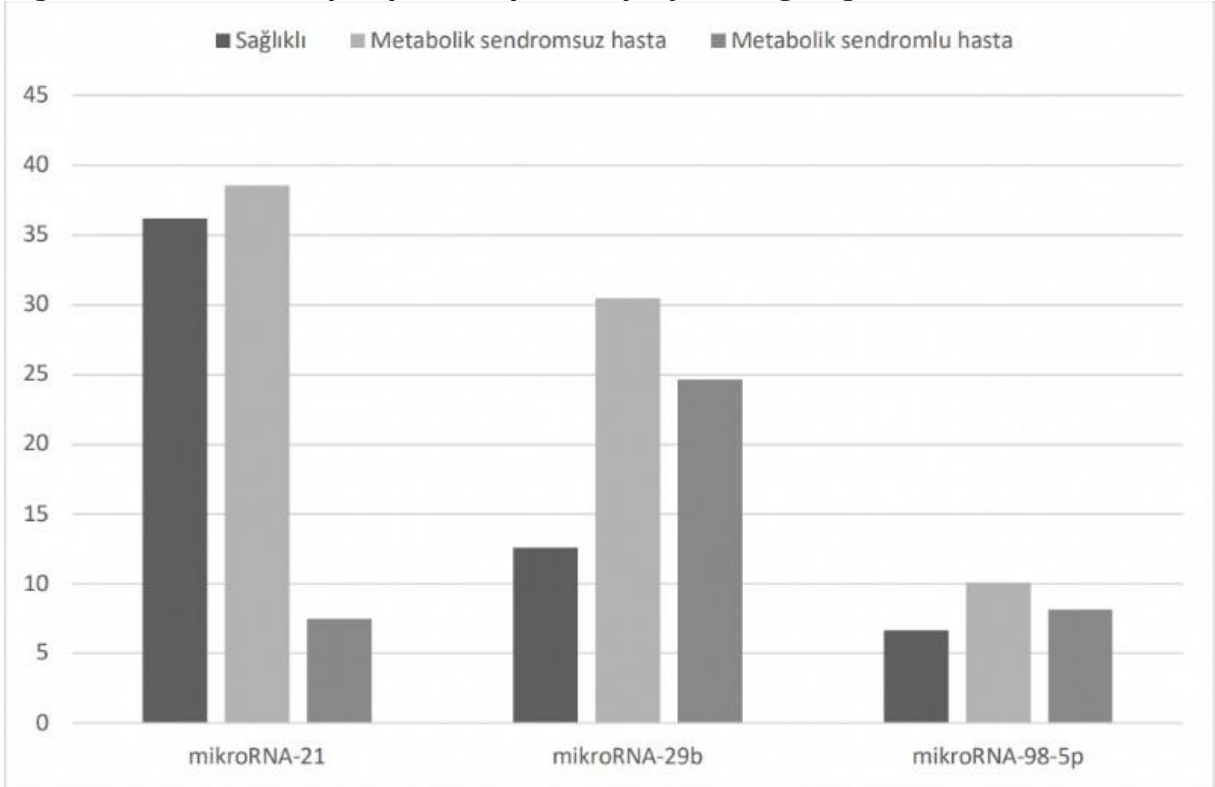
**Yöntem:** Çalışmaya Nisan 2020 ve Ocak 2021 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, 20 yaşından büyük, klinik olarak AV tanı konmuş 36 hasta ve 20 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 56 gönüllü dahil edildi. Hasta ve sağlıklı kontrol olgularının demografik verileri ve klinik özellikleri (yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, hastalığın başlangıç yaşı, AV nedeniyle aldığı tedaviler, aile öyküsü, kronik hastalık ve ilaç öyküsü, boy, kilo, BMI, bel çevresi, sistolik/diastolik tansiyon, kan şekeri, insülin, TG, HDL düzeyleri, hastalık şiddet skorları) kaydedildi. Tüm gönüllülere, Batı tarzı beslenme sıklıklarını ölçmek için, porsiyon ölçütleri standardize edilmiş; besin/ besin gruplarının (kırmızı et, köfte, ciğer, paketli et, yağ, kızartma, yumurta, tahıl, tatlı, şekerli içecek, paketli gıda, süt ve peynir) tüketiminin sıklık ve miktar olarak sorgulandığı diyet anketi uygulandı. Hastalık şiddetini ölçmek için Global Akne Skorum Sistemi kullanıldı. Akne vulgarisli hastaların son bir yıldaki tahlilleri taranarak, MetS'li olanlar bir gruba, olmayanlar ikinci gruba alındı. Akne vulgarisli hastalarda lezyonların yoğun olduğu bölgeden, sağlıklı kontrollerde sırt bölgesinden deri biyopsisi alınarak polimeraz zincir reaksiyonu yöntemi ile mTOR, FoxO1, miRNA-21, miRNA-29b ve miRNA-98-5p gen ekspresyon düzeyleri ölçüldü.

**Bulgular:** Çalışmamıza 41 erkek (%73,2) ve 15 kadın (%26,8) olmak üzere 56 gönüllü dahil edildi. Ortalama yaş 27,38.±6,22 idi. AV başlangıç yaşı kadınlarda 18,25.±6,56 ve erkeklerde 15,64.±2,86 olarak saptandı. 36 kişilik hasta grubunun 16'sı (%44,4) MetS'nin eşlik ettiği AV hastası, 20'si (%66,6) MetS'nin eşlik etmediği AV hastası olarak iki alt gruba ayrıldı. AV şiddeti ile MetS arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Sağlıklı ve AV'li gruplar arasında sigara alışkanlığı açısından anlamlı fark saptanmadı. Sigara içimi ile AV şiddeti arasında bir ilişki görülmedi. AV'li hasta grubunda peynir tüketimi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Sağlıklı kontrol grubunda FoxO1 düzeyi anlamlı olarak yüksek saptandı. AV'li ve sağlıklı olgular arasında mTOR, mikroRNA-21, mikroRNA-29b ve mikroRNA-98-5p ekspresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

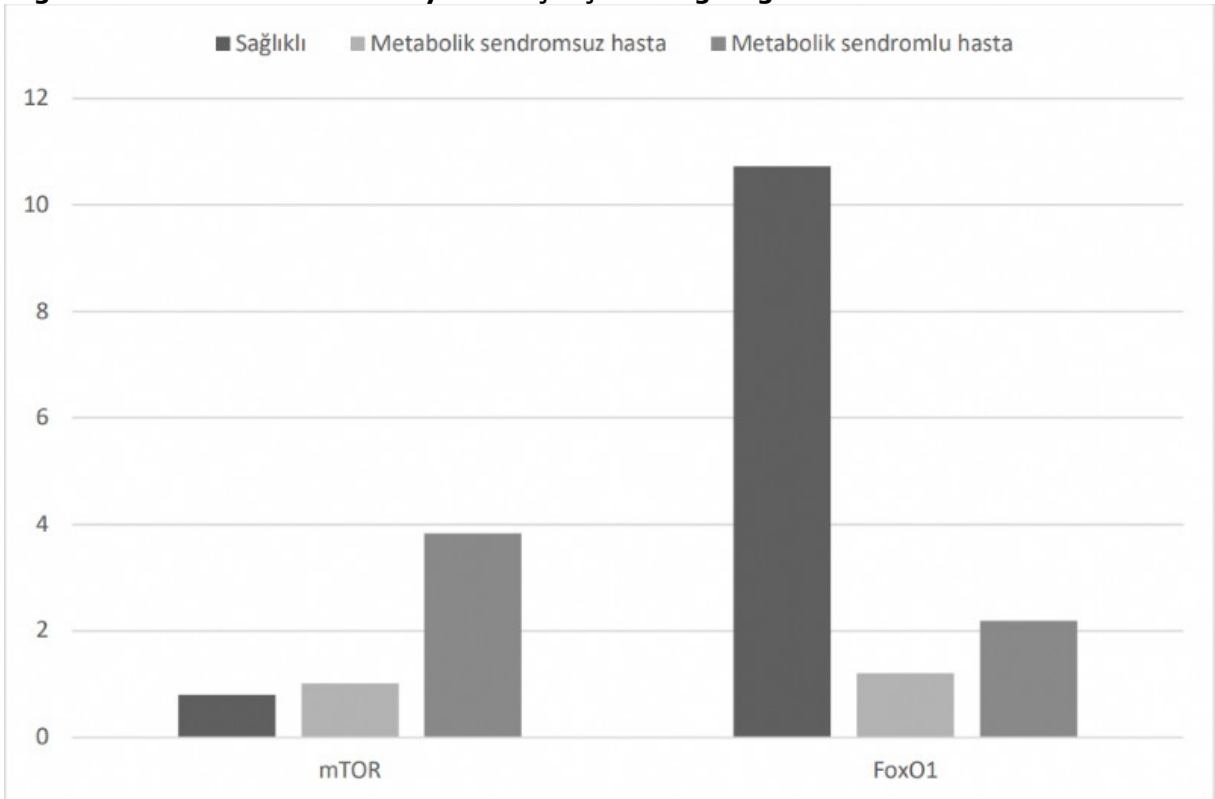
**Tartışma ve Sonuç :** Diyet ve epigenetik parametrelerin AV patogenezindeki rolünün aydınlatılması, AV tedavisinde yeni yaklaşımların geliştirilmesinde rol alabilir. Hedef gen tedavisi ve miRNA'ların AV şiddetiyle ilişkili biyomarker olarak kullanılmasında bu çalışmanın, yeni çalışmalara katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Akne vulgaris, Diyet, FoxO1, mTOR, MikroRNA

### Olguların mikroRNA ekspresyon düzeyleri karşılaştırmalı grafiği



### Olguların mTOR ve FoxO1 düzeyleri karşılaştırmalı grafiği



mTOR: mammalian target of rapamycin, FoxO1: forkhead box protein O1.

## SS-46

### Ayaktan hastalardan istenen dermatoloji konsültasyonlarının değerlendirilmesi: Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi deneyimi

Merve Kaya, Baran Cayhan, Zafer Türkoğlu  
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Ülkemizdeki altı yıllık tıp lisans eğitimi ortalama 2 aylık bir dermatoloji eğitimine imkân tanımaktadır. Dermatologlar dışındaki hekimlerin deri hastalıkları konusundaki bilgileri de bu eğitime dayandığından, hekimlerin deri hastalıklarını tanımada zorlandıkları bilinmektedir. Bu sebeple dermatoloji konsültasyonlarına (ayaktan veya yatan hasta) günlük pratikte çok sık başvurulur. Bu çalışma Dermatoloji konsültasyonu istenen ayaktan takipli hastaların klinik ve demografik özelliklerini, konsültasyon sırasında yapılan incelemeleri ve varılan sonuçları değerlendirmek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Bu çalışmada Ocak 2021 – Haziran 2021 tarihleri arasındaki altı aylık dönemde, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi polikliniklerinde ayaktan muayene edilen hastalar için istenen dermatoloji konsültasyonları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların yaş ve cinsiyet gibi demografik verileri, konsültasyon isteyen klinik ve istem sebepleri, ön tanıları, dermatolojik muayene sonucu tarafımızca konulan tanıları, varsa istenen ek tetkikleri ve hastalara verilen tedaviler kaydedildi. İstatistiksel analiz için "SPSS 15,0 for Windows" programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, minimum, maksimum olarak verildi.

**Bulgular:** Çalışmada incelenen konsültasyon sayısı 935'ti. Hastaların ortalama yaşı 28.18'di (0-92) ve 403'ü (%43.1) 18 yaş altındaydı. Erkek hasta sayısı 433(%46.3) iken kadın hasta 502(%53.7) idi. Konsültasyonların %12.2'si mesai dışındaydı, %5.25'i yabancı uyruklu hastaydı ve %3.1'i gebeydi. Konsültasyon isteyen branşlar incelendiğinde ilk üç; %41.5 pediatrik branşlar, %11.55 erişkin acil, %11.44 de genel dâhiliyeydi. Tarafımızca en çok konulan tanılar incelendiğinde ise; 188(%20.1) hastaya çeşitli dermatitler, 103(%11) hastaya skabiyez ve 246(%26.3) hastaya deri infeksiyonları tanısı konuldu (Bakteriyel:84, Fungal:59 ve Viral:103 hasta). Danışılan hastalara en çok yapılan işlemler; punch biyopsi(%6.6), kriyoterapi(%3.5) ve paterjiydi(%2.1). Son olarak en çok reçete edilen ilaçlar incelendiğinde ise hastaların 265'ine (%28.3) topikal kortikosteroid, 179'una (%19.1) topikal antibiyotik, 171'ine (%18.2) oral antihistaminik ve 103'üne (%11.2) anti-skabiyez ilaçlar verildiği görüldü.

**Tartışma ARTIŞMA VE SONUÇ:** Çalışmamız Türkiye'deki bir şehir hastanesinde ayaktan hastalar için istenen dermatoloji konsültasyonlarını inceleyen ilk çalışmadır. Dermatolojik hastalıkların diğer hekimlerce tanınması ve gerekli görüldüğünde konsülte edilmesi; elektif olarak dermatoloji polikliniğine başvurabilecek hastaların azalmasını sağlayacak ve ivedi olarak dermatoloji görüşü gereken hastalara kapsamlı muayene için yeterli zaman ayrılacaktır ve bu sayede polikliniklerdeki yoğunluğun önüne geçilebilecektir. Ayrıca tanı ve tedavi yöntemleri konusunda hekimlerin eğitim ve tecrübelerinin artırılması sağlık hizmeti kalitesinin artmasına yardımcı olacaktır. Bu nedenle dermatoloji dışındaki kliniklerde sık karşılaşılan deri hastalıklarına (özellikle bakteriyel, viral, fungal ve parazitik deri infeksiyonları ile dermatitler) yönelik eğitim programları planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** dermatoloji, eğitim, konsültasyon

## SS-47

### Atopik dermatit ve Dupilumab tedavisi: Tek merkez deneyimi

Fulya Ümitfer, Mahizer Yıldız, Bahar Sevimli Dikicier

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

**Giriş ve Amaç:** Atopik dermatit yaygın görülen bir kronik inflamatuvar deri hastalığıdır. Hafif atopik dermatit, düşük potensli topikal steroidler, nemlendiriciler gibi topikal seçeneklerle tedavi edilebilir. Ancak şiddetli atopik dermatit, tedavisi zor bir hastalık olabilmektedir. IL-4 reseptör  $\alpha$  subunit antagonisti olan Dupilumab, atopik dermatit için ülkemizde de kullanıma giren yeni bir tedavi seçeneğidir. Bu sunumumuzda Dupilumab tedavisi verilen şiddetli atopik dermatit hastalarının tedaviye yanıtları ve uyumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde takipli, tedaviye dirençli yetişkin atopik dermatit hastalarının verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** 2'si kadın 3'ü erkek, 5 hastanın Dupilumab öncesi SCORAD, EASI, VAS kaşıntı, VAS uyku ve IgE değerlerinde düşme gözlemlendi. Yan etki olarak sık görülmesi beklenen göz kuruluğu dışında yan etki gözlemlenmedi. Konjunktivit hastaların hiçbirinde gelişmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Atopik dermatit kronik ve hayat kalitesini düşüren zor bir hastalıktır. Yeni bir tedavi seçeneği olarak kullanıma giren Dupilumab, şiddetli atopik dermatit hastalarında iyi bir seçenek olarak görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Atopik dermatit, Dupilumab, Egzema

**hasta**



*hastanın sonraki hali*

**hasta**



*hastanın önceki hali*

**hasta**



*Hastanın sonraki hali*

**hasta**



*Hastanın önceki hali*

## SS-48

### HIV-Sifiliz ko-enfeksiyonu; ikisi bir arada

Onur Sivaz<sup>1</sup>, Yasemin Erdem<sup>1</sup>, İlknur Kıvanç Altunay<sup>1</sup>, Ezgi Özkur<sup>1</sup>, Dilek Yıldız Sevgi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) tüm dünyada büyüyen bir halk sağlığı sorunudur. Son 30 yılda, Türkiye'de insan immün yetmezlik virüsü (HIV) insidansı artmıştır. Bununla birlikte HIV enfeksiyonunu tedavi etmek için antiretroviral tedavinin (ART) kullanılmaya başlanması, HIV'in bulaşmasında önemli bir azalmaya yol açmıştır. Mevcut tedaviler ile gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde özellikle fırsatçı enfeksiyonlar azalırken, ART'nin "kurtardığı ve tedavi edebileceği" yanlış inancına sahip enfekte hastaların riskli davranışlarla hayata dönmeleri ile diğer CYBH'lerin görülmesinde artışa neden olabilir.

Bir CYBH etkeni ile enfekte olan bir bireyde diğer CYBH etkenleri ile enfekte olma riski artmıştır. Bundan yola çıkarak Türkiye'de de geçerli olan uluslararası kılavuzlar, özellikle HIV ile enfekte bireylerin yılda en az bir kez ve yüksek riskli bireylerde daha sık olarak başta sifiliz olmak üzere CYBH açısından rutin olarak taramasını önermektedir. Ayrıca sifiliz gibi enfektif durumlar HIV hastalarında bağışıklık durumuna bağlı olarak daha ağır seyredebilmektedir.

Bu çalışmanın amacı HIV enfeksiyonu tanısıyla takip edilen veya yeni tanı alan hastalarda eşlik eden sifiliz enfeksiyonunun varlığının klinik ve laboratuvar özelliklerinin tanımlanmasıdır.

**Yöntem:** Kesitsel araştırma olarak planlanan bu çalışmada Ocak 2019-Mart 2020 tarihleri arasında hastanemiz enfeksiyon hastalıkları kliniği tarafından HIV enfeksiyonu tanısıyla takip edilen ve sifiliz tanısı konan hastalar dahil edildi. Hasta grubu enzim bağlı immunosorbent (Enzyme-linked immunosorbent assay-ELİSA) testleriyle HIV ve treponemal ve/veya non-treponemal testler ile sifiliz tanısı alan, çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaşından büyük hastalardan oluşturuldu. Hastaların detaylı dermatolojik muayene bulguları, CD4 sayıları, şüpheli bulaş yolları ve cinsel yönelimleri ile kullandığı tedaviler kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 144 HIV hastası alındı ve %11(n=16)'inde eşlik eden sifiliz enfeksiyonu tespit edildi. Sifiliz ve HIV koenfeksiyon görülen hastaların tamamı erkekti. Hastaların ortalama yaşı 34,5±9,2 idi. Hastalarda en sık olası bulaş yolu cinsel yol (%68) idi. Ortalama CD4 sayısı 671,5 idi(min-maks:166-1531) idi. Hastaların 11'inde CD4 sayısı 500'ün üzerindedi. Hastaların %87 (n=14)'si ART alıyordu. Hastaların 1'inde şankr, 11'inde sekonder sifiliz bulguları mevcuttu, kalan 4 hastanın ise sifiliz açısından dermatolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Bir hastada pruzon fenomenine bağlı yanlış VDRL negatifliği görüldü. Dilüsyon edilip tekrar çalışıldığında tanı doğrulandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Sifiliz HIV'li hastalarda sık eşlik eden bir CYBH'dir. Dermatoloji polikliniklerinde gittikçe artan sıklıkta karşılaşılan HIV enfeksiyonu olan hastaların deri lezyonlarının, sifiliz enfeksiyonu da göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi, doğru tanı ve erken tedavi açısından yol gösterici olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, koenfeksiyon, sifiliz, şankr, VDRL

## SS-49

### Avrupa standart serisi ile yama testi sonuçları: Türkiye'den tek merkezin 4 yıllık deneyimi

Andaç Salman<sup>1</sup>, Özlem Akın Çakıcı<sup>1</sup>, Burak Ahmet Gürel<sup>2</sup>, Şeyma Görçin Karaketir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Farklı coğrafik bölgelerdeki kontakt duyarlanma özelliklerinin belirlenmesi sıklığının, risk faktörlerinin, zaman içindeki değişimlerinin farklı bölgeler arasında doğrudan karşılaştırılması açısından değerlidir. Türkiye'de güncel Avrupa Standart Serisi ile ilgili veriler sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı 4 yıllık süre zarfında, üçüncü basamak bir hastanede kontakt alerji sıklığını, risk faktörlerini ve zaman içindeki değişimlerini incelemektir.

**Yöntem:** 2016-2019 yılları arasında, üçüncü basamak merkezimizde Avrupa Standart Serisi ile yama testi uygulanan hastaların retrospektif analizi yapıldı. Yama testi, ESCD yönergelerine göre uygulandı ve değerlendirildi. Demografik ve klinik özellikler, mesleki durum, yama testi sonuçları ve klinikle uyumu kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen toplam 409 hastanın 186'sı kadın, 223'ü erkekti. Hastaların ortalama yaşı 38 idi. 173 hastada (%42,2) en az bir alerjen ile pozitif test sonucu mevcuttu. Hastaların %47,2'sinde pozitif yama testi sonuçları ile klinik arasında güncel anlamlılık saptandı. En sık pozitif reaksiyon saptanan alerjenler nikel sülfat (%16.1), potasyum dikromat (%10.7), metilzotiazolinon (MI) (%7.1), metilzotiazolinon/metilklorozotiazolinon (MCI/MI) (%6.1), kobalt klorür (%4.8) ve tiuram miks (%4.4) olarak saptandı. MOAHLFA (erkek cinsiyet, mesleki dermatit, atopik dermatit varlığı, bacak dermatiti, el dermatiti, yüz dermatiti ve yaş > 40 yaş) indeksine göre yama testi pozitif grubun özellikleri %58.9/34.1/5.2/25.4/ 72,8/38,7/43.9 idi. Erkek cinsiyet, potasyum dikromat, tiuram miks, MCI/MI ve MI duyarlılığı ile anlamlı olarak ilişkiliyken; kadın cinsiyet, nikel duyarlılığı ile önemli ölçüde ilişkiliydi ( $p<0.05$ ). Mesleki dermatit metallere, boyalara, koruyuculara, lastik bileşenlerine, yapıştırıcılara ve ilaçlara duyarlılık ile önemli ölçüde ilişkiliydi ( $p<0.05$ ). El dermatiti potasyum dikromat, tiuram miks, MCI/MI ve MI sensitizasyonu ile anlamlı olarak ilişkiliydi ( $p<0.05$ ). Yüz tutulumu nikel karşı kontakt alerji ile anlamlı olarak ilişkiliyken ( $p<0.05$ ), bacak dermatiti ve atopi varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ). 40 yaş üzeri hastalarda potasyum dikromat ve koku karışımı-I ile duyarlanmanın daha sık olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). 2016-2017 yılları ile 2018-2019 yılları karşılaştırıldığında MI, lastik ve metal alerjenlerle duyarlanma sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş eğilimi bulundu (%10,3 vs %4,4,  $p=0,027$ , %8 vs %2,7,  $p=0,024$  ve %30,5 vs %20,3,  $p=0.021$ , sırasıyla).

**Tartışma ve Sonuç:** Bu çalışma, Türkiye'de metaller ve izotiazolinonların en yaygın kontakt alerjenler olduğunu göstermiştir. MI sensitizasyon oranlarında zamanla bir azalma bulunmasına rağmen, erkek hastalarda mesleki maruziyetin yüksek sıklığı göz önüne alındığında, daha fazla koruyucu ve yasal önlem alınması gerekebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Alerji, dermatit, yama testi



## SS-50

### Adjuvan intravenöz immünoglobulin, rituksimab veya konvansiyonel immünosupresif tedavi kullanan 100 pemfigus hastasının klinik ve serolojik karakteristikleri ve tedavi sonuçlarının karşılaştırmalı değerlendirilmesi

Ahmet Uğur Atılan<sup>1</sup>, Güneş Gür Aksoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ardahan Devlet Hastanesi, Ardahan

<sup>2</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Pemfigus deride ve müköz membranlarda erozyonlara yol açarak yaşamı tehdit eden otoimmün büllöz bir hastalıktır. Otoimmün büllöz hastalıkların ülkemizde en sık görülen tipidir. Hastalığın patogeneğinde desmoglein-1 ve desmoglein-3 adı verilen hücreler arası bağlantıları sağlayan yapılara karşı gelişmiş otoantikörlerin rol aldığı düşünülmektedir. Bu otoantikörlerin serum seviyeleri ELISA veya indirekt immünofloresan yöntemi gibi serolojik testlerle ölçülebilmektedir. Pemfigusun nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle hastaların tedavi yanıtlarıyla ilgili literatürde kısıtlı sayıda veri bulunmaktadır. Çalışmamızda pemfigus hastalarının konvansiyonel tedaviler yanında, rituksimab ve intravenöz immünoglobulin (IVIg) tedavilerine verdikleri yanıtları, hastaların klinik durumu ve otoantikör seviyelerini de inceleyerek aydınlatmayı amaçladık.

**Yöntem:** Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniğinde Ekim 2010 – Ekim 2018 tarihleri arasında pemfigus vulgaris ve pemfigus foliaceus tanılarıyla takip edilmiş 100 hastanın klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Hastaların kan otoantikör seviyeleriyle klinik hastalık şiddetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Tam klinik remisyona ulaşıldığı sırada başlangıca göre kıyaslandığında otoantikör seviyelerinin anlamlı bir şekilde düştüğü ancak relaps sırasında remisyona kıyasla anlamlı düzeyde artmadığı görüldü. Pemfigus hastalığı tedavisinde %24 hastada hastalık kontrolünü kaybetmeksizin sistemik steroid dozunu azaltamamıza imkan tanıyan tedavi yöntemlerine başvuruldu. IVIg tedavisinin hastalık mukoza ABSIS şiddet skorlarını 3 ayda  $17.22 \pm 9.17$  seviyesinden  $5.96 \pm 8.60$  seviyesine düşürerek hızlı bir klinik iyileşme sağladığı saptandı ( $p < 0,001$ ). Ayrıca IVIg tedavisi, sistemik glukokortikoid ihtiyacını 6 ayda başlangıç prednizolon dozunun  $65.59 \pm 34.65$ 'inden  $27.55 \pm 27.32$ 'sine düşülebilmeye imkan sağladı ( $p = 0.001$ ). IVIg tedavisinin yan etki açısından güvenilir bir profil çizdiği görüldü. IVIg tedavisinin uzun dönem sonuçlarında, IVIg tedavisinin %67 hastada ortalama 8,48 ayda elde edilen ve ortanca değer olarak 48 ay boyunca relaps olmadan korunan tam bir klinik remisyona ulaşıldığı saptandı. IVIg tedavisine yanıt alınamayan veya relaps gelişen hastalarda IVIg tedavisinin rituksimab ile kombinasyonunun etkili ve güvenilir bir seçenek olduğu görüldü. Rituksimab tedavisinin IVIg ile kombinasyonunun, tek başına rituksimab tedavisinin litartürde yüksek oranlarda bildirilen enfeksiyöz yan etkilerini önleyebileceği görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Desmoglein otoantikör seviyelerinin hastalık şiddetiyle korelasyon gösteremeyeceği ve relapsı tahmin etmede güvenilir bir belirteç olmayabileceği dikkate alınmalıdır. Çalışmamızda intravenöz immünoglobulin tedavisi, hızla klinik ve serolojik remisyona sağlayan, steroid koruyucu özelliği yüksek, güvenilir bir ajan olarak saptanmıştır. Rituksimab ile kombinasyonu Desmoglein otoantikör seviyelerinin hastalık şiddetiyle korelasyon gösteremeyeceği ve relapsı tahmin etmede güvenilir bir belirteç olmayabileceği dikkate alınmalıdır. Çalışmamızda intravenöz immünoglobulin tedavisi, hızla klinik ve serolojik remisyona sağlayan, steroid koruyucu özelliği yüksek, güvenilir bir ajan olarak saptanmıştır. Rituksimab ile kombinasyonu da özellikle tedavilere dirençli hastalar için etkin ve güvenilir bir tedavi seçeneği olarak görülmüştür. Hastalarda en uzun kürü sağlayacak tedavi seçeneklerinin netleştirilmesi için ise ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. da özellikle tedavilere dirençli hastalar için etkin ve güvenilir bir tedavi seçeneği olarak görülmüştür. Hastalarda en uzun kürü sağlayacak tedavi seçeneklerinin netleştirilmesi için ise ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Pemfigus, İntravenöz İmmunoglobulin, Rituksimab

## SS-51

### Yüz yaşlanmasında kişinin algılanan yaşına ve kendini hissettiği yaşa etki eden faktörler

Özlem Dünder Yolsal<sup>1</sup>, Pelin Eşme<sup>1</sup>, Sevilay Karahan<sup>2</sup>, İlker Taşçı<sup>3</sup>, Ercan Çalışkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Genç ve güzel görünmek evrensel bir taleptir. Bu nedenle yaşlanmayı etkileyen faktörler ve gençleştirme yöntemleri tarih boyunca ilgi odağı olmuştur. Yaşlanma sürecinde, birtakım çevresel ve genetik faktörlerin rol aldığı bilinmektedir. Ancak bu faktörlerden hangilerinin kişinin yaşına göre genç veya yaşlı görünmesinde belirleyici etkiye sahip olduğu tartışma konusudur. Yakın dönem çalışmalarda, hissedilen yaşın genel sağlık durumunun önemli bir göstergesi olduğu da ortaya konulmuştur. Bu çalışmayla, algılanan yaş ve hissedilen yaş ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmaya 40-70 yaş aralığındaki 250 kadın hasta dahil edildi. On kişilik değerlendirici ekip, standardize yüz fotoğrafları üzerinden hastaların algılanan yaşlarını belirledi. Tüm katılımcılarda 9'u perioral ve 6'sı periorbital bölgede olmak üzere toplam 15 antropometrik ölçüm yapıldı. Kronolojik yaşa göre olduğundan genç ve yaşlı algılanmanın, çevresel faktörler ve antropometrik ölçümler ile ilişkisi değerlendirildi. Ayrıca hissedilen yaşın da çevresel faktörler ve algılanan yaş ile ilişkisi incelendi.

**Bulgular:** Egzersiz ( $p=0,001$ ), erken evre (1-2) fotoyaşlanma ( $p=0,001$ ) ve güneş koruyucu kullanımı ( $p=0,001$ ) olduğundan genç algılanmayla ilişkili çevresel faktörler olarak saptandı. Antropometrik ölçümlerden palpebral fissür uzunluğu ( $p=0,043$ ) ve üst vermillion yüksekliği ( $p=0,019$ ) genç algılanmayla doğru orantı sergilemekteydi. Egzersiz ( $p=0,001$ ) ve kozmetik işlem öyküsü ( $p=0,003$ ) olduğundan genç hissetmeyle ilişkili faktörler olarak saptandı. Olduğundan genç hissedilenlerin % 62,2'si olduğundan genç; olduğundan yaşlı hissedilenlerin % 59,1'i ise olduğundan yaşlı algılanmaktaydı ( $p=0,001$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları; hem egzersiz, fotokorunma, güneş koruyucu kullanımı gibi çevresel faktörlerin hem de palpebral fissür uzunluğu ve üst vermillion yüksekliği gibi bazı antropometrik ölçümlerin kişilerin olduğundan genç algılanmasında rolü olduğunu ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** biyolojik yaşlanma, iyi yaşlanma, yaş faktörleri

**Şekil 1 (A-B):**



Her ikisi de 44 yaşında olmasına rağmen algılanan yaşları (1A: 54,3 ve 1B: 36,1) oldukça farklı olan iki hasta. Şekil 1A: kronik hastalık yok, egzersiz yapmıyor, güneş koruyucu kullanmıyor, üst vermillion yüksekliği: 0,337 cm. Şekil 1B: mitral yetmezlik ve fibromiyalji nedeniyle takipli, egzersiz yapıyor, güneşli havalarda güneş koruyucu kullanıyor, üst vermillion yüksekliği: 0,603.

**Şekil 2 (A-B):**



56 yaşında iki hasta. Şekil 2A: hipertansiyonu var, yaz-kış her gün güneş koruyucu kullanıyor, üst vermillion yüksekliği: 0,711 cm, algılanan yaş: 42,7. Şekil 2B: hipertansiyon, diyabetes mellitus, fibromiyalji ve psoriasis tanılı, güneş koruyucu kullanmıyor, üst vermillion yüksekliği: 0,569, algılanan yaş: 63,1.

## SS-52

### COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında maske ve koruyucu gözlük kullanımına bağlı oluşan dermatolojik yan etkilerin epidemiyolojik ve klinik özellikleri

Ayşe Gül Yalçınkaya İyidal<sup>1</sup>, Tijen Şengezer<sup>2</sup>, Ayşe Elif Bora<sup>3</sup>, Esra Saçmalı<sup>2</sup>, Cemile Adanır<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>SBÜ Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Çobanlar İlçe hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Afyonkarahisar

**Giriş ve Amaç:** COVID-19 pandemisi ile mücadelede sağlık çalışanlarının korunmasında kişisel koruyucu ekipmanlar oldukça önemlidir. Bu ekipmanların kullanımı sırasında bazı dermatolojik şikayetlerin oluştuğu ya da önceden var olan hastalıkların alevlendiği görülmektedir. Bu çalışmada amacımız pandemi döneminde sağlık çalışanlarında maske ve koruyucu gözlük kullanımı (KGK) sırasında oluşan dermatolojik yan etkileri epidemiyolojik ve klinik olarak incelemektir.

**Yöntem:** Çalışma SBÜ Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği ve Aile Hekimliği Kliniği ile birlikte 01.07-31.08.2020 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmada katılımcılara pandemi döneminde maske ve KGK ile ilgili 21 sorudan oluşan anket uygulandı. Tüm katılımcıların yaşı, cinsiyeti, önceden bilinen dermatolojik hastalığı olup olmadığı, pandemi dönemi başladığında aktif şikayetinin bulunup bulunmadığı, allerji öyküsü (alerjik rinit, alerjik konjonktivit, atopik dermatit, astım,ürtiker ), N95 ve benzeri maske ( N95BM) (FFP2, FFP3), cerrahi maske ve/veya tıbbi olmayan maske (TOM) ile KGK, günde kaç saat taktığı, ayda kaç gün kullandığı, maske ve KGK sonrasında oluşan şikayetler, yüzün hangi kısımlarında şikayetlerinin olduğu, şikayeti olanların tedavi alıp almadığı ve tedavi aldıysa hangi bölüme başvurduğu sorgulandı. (Etik kurul: SBÜ KEAH; 2012-KAEK-15/2125)

**Bulgular:** Çalışmaya 394 sağlık çalışanı katıldı. %69.8'i kadın, %30.2'si erkekti. Yaş ortalaması 36.8 (21-57) di. Katılımcıların %16.8'inde dermatolojik hastalık öyküsü mevcuttu ( %7.4 atopik dermatit, %4.1 seboreik dermatit, %3.8 akne vulgaris, %1.5 rosacea). Maske ve KGK sırasında %37.9'unda aktif şikayet izlendi. %31.8'inde mevcut şikayette artma, %31.8'inde maske kullanımı sonrası şikayetlerin oluştuğu saptandı. Katılımcıların %35.8'inde allerji öyküsü mevcuttu. %70.3'ünde N95BM maske kullanımı vardı. N95BM'yi %52.3'ü ayda 1-10 gün, %15.7'si 11-20 gün, %2.3'ü 21-30 gün kullanmaktaydı. %19.8'i 4 saatten az, %35'i günde 4-8 saat, %15.5'i 8 saatten fazla takmaktaydı. Katılımcıların hepsi cerrahi maske takmakta, %30.2'si ayda 1-10 gün, %42.9'u 11-20 gün, %25.4'ü 21-30 gün arası kullanmaktaydı. %11.9'u 4 saatten az, %49.7'si günde 4-8 saat, %36.8'i günde 8 saatten fazla takmaktaydı. %22.8'i TOM kullanmaktaydı. %10.4'ü ayda 1-10 gün, %6.1'i 11-20 gün, %6.3'ü 21-30 gün; %9.9'u 4 saatten az, %8.4'ü'ü günde 4-8 saat, %4.6'sı 8 saatten fazla takmaktaydı. %86.3'ünde maske takmaya bağlı deri şikayetleri mevcuttu. %62.4'ünde deride geçici maske izleri, %49.5'inde maske lastiklerine bağlı kulak kepçesinde rahatsızlık, %39.3'ünde kaşıntı, %36.5'inde kızarıklık, %34.3'ünde kuruluk, %18.5'inde sivilce benzeri döküntüler, %18.5'inde ağrı, %11.2'sinde yanma hissi, %8.6'sında karıncalanma, %5.3'ünde uyuşma, %5.3'ünde ödem-şişlik ve %1'inde erode yara saptandı. %49'unda şikayetlerin maskeyi çıkardıktan ilk 30 dk içinde, %27.4'ünde ilk birkaç satte, %9.9'unda ise birkaç gün sonra başladığı izlendi. Şikayetler sırasıyla en fazla burun, kulak ve yanakta saptandı. %75.4'ünde KGK izlendi. KGK'ya bağlı izlenen en fazla şikayet göz kapaklarında kızarıklık ve kaşıntıydı. Kadınlarda, dermatolojik hastalığa sahip olanlarda, allerji öyküsü olanlarda, günlük ve aylık N95BM ve cerrahi maske kullanma süresi fazla olanlarda maskeye bağlı şikayetler istatistiksel olarak daha fazla bulundu (p<0,05). KGK'ya bağlı şikayetleri olan grupta yaş ortalaması daha düşük, günlük KGK süresi ve eş zamanlı maskeye bağlı şikayetler istatistiksel olarak daha yüksek izlendi (p<0,05).

**Tartışma ve Sonuç:** Sağlık çalışanlarında maske ve KGK'ya bağlı şikayetler, uzun kullanım süresi, önceden mevcut hastalık ve allerji öyküsü olanlarda daha fazla görüldü. Pandeminin devam etmesi nedeniyle sağlık personelinde bu malzemelerin kullanım süresinin kısa tutulması (1-4 saat) ve kullanılan ekipmanın antialerjik yapıda olmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, deri yan etki, koruyucu gözlük, maske

## SS-53

### Dermatofibrom: 239 olgunun demografik, klinikopatolojik ve ayırıcı tanıda karışabilen patolojiler açısından değerlendirilmesi

Dilara İlhan Erdil<sup>1</sup>, Cem Leblebici<sup>2</sup>, Duygu Erdil<sup>1</sup>, Vildan Manav Baş<sup>1</sup>, Aslı Vefa Turgut Erdemir<sup>3</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Dermatofibrom veya benign fibröz histiyositom, klinikte genellikle ekstremitelerde sert, hiperpigmente subkutan nodüllerle prezente olur. Etiyolojisinde reaktif veya neoplastik proliferasyonun rol oynayabildiği, sık görülen benign deri tümörlerinden biridir. Sıklıkla asemptomatik olup, çapı 1 cm'den küçüktür. Palpasyonla serttir, subkutan dokuya fikse olup lezyonun her iki tarafından bası uygulandığında karakteristik olarak lezyon üzerinde 'gamzelenme' izlenir. Dermatofibromun nadir gözlenen histolojik varyantları (atrofik, selüler, anevrizmal, lipidize) ayırıcı tanıda zorluklara sebep olabilmektedir. Bu çalışmada dermatofibrom tanısı konulan hastaların demografik, klinikopatolojik özellikleri ve klinik olarak ayırıcı tanıda düşünülen hastalıklar açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmada 2012-2021 yılları arasında polikliniğimize başvurup klinik ve histopatolojik olarak dermatofibrom tanısı alan, klinik fotoğraf kayıtlı olan olgular retrospektif olarak tarandı. Hastane kayıt sisteminden demografik, klinik, histopatolojik özellikleri, ayırıcı tanıda düşünülen hastalıklar kaydedildi.

**Bulgular:** Hastaların %61'i kadın, %39'u erkek olup, yaş ortalamaları 40.7'di. Hastalarda en sık %48 ile alt ekstremitte tutulumu izlenirken, bunu %35 ile üst ekstremitte tutulumu izledi. Lezyonlar sıklıkla pembe (%48) veya kahverengi olup (%35) boyutları ortalama 7 mm'di. Olguların histopatolojik olarak %84'ü klasik alt tipte, ardından %7,5 atrofik, %4,6 selüler, %1,7 lipidize, %0,8 anevrizmal alt tipler izlendi. Olguların %86'sında ilk tanı olarak dermatofibrom düşünülürken, %11,7'sinde dermatofibrom ön tanılarının arasında mevcut değildi ve bu olguların %17'si sellüler dermatofibromdu. Ayırıcı tanıda sırasıyla en sık yabancı cisim granülomu, prurigo nodularis, pilomatrikoma, keloid, dermatofibrosarkoma protuberans yazılmıştı.

**Tartışma ve Sonuç:** Olgumuz dermatofibromun nadir görülen histopatolojik alt tiplerine ve ayırıcı tanıda karışabilen patolojilere vurgu yapmak amacıyla sunulmuştur.

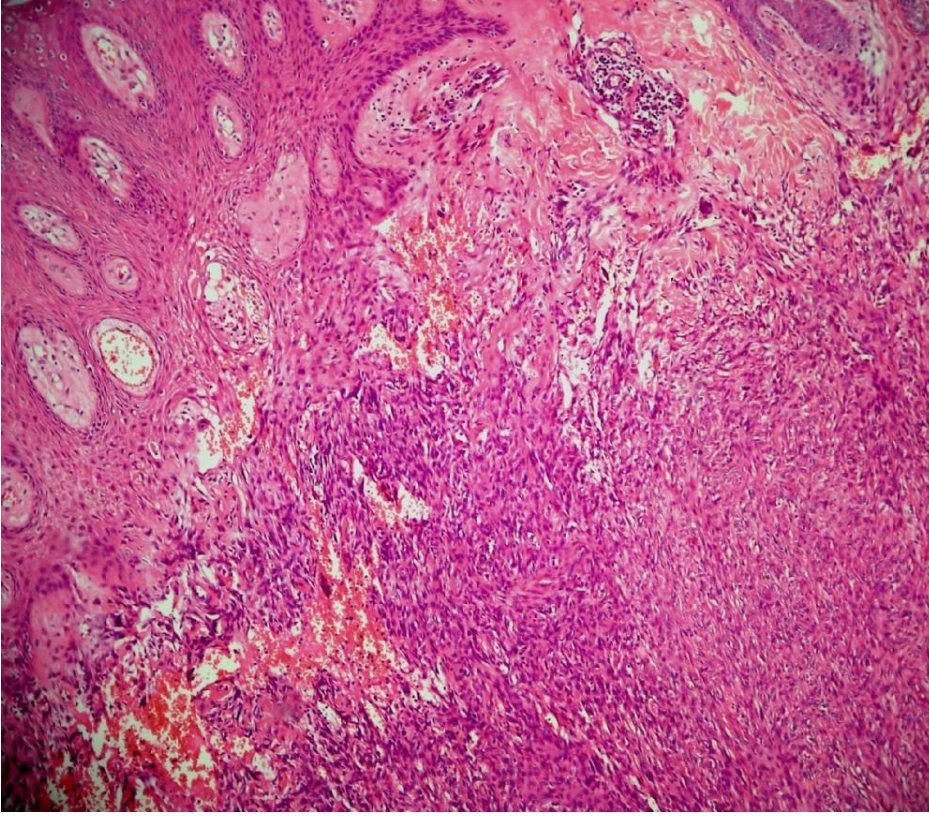
**Anahtar Kelimeler:** dermatofibrom, ayırıcı tanı, histopatoloji, sellüler dermatofibrom

#### Resim 1



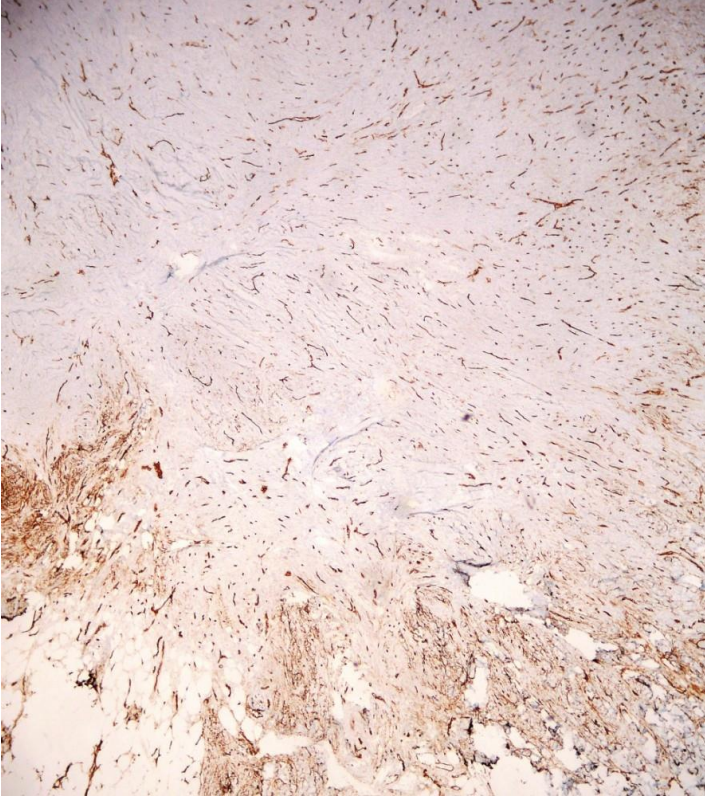
Sol uyluk posteriorında 5 mm çapında, ortası morumsu periferi kahverengi asemptomatik sili sınırlı sert papül

**Resim 2**



*Selüler dermatofibrom: Papiller dermişte "Grenz zone" altında yerleşen, yer yer storiform yapılanma gösteren, selüler içsi hücrelerden oluşan proliferasyon (H&E x40, x100, x200)*

**Resim 3**



*Selüler dermatofibrom: CD34 ile lezyonun periferinde izlenen pozitif boyanma (İHK-İmmunohistokimya x100)*

## SS-54

### Ürtikeryal Mikozis Fungoides: Yeni bir varyant

Tuğba Falay Gür<sup>1</sup>, Sevil Savaş Erdoğan<sup>1</sup>, Sevim Baysak<sup>1</sup>, Elif Nur Keklikoğlu<sup>1</sup>, Mehtap Toprak<sup>2</sup>, Burçe Can Kuru<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Mikozis fungoides (MF) klasik olarak güneşe maruz kalmayan deride yamalar, plaklar ve tümörlerin görünümü ile ortaya çıkar. MF'nin kesin tanısı, immünohistokimyasal ve moleküler çalışmalarla desteklenen klinikopatolojik korelasyona dayanır. Ancak klasik klinik veya histopatolojik özelliklerin yokluğunda tanı zorlaşır. Çeşitli inflamatuvar dermatozları taklit eden MF ve varyantlarının teşhisi zor olabilir.

**Yöntem:** MF'nin çok çeşitli klinik varyantları mevcuttur. Burada daha önce sadece bir hastada tanımlanmış olan ürtikeryal MF olgusu sunulmuştur.

**Bulgular:** Altmış beş yaşında kadın hasta son 6 aydır zaman zaman gerileyip tekrar şiddetlenen kaşıntılı döküntüler nedeniyle başvurdu. Hasta daha önce ürtiker tanısıyla antihistaminik tedavisi almış ancak fayda görmemişti. Dermatolojik muayenesinde gövde, inguinal bölge ve gluteusta yoğunlaşan yaygın, birleşme eğiliminde eritemli, ürtikeryal, basmakla solan pembe plaklar izlendi. Hipertansiyon dışında kronik hastalığı yoktu. Kandesartan+ hidroklorotiyazid kullanıyordu. Ürtikeryal vaskülit, ürtiker, ilaç reaksiyonu ve mikozis fungoides ön tanılarıyla alınan deri biyopsisinde likenoid interfaz dermatiti tablosu mevcuttu, epidermotropizm ve atipik lenfosit yoktu. İlaç reaksiyonu olduğu düşünülerek anti-hipertansif tedavisi değiştirildi. Ancak bir ay sonra hala hastanın lezyonları sebat ediyordu ve yeni lezyon çıkışı mevcuttu. Hastadan mikozis fungoides, ürtikeryal vaskülit ve ilaç reaksiyonu ön tanılarıyla tekrar biyopsi alındı. Biyopsi sonucu mikozis fungoides olarak sonuçlanan hastanın laboratuvar tetkiklerinde patoloji yoktu. Periferik yaymada sezary hücreleri yoktu. Palpasyonda lenf noduna rastlanmadı. Yüzeysel ultrasonlarında en büyüğü inguinalde 18\*8 mm çapında reaktif görünümlü lenf nodları mevcuttu. Lokal steroid tedavisi ile takibe alınan hastanın başlangıçta lezyonları geriledi. Ancak üç ay sonra yeni lezyon çıkışı ve kaşıntı şikayetinde artma olması üzerine asitretin tedavisine başlandı. Tedaviden fayda görmeyen hastanın takiplerinde evreleme açısından tetkikler tekrarlandı. Sağ inguinaldeki reaktif lenf nodunun 30\*10 mm e çıkması üzerine lenf nodu eksizyonu yapıldı ve lenf nodu yapısını bozan mikozis fungoides tutulumu görüldü. Periferik yaymada %6 sezary hücreleri (milimetreküpde 1000 in altında) görüldü. Evre IVA2 olarak evrelenen hastaya hematoloji tarafından kemoterapi planlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** MF dermatolojinin büyük taklitçilerindedir ve çok çeşitli deri lezyonları ile karşımıza çıkar. Bu durum tanı ve tedavide gecikmelere yol açmaktadır. Günümüze kadar pagetoid retiküloz, granülatöz gevşek deri, folikülotropik MF başta olmak üzere hipopigmente, hiperpigmente, iktiyoziform, pigmente purpurik dermatoz benzeri, poikilodermatoz, verrüköz, büllöz, püstüler gibi çok sayıda klinik varyantı tanımlanmıştır.

Mikozis fungoidesin ürtikeryal varyantı ise çok yeni bir antitedir ve literatürde sadece bir hastada tanımlanmıştır. Bu hastada bizim hastamızda olduğu gibi kendiliğinden gerileyip artma gösteren ürtikeryal deri lezyonları mevcuttu. Lenf nodu tutulumu olmayan hasta lösemik tutulum nedeniyle lokal steroid ile birlikte ekstrakorporyal fotoferez almıştı. Bizim hastamızda periferik kanda sezary hücreleri görülmesi yanında lenf nodu tutulumu da mevcuttu ve kemoterapi alması planlandı. MF'nin olağandışı klinik ve patolojik varyantlarının tanınması, erken tanı ve uygun tedavi yönetimi için önemlidir. Tedaviye dirençli, atipik klinik seyirli, kaşıntılı cilt lezyonları varlığında tekrarlayan biyopsiler yapılmalıdır. İmmünofenotipik varyantların bazılarının hastalık seyri ve prognozu iyi karakterize edilmiştir. Ürtikeryal varyant yeni bir antite olduğu için prognoz, hastalık seyri veya tedavi yanıtı ile ilişkisi ilerki çalışmalarla daha iyi anlaşılacaktır. Kötü prognoz göstergesi olan periferik kan tutulumunun, literatürde tanımlanan vaka ve bizim vakamızda ortak özellik olmasının tesadüf olup olmadığı, bu varyantın daha iyi tanımlanması ile açıklanacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** mikozis fungoides, mikozis fungoides varyantları, ürtikeryal mikozis fungoides

## SS-55

### Hassas cilde sahip hastalarda deri biyofiziksel özellikleri ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki

Vildan Manav<sup>1</sup>, Müge Göre Karaali<sup>2</sup>, Ozan Erdem<sup>3</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Hassas cilt, normalde tepki vermemesi gereken uyarılara tepki olarak rahatsız edici bir duyum geliştiren cilt olarak tanımlanır. Bu durumun ortaya çıkışında epidermal bariyer disfonksiyonuna eşlik eden nörosensöryal bozuklukların rol oynadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hassas cilde sahip bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yüzdeki nörosensitivite, eritem indeksi, sebum içeriği ve hassas cilt ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışma 3 aylık bir süre diliminde hassas cilde sahip 35 ve hassas olmayan cilde sahip 40 kişi üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmada, hassas cilt varlığını tespit etmek için bir anket, hassas cilt şiddetinin ölçümü için hassas cilt ölçeği, yüzdeki nörosensitiviteyi göstermek için laktik asit batma testi (LAST), eritem indeksi ölçümü için Mexameter ve sebum içeriği ölçümü için Sebumeter kullanıldı. Hasta ve kontrol gruplarının anksiyete ve depresyon düzeyleri hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS) ile ölçüldü.

**Bulgular:** Hassas cilde sahip hastalarda, hassas cilde sahip olmayanlara kıyasla HADS-Anksiyete puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunurken, HADS-Depresyon puanları açısından gruplar arası anlamlı bir fark yoktu. Ayrıca, hassas cilde sahip hastalarda HADS-Anksiyete skorları ile eritem indeksi arasında güçlü düzeyde pozitif korelasyon bulundu.

**Tartışma ve Sonuç:** Hassas cilt, bazen herhangi bir dermatolojik muayene bulgusu olmaksızın ortaya çıkabilen bir rahatsızlıktır. Özellikle hastaların duyumları ve kaygı düzeyleri hassas cilde sahip hastalara yaklaşımda değerlendirilmesi gereken önemli parametrelerdir.

**Anahtar Kelimeler:** anksiyete, depresyon, eritem, hassas cilt, sebum



## SS-56

### Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kozmetoloji Biriminde akne skarında fraksiyonel bipolar altın iğneli radyofrekans kullanımı: 18 aylık retrospektif çalışma

Aslı Özçentik, Aslı Bilgiç, Ayşe Akman Karakaş

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Antalya

**Giriş ve Amaç:** Akne skarları, akne vulgarisin inflamatuvar süreç içerisinde anormal iyileşmesi sonucu açığa çıkan renk ve şekil bozukluklarıdır. Skarların kompleks ve heterojen klinik doğası ve hastaların değişken bireysel özellikleri nedeni ile belirli bir tedavi algoritması ve kılavuz bulunmamaktadır. Her tedavi yöntemi farklı klinik yanıt ve yan etki profili ile hastaya göre, bireysel olarak tercih edilmektedir. Son yıllarda ise radyofrekans tedavisi, etkililiği ve düşük yan etki riski nedeni ile geleneksel tedavilere alternatif mikroinvaziv bir tedavi yöntemi olarak tercih edilmektedir.

Bu çalışmayı, yeni bir tedavi yöntemi olarak dünyada son 10 yıldır kullanılan fraksiyonel bipolar mikro iğneli radyofrekans tedavisinin akne skarlarında etkililiğini, hasta memnuniyetini, sağladığı ek kozmetik faydaları ve gözlenen yan etkileri değerlendirmek amacı ile yaptık. Araştırma protokolü Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun 22/07/2020 tarih ve 70904504/507 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmada, Ocak 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kozmetoloji Biriminde yüzde akne skarı nedeni ile en az 3 seans fraksiyonel bipolar altın iğneli radyofrekans (FBAR) tedavisi almış olan 30 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik bilgileri, verilen kozmetik tedavilerin özellikleri ve hasta fotoğrafları hasta dosyası kayıtlarından ve kozmetoloji birimi takip formlarından alınmıştır. Hasta fotoğrafları iki dermatolog tarafından değerlendirilmiştir. Akne skar skorları, Goodman ve Baron kalitatif akne skar skoru ve Echelle d'Evaluation Clinique des Cicatrices d'acne (ECCA) skoru kullanılarak ölçülmüştür. Doktor ve hasta tarafından akne skar, parlaklık, gerginlik, gözenek genişliği ve kırışıklıkta tedavi yanıtlarını ölçmek için 5 nokta skalası kullanılmıştır. Hastaların ağrı düzeyi vizüel analog skala ile ölçülmüş; eritem ve ödemin şiddeti 5 nokta skalası kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Sadece FBAR tedavisi alan hastalarda Goodman skoru, tüm yüz ECCA skoru, "boxcar" ve "ice pick" skar ECCA skorları ve malar bölge ECCA skoru istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Doktor ve hastaya göre 5 nokta skalası ile yapılan değerlendirmelerde akne skar, parlaklık, gerginlik, gözenek genişliği ve kırışıklıkta tedaviye yanıt alınmıştır. Hem doktor hem hastaya göre en yüksek tedavi yanıt puanları akne skarlarında, en düşük yanıt puanları ise kırışıklıkta elde edilmiştir.

Hastaların başlangıç akne skar şiddeti arttıkça doktora göre akne skarı, parlaklık ve gerginlik tedavi yanıtlarının arttığı görülmüştür. "Rolling" skarı olan hastalarda ve kadınlarda tedavi memnuniyeti daha düşük düzeyde olma eğilimindedir. FBAR tedavisinin diğer tedavilerle kombine edilmesi ise tedavi yanıtlarını artırmaktadır.

FBAR tedavisi sırasında ağrı, topikal anestezi ile tolere edilebilecek düzeydedir. Tedavi sonrası gelişen eritem ve ödemin hafif şiddette ve kısa süreli olduğu tespit edilmiştir. Hastaların hiçbirinde postinflamatuvar hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon ve enfeksiyon gelişimi gözlenmemiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu sonuçlar ile fraksiyonel bipolar mikro iğneli radyofrekans tedavisi akne skarlarında etkili ve ek kozmetik faydalar sağlayan bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilebilir. Diğer tedavilerle kombine edilmeye uygundur; yan etkileri ise hafif ve geçicidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akne skarı, fraksiyonel, mikro iğneli, radyofrekans

# **POSTER BİLDİRİLER**

## PS-001

### Genetik analiz ile tanı konulan bir Netherton Sendromu olgusu

Alper Kara<sup>1</sup>, Esra Yıldırım<sup>1</sup>, Ahmet Tarı<sup>1</sup>, Ralfi Singer<sup>1</sup>, İlteriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Biray Ertürk<sup>2</sup>, Gamze Kulduk<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Netherton sendromu, iktiyosis linearis sirkumfleksa ve/veya kongenital iktiyoziform eritroderma, trikoreksis invaginata ve atopik diyatez ile seyreden otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. İnsidansının 1/200.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Serin proteaz inhibitörü LEKT1'i kodlayan SPINK5 genindeki mutasyona bağlı gelişir.

**Amaç:** Atopik dermatit benzeri deri lezyonları, eritroderma ve saç Bulguları ile prezente olan Netherton sendromunun klinik özellikleri, eşlik edebilecek komorbiditeler ve tanı kriterlerini hatırlatmak amacıyla olgu sunulmuştur.

**Olgu:** 3 yaşında kız çocuğu yüzde kızarıklık, soyulma ve vücudunda ekzema lezyonları nedeniyle polikliniğimize getirildi. Dermatolojik muayenede yüzde yaygın eritem, deskuamasyon ve yer yer ragad oluşumu, gövdede ise fleksural bölgelerde eritem ve deskuamasyon saptandı. Hastanın lezyonlarından punch biyopsi alındı. Yüzeyde hiperkeratoz fokal parakeratoz, epidermiste akontoz hafif spongioz Bulguları görüldü. Laboratuvar testlerinde eozinofili % 7 (N: 0-5.8) Ig E:105 (<52) yüksekliği mevcuttu. Saç kılının ışık mikroskopik incelemesinde trikoreksis invaginata saptandı. Hasta genetik bölümüne yönlendirildi. Gen analizinde SPINK5 mutasyonu tespit edildi.

**Sonuç:** Nadir rastlanan bir genodermatoz olan Netherton sendromunda atopik dermatite benzer şekilde fleksural bölgeleri tutan ekzematize lezyonlar görülebilmektedir. Lezyonların küçük yaşlardan itibaren başlaması ve saç Bulguları, ayrıca eşlik edebilen infeksiyon, mental retardasyon, astım gibi hastalıkların olması ayırıcı tanıda önemli farklılıklardır. Tedavi semptomatiktir. Şiddetli olgularda IVIG, TNF-alfa inhibitörleri gibi ajanlar kullanılabilir. Gen terapisi esas tedavidir. Atopik dermatit benzeri lezyonlarda tedaviye direnç olması, eritroderma ve eşlik eden atopi, astım gibi hastalıkların olduğu çocuklarda netherton sendromu hatırlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Konjenital İktiyoziform Eritrodermi, Netherton Sendromu, SPINK5, Trikoreksis invaginata

## PS-002

### Tırnak ünitesi skuamöz hücreli karsinomu: Kemik invazyonu gösteren iki olgu sunumu

Ozan Erdem<sup>1</sup>, Gizem Pınar Sun<sup>1</sup>, Fatmagül Kuşku Çabuk<sup>2</sup>, Orkun Uyanık<sup>3</sup>, Fatih Göktay<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Skuamöz hücreli karsinom (SHK), genellikle 50 ila 70 yaş civarı erkek hastalarda elin baş ve işaret parmaklarında ortaya çıkan, etiyojisinde travma, kronik paronişi, insan papilloma virüsü (HPV), sigara gibi etmenlerin rol oynadığı, başta verrüka vulgaris olmak üzere çeşitli tırnak hastalıkları ile karışarak tanı ve tedavide gecikmelere yol açabilen, yaklaşık %20 hastada kemik invazyonu ve %2 hastada ise lenfnodu metastazı ile seyreden, tırnak ünitesinin en sık görülen malign tümörüdür.

Vaka 1: Elli dokuz yaşında erkek hasta yaklaşık 1 yıldır olan sağ el başparmak tırnak yatağında kabarıklık, ağrı şikâyeti ile başvurdu. Bilinen tip 2 diyabet ve hipertansiyonu bulunan hastanın 40 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hikayesinde lezyonun 1 yıl önce tırnak altında kabarıklık şeklinde başladığı, zamanla büyüyerek tırnak plağında kırılma ve şekil bozukluğuna neden olduğu, bir kez akut paronişi düşünülerek drenaj yapıldığı ancak ağrısının artması ve lezyonun büyümeye devam etmesi üzerine tarafımıza başvurduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenede tırnak yatağı distalinde yerleşim gösteren, ortasında 5-6 mm çaplı hiperkeratotik bir alanın izlendiği, zemini pembemsi renkte, endüre, palpasyonla ağrılı nodüler lezyon mevcuttu. Direkt grafisinde distal falanks uç kısmında kemik rezorbsiyonu dikkati çekmekteydi. Hiperkeratotik nodülü içerecek şekilde insizyonel biyopsi alınan hastanın biyopsisinde yoğun keratinöz materyal içerisinde izole fragmanlar halinde verrüköz epidermis izlendi. Tanısal olmayan bu insizyonel biyopsi sonrası hastaya distal tırnak avülsiyonunu takiben lezyonun tamamına yakınına içerecek şekilde eksizyonel biyopsi ve distal falanks uç kısımdan kemik biyopsisi yapıldı. Eksizyonel biyopsi sonucu in situ SHK ile uyumlu gelen hastanın alınan kemik biyopsisinde ise tutulum saptanmadığı ifade edildi. Bunun üzerine total tırnak ünitesi eksizyonu planlanan hastanın eksizyon sırasında tümörün taban sınırda distal falanksa bitişik olması üzerine tırnak ünitesi eksizyonu ile birlikte distal falanksın uç kısmının ampütasyonu da gerçekleştirildi. Histopatolojik incelemede tümörün taban cerrahi sınırda devam ettiği ve kemiğe invaze olduğu görülen, patolojik aksiller lenf nodu saptanmayan hasta distal falanks ampütasyonu yapılmak üzere plastik cerrahi kliniğine yönlendirildi.

Vaka 2: Altmış beş yaşında erkek hasta yaklaşık 6 aydır olan sol el başparmakta kabarıklık ve ağrı şikâyeti ile başvurdu. Bilinen koroner arter hastalığı ve hiperlipidemisi bulunan hastanın 50 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hikayesinde ilk olguya benzer şekilde lezyonun küçük bir kabarıklık şeklinde başlayarak zamanla büyüdüğü, tırnak plağında kırılmaya neden olduğu, çeşitli topikal ve sistemik antifungal tedaviler ve sonrasında topikal 5-florourasil ve salisilik asit preparatı kullandığı ancak şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine tarafımıza başvurduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenede tırnak yatağı distal ucunun tamamına yakınına tutan, üzeri hiperkeratotik, kanamalı, palpasyonla ağrılı, endüre, 1.5 cm çaplı tümöral lezyon izlendi. Direkt grafisinde distal falanks uç kısmında kemik rezorbsiyonu dikkati çekmekteydi. Sol aksillada ise en büyüğü 21x13 mm çaplı, oval şekilli, kalın korteksli lenfnodları mevcuttu. Bunun üzerine hastadan tanısal amaçla

lezyonun tamamını içerecek şekilde eksizyonel biyopsi yapıldı ve histopatolojisi invaziv SHK ile uyumlu olarak değerlendirildi. Aksiller lenfnodu biyopsisi ve distal falanks amputasyonu planlanan hasta plastik cerrahi kliniğine yönlendirildi.

Sonuç: Tırnak yatağına yerleşmiş, tedavilere yanıtız, zamanla büyüme gösteren ağırlı hiperkeratotik nodüler lezyonlara yaklaşımda direkt grafi ve uygun şekilde yapılan insizyonel/eksizyonel biyopsi kemik invazyonu gösteren tırnak ünitesi SHK'lerinin saptanmasında önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** biyopsi, skuamöz hücreli karsinom, tırnak tümörü

### PS-003

#### Adalimumab Tedavisi Altında Ortaya Çıkan Edinilmiş Epidermodisplazi Verrusiformis

Başak Yalıcı Armağan, Öykü Durmuş, Sibel Doğan Günaydın  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş - Amaç: Epidermodisplazi verrüsiformis (EV), bazı spesifik insan papilloma virüsü (HPV) tipleriyle ilişkili verruka plana veya pitriazis versikolor benzeri lezyonlar ile karakterize, nadir bir genetik hastalıktır. EV skuamöz hücreli karsinom başta olmak üzere invaziv deri kanserlerinin gelişimine yatkınlık oluşturmaktadır. Edinilmiş EV (EEV) ise akkiz immun yetmezlik, transplant alıcısı olmak veya immünsüpresif ilaç kullanımı gibi immünosupresyon durumlarında gelişebilen yeni tanımlanmış bir durumdur. Bildiğimiz kadarıyla literatürde tümör nekrozis faktör- $\alpha$  inhibitörü (TNFi) kullanımı sırasında EEV gelişen yalnızca 1 vaka raporu yer almaktadır. Burada adalimumab (TNFi) tedavisi altında ortaya çıkan bir EEV olgusu sunulacaktır.

Olgu: 37 yaşında kadın hasta yüzde, kol ve bacaklarda pembe kabarıklıklar nedeniyle değerlendirildi. Öyküsünden hastanın 7 yıldır psoriasis nedeniyle adalimumab tedavisi kullandığı, yaklaşık 3 yıl önce yanına metotreksat tedavisi eklendiği ancak 1.5 yıl önce el ve ayaklarında çıkan siğiller nedeniyle metotreksat tedavisi kesilerek adalimumab tedavisi yanına isotretinoin 20 mg/gün dozundan eklendiği öğrenildi. İsoetretinoin tedavisini düzenli kullanmayan hastanın bu tedaviler altında lezyonların artarak kollarına ve bacaklarına yayıldığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde çenede, bilateral el ve ayak dorsumlarında, ön kol proksimalinde soluk eritemli, düz yüzeyle papüller ve bilateral tibia ön yüzlerde eritemli skuamli papül ve plaklar izlendi. Eşlik eden pitriyazis versikolor benzeri hipo-hiperpigmente maküller gözlenmedi. Saçlı deri, oral mukoza ve tırnaklar doğaldı. Tibia ön yüzden alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesi ve klinik Bulgularla hastaya EEV tanısı konuldu. Hastanın kullanmakta olduğu adalimumab ve isotretinoin tedavileri kesilerek asitretin tedavisi başlanması planlandı. Laboratuvar incelemesinde HIV serolojisi negatifti. Hasta İmmunoloji ve servikal kanser taraması ile uygun kontrasepsiyon planı açısından Kadın Doğum bölümlerine yönlendirildi. Servikal smearde HPV-58 varlığı tespit edildi.

Sonuç: Hastamızda genetik inceleme ve HPV tiplendirmesi yapılamamış olmakla birlikte, tipik histopatolojik Bulgular ve lezyonların geç başlangıçlı olması nedeniyle TNFi kullanımı ile ilişkili EEV ile uyumlu olduğu düşünüldü. Olgumuzda bacaklarda yerleşimli lezyonların psoriasis plakları ile benzerliği dikkat çekiciydi. Sonuç olarak, dermatologlar TNFi gibi biyolojik tedavilerin EEV gelişimi ile ilişkili olabileceğinin ve klinik olarak psoriasis plakları ile karışabileceğinin farkında olmalıdır. Biyolojik tedavi kullanan hastalarda ayrıntılı tüm vücut muayenesi, şüpheli lezyonların tespiti ve erken tanısı açısından oldukça önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Epidermodisplazi Verrüsiformis, HPV, TNFi

## PS-004

### Deride sarı diskolarasyonla başvuran AL amilodiyoz olgusu ve dermoskopik Bulguları

Ayda Acar<sup>1</sup>, Ecem Baklan<sup>1</sup>, Banu Yaman<sup>2</sup>, Bengü Gerçeker Türk<sup>3</sup>, Sait Şen<sup>2</sup>, Gökhan Keser<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Özel Muayenehane, İzmir

<sup>4</sup>Ege Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**Giriş ve Amaç:** Kutanöz amiloidozlar, lokalize kutanöz amiloidozlar ve sistemik amiloidozun kutanöz tutulumu olarak sınıflandırılabilir. Sistemik amiloidoz, plazma hücre diskrazilerine bağlı AL amiloidoz veya kronik inflamatuvar hastalıklara bağlı AA amiloidoz şeklinde görülür. AL amiloidozun deri tutulumu purpura, mumsu papüller ve/veya sarımsı nodüller ile kendini gösteren nadir görülen bir durumdur. Dermoskopik Bulguları ise sarımsı yüzey, noktasal peteşiler, homojen purpurik yüzey, sarı alanlar ve beyaz skar benzeri alanlar olarak bildirilmiştir. Burada başlangıç prezentasyonu deride sarı renk değişikliği olan, multiple myeloma bağlı AL amiloidoz gelişmiş bir hasta sunulmaktadır.

**Olgu:** Altmış sekiz yaşında erkek hasta periorbital bölge, boyun, aksiller ve inguinal kıvrımlarında ekimoza eşlik eden sarı renk değişikliği ile başvurdu. Daha önce hastaya sarı renk değişikliği nedeniyle karotenemi tanısı konularak karotenden zengin besinlerden kaçınmasının önerildiği öğrenildi. Lezyonların dermoskopik incelemesinde sarımsı, beyazımsı ve morumsu-kırmızı homojen alanlar izlendi. Histopatolojik inceleme ile amiloidoz tanısı doğrulandı. Kan tetkiklerinde hafif zincir immüoglobulinleri yüksek saptandı. Hematoloji bölümü tarafından kemik iliği biyopsisi alınarak multipl miyelom tanısı konuldu.

**Sonuç:** Deri lezyonları sistemik hastalıkların erken teşhisi için ipucu verebilir. Ciltte sarı renk değişikliği sadece sarılık veya karotenemi nedeniyle değil, aynı zamanda amiloidoz nedeniyle de ortaya çıkabilir. Burada deride görülen sarı renk değişikliğine bağlı yanlış karotenemi tanısı almış multipl miyeloma bağlı AL amiloidoz gelişmiş bir hasta sunulmuştur. Sistemik amiloidozun deri tutulumu hafif olduğunda dermoskopi tanıya yardımcı olur.

**Anahtar Kelimeler:** AL amiloidoz, deri Bulguları, dermoskopi

## PS-005

### İnaktif Pandemi COVID-19 Aşısı (CoronaVac) aşısı ile tetiklenen bir büllöz pemfigoid olgusu

Esratur Ünal, Göknur Kalkan

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Büllöz pemfigoid (BP), BP180 ve BP230 bazal membran zonu antijenlerine karşı otoantikorlar ile karakterize bir otoimmün büllü hastalıktır. Ultraviyole (UV) radyasyonu, ilaçlar, travma ve yanıklar gibi bu immünobüllöz bozukluk için bilinen birçok tetikleyici faktör vardır. Difteri, boğmaca, polio ve kuduz aşılarının da büllöz pemfigoidi tetiklediği bildirilmiştir. Aynı şekilde, SARS-CoV-2 mRNA aşısının birinci veya ikinci dozu sonrası bildirilen büllöz pemfigoid vakaları mevcuttur. Biz burada daha önceden büllöz pemfigoid (BP) veya herhangi bir otoimmünite öyküsü olmayan, 90 yaşında erkek hastada, inaktif pandemi COVID-19 Aşısı (CoronaVac) aşısının ikinci dozu sonrası tetiklenen bir büllöz pemfigoid olgusu sunmaktayız. Aşılama çeşitliliği arttıkça karşılaşılabilecek dermatolojik yan etkiler açısından farkındalık yaratması nedeniyle bu vakanın öğretici olacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** aşı, büllöz pemfigoid, covid 19

**resim 1**



*Gövdede yer yer gergin büller*

**resim 2**



*Sağ ayak dorsumunda gergin büller ve yer yer erode alanlar*

## PS-006

### Dermatomiyozit tanısından malignite tanısına: Bir olgu sunumu

Ayşe Hande Yoldaş<sup>1</sup>, Ayda Acar<sup>1</sup>, Banu Yaman<sup>2</sup>, Taner Akalın<sup>2</sup>, İlgen Ertam Sağduyu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

**Giriş - Amaç:** Dermatomiyozit; kendine özgü deri Bulgularıyla birlikte proksimal kas tutulumunun eşlik edebildiği otoimmün bir hastalıktır. İnsidansı milyonda altı olan dermatomiyozit oldukça nadir görülür. Kadın erkek oranı yaklaşık ikiye birdir. Erişkin başlangıçlı dermatomiyozit; malignite ile ilişkili olabilir. Özellikle over kanseri, meme kanseri ve gastrointestinal sistem kanserleri ile birliktelikler saptanmıştır.

**Olgu:** Altmışbir yaşında kadın hasta, 6 aydır kollar, gövde, yüz ve ekstremitelerde var olan kızamık döküntü şikayeti ile başvurdu. Hasta, saçlı derisinde yanma hissinden ve halsizlikten de yakınmaktaydı. Bilinen diyabetes mellitus ve hipotiroidi hastalıkları mevcuttu. Soy geçmişinde, babasında lenfoma öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede; malar bölge, sternum üzeri, kollar, dizlerde eritemli maküler lezyonlar ve metokarpofalangial eklemler üzerinde eritemli-livedi renkte makülopapüler lezyonlar mevcuttu (Fotoğraf 1,2). Yapılan tetkiklerinde; antinükleer antikor sitoplazmik 1/640 pozitif saptandı. Anti dsDna, Anti Jo1, Anti sm antikorları negatifti. Kreatin kinaz ve miyoglobin düzeyleri yüksekti. Kol üzerindeki eritemli alandan alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesi interfaz dermatiti ile uyumluymdu. Halsizlik ve kas ağrısı yakınmaları da mevcut olan hastaya yapılan elektromiyografik incelemede kaslarda yer yer denervasyonun da eşlik ettiği miyopatik değişiklikler saptandı. Deltoid kastan yapılan kas biyopsisi sonucu miyozit olarak yorumlandı. Tüm bu Bulgular ışığında hastaya dermatomiyozit tanısı koyuldu. Maligniteye yönelik yapılan tetkiklerde, sol aksillar ultrasonografik incelemede 31x27 mm boyutunda belirgin hipoekoik konglomere lezyon saptandı. Yapılan tüm vücut bilgisayarlı tomografide, sol aksiller alanda büyük boyutlara ulaşan lenfadenopati haricinde malignite kuşkulu patoloji izlenmedi. Mamografide bilateral fibroglandüler elemanlar ve yağ içeren meme paterni izlendi. Sol aksillar alana yönelik yapılan biyopsinin histopatolojik incelemesi fokal alanlarda dermatopatik lenfadenopati ile uyumlu değişikliklerin varlığı olarak yorumlandı. Takipte dermatomiyozite yönelik metilprednizolon, hidrosiklorokin ve metotreksat tedavileri verildi. Takipte kas gücü ve deri lezyonlarında istenilen yanıt alınamayan hastamıza intravenöz immunoglobulin uygulandı. Tedaviye dirençli seyir göstermesi nedeniyle altta yatan malignite açısından tekrar değerlendirildi. Yapılan ikinci aksiller lenf nodu tru-cut biyopsisi karsinom metastazı olarak sonuçlandı. Eşzamanlı olarak takipte yeni gelişen aksillar alandaki eritemli papüler lezyonlardan deri biyopsisi alındı. Deri biyopsisi, histopatolojik incelemede meme karsinomunun deri metastazı tanısı aldı.

**Sonuç:** Dermatomiyozit tanısı konulan tüm hastalarda malignite taraması yapılmalıdır. Özellikle verilen tedavilere dirençli seyir gösteren hastalarda ısrarcı malignite taramaları yapılması erken tanı şansını arttırmaktadır. Biz de; lezyonları, semptomları ve maligniteye eşlik ediyor oluşuyla oldukça öğretici olan bu dermatomiyozit olgumuzu sunmak istedik. Bu olgu ile lezyondan tanıya giden yolun hayat kurtarıcı etkisi bir kez daha gözler önüne serilirken, tedaviye dirençli hastalarda malignite taramalarında ısrarcı olunması gerektiği vurgulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Dermatomiyozit, malignite ilişkili dermatomiyozit, miyozit



**Fotoğraf 1**



*Malar bölge (a) ve sternum ön yüzde (b) eritemli döküntü*

**Fotoğraf 2**



*Diz üzerinde eritemli döküntü (a) Kol üzerinde eritemli döküntü (b) Metakarpofalangial eklem üzerlerinde eritemli-livedi makülopapüller (c)*

## PS-007

### Atipik Vasküler Lezyon: Olgu Sunumu

Buğra Burç Dağtaş<sup>1</sup>, Duygu Erdil<sup>1</sup>, Dilara İlhan<sup>1</sup>, Cem Leblebici<sup>2</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Atipik vasküler lezyon (AVL), radyoterapi (RT) sonrası tedavi alanında ortaya çıkan çok nadir görülen atipik vasküler proliferasyonlardır. Daha önceleri benign kabul edilen bu lezyonların günümüzde anjiyosarkom (AS) öncüsü olabileceği düşünülmektedir. Bu olgu sunumunda kliniğimizde AVL tanısı alan hastanın klinikopatolojik özellikleri ile tedavisi anlatılacaktır.

**Olgu:** Otuz dört yaşında kadın hasta sol memesinde yaklaşık 8-9 aydır olan, 15-20 adet kabarıklık şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde 5 yıl önce sol memeye invaziv duktal karsinom sebebiyle meme koruyucu cerrahi yapıldığı, radyoterapi ile hormonoterapi aldığı öğrenildi. Hasta bu lezyonların RT tedavisinden 4 yıl sonra oluştuğunu belirtmekteydi.

Dermatolojik muayenede, sol meme lateralinde yoğunlaşmış, sol memeden gövde ön yüzde midaksiller hatta uzanan alanda boyutları birkaç mm ile 1 cm arasında değişen 15-20 adet, bazıları seröz ve serohemorajik içerikli, asemptomatik, şeffaf vezikül ve papüller saptandı. (Resim 1) Hastanın aktif iki adet lezyonundan alınan biyopsinin histopatolojik ve immünohistokimyasal incelemesinde; CD 31+, D2-40 +, c-myc -, Ki67: %2-3 idi. Lezyonların yüzeysel yerleşimi, endotelial çok sıralı tabakalanma ve mitoz saptanmaması nedeni ile anjiyosarkomdan uzaklaşıp, bu Bulgular ışığında AVL olarak değerlendirildi.

Mevcut lezyonlarının periyodik olarak eksizyonel biyopsisi planlanarak hasta yakın takibe alındı.

**Tartışma:** AVL, literatürde ilk kez 1994 yılında Fineberg ve Rosen tarafından meme karsinomu nedeniyle lumpektomi sonrası radyoterapi alan 4 kadın hastada tanımlanmıştır. RT sonrası aylar hatta yıllar sonra gelişebilen AVL önceleri benign kabul edilmişken AVL zemininden gelişen anjiyosarkomların bildirilmesiyle, AVL'nin biyolojik davranışı tartışmaya açılmıştır.

Brenn ve Fletcher 42 vaka üzerinde yaptıkları incelemede AVL'nin anjiyosarkoma giden süreçte öncül lezyon olduğu ve sıkı takip ile agresif tedavi gerekliliği sonucuna varmışlardır.

Literatürde az vaka bildiri olan AVL'nin histopatolojik tanısı özellikle düşük dereceli anjiyosarkom ile karışabilmektedir.

Fineberg ve Rosen AVL ile düşük dereceli AS'yi ayırmak için bazı histopatolojik Bulgular öne sürmüştür. Anjiyosarkomun tipik subkutis infiltrasyonu, endotel hücrelerinin çok katmanlı yapısı, belirgin nükleol yapısı, mitoz, kanama odakları ve belirgin atipiyi anjiyosarkom lehine, adneksa zarar vermeden yüzeysel ve lokalize infiltrasyonu AVL lehine değerlendirmiştir. Ancak AVL ile anjiyosarkom arasında tanıyı zorlaştıracak örtüşmeler de mevcuttur.

AVL'nin belirlenmiş prognostik faktörlerden ve uygun cerrahi kılavuzlardan yoksunluğu, histopatolojik tanıdaki zorluklar ve olası anjiyosarkomun kötü prognozu göze alındığında, anlaşılammış biyolojik davranışıyla literatürde nadir rastlanan AVL olgularının yakın takibi ve negatif cerrahi sınırlar ile tam eksizyonu önerilmektedir. Nadir rastlanılan AVL olgusunun klinik özellikleri ve malignite gelişimi açısından takip edilmesinin öneminin vurgulanması amacı ile sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** anjiyosarkom, atipik vasküler lezyon, radyasyon

**Resim 1**



## PS-008

### Saç ekimi sonrası gelişen dissekan selülit: Olgu sunumu

Asli Bilgic<sup>1</sup>, Özlem Dicle<sup>2</sup>, Cumhur İbrahim Başsorgun<sup>3</sup>, Ayşe Akman Karakaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

<sup>2</sup>Liv Hastanesi, Ulus, İstanbul, Türkiye.

<sup>3</sup>Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

Saç ekim işlemi saçların donör alanlardan (en sık oksipital bölge olmak üzere) alınarak seyrek veya saçsız alanlara taşınması işlemidir. Saç ekiminden kaynaklanan ciddi komplikasyonlar, iyi uygulanmış ve iyi planlanmış cerrahileri takiben nispeten nadir gözlenmektedir. Bu komplikasyonlar genellikle önlenilebilir ve çoğunlukla kötü planlama veya hatalı cerrahi tekniğin bir sonucu olarak ortaya çıkar.

Burada genç bir erkek hastada saç ekimi sonrası gelişen dissekan selülit benzeri klinik tabloyu sunmayı amaçladık.

28 yaşında erkek hasta, özel bir merkezde yapılan saç ekimi sonrası saçlı deride ekim bölgesinde çok sayıda sert nodüllerle başlayıp, sonra pürülan material boşalan hassas abse ve fistül formasyonları ile kliniğimize başvurdu. Lezyon bölgesinde akıntıya kötü koku ve saç kaybı da eşlik ediyordu. Saç ekimi yapılan alanda 1. haftada belirginleşmeye başlayan Bulguları için birkaç merkezde sistemik steroid, intralezyonel steroid ve klindamisin enjeksiyonu yanında amikasin sülfat, doksisisiklin, trimetoprim- sülfametoksazol ve teikoplanin olarak sistemik antibiyoterapilerini almıştı. Bu tedavilerle şikayetlerinde kısmi azalmalar olsa da tedavi kesimi ile şikayetlerde kısa sürede tekrarlama olan hasta, başvurusunda ileri inceleme için servisimizde yatırılarak tetkik edildi. Hastanın öyküsünde ergenlikte orta şiddette akne öyküsü mevcutken, pilanoidal sinüs, hidradenit öyküsü bulunmamaktaydı. Lezyonlardan kesin tanı için biyopsi alınması yanında, dokudan bakteri ve mantar kültürüne ek olarak, TBC PCR, AV fistül, anevrizma ve psödoanevrizma gelişimi açısından yüzeyel doku ve Doppler Ultrason (US), osteomyelit ve kemik doku patolojileri açısından X-ray grafi ile tomografi tetkikleri yapıldı. US'da lineer uzanımlı sıvı formasyonları izlenen hastada, vasküler oluşum yönünde bir patoloji izlenmeyip, doku bakterisi, mantar kültürü ve TBC PCR da negatif olarak saptandı. Kemik dokuda patoloji izlenmedi. Tomografide vertekste yumuşak dokuda egzofitik nodüller yumuşak doku dansitesinde periferik kontrast enhansmanı izlenen alanlar gözlemlendi. Alınan biyopsi örneğinin patolojik incelemesinde proliferatif damar yapıları, perifoliküler lenfositik infiltrasyon izlendi. Hastada saç ekimi sonrası tetiklenen dissekan selülit tablosu ön planda düşünülerek rifampisin 600 mg+ klindamisin 600 mg/gün tedavisi başlandı. Tedaviden belirgin fayda gören hastada, 3 aylık tedavi sonrası saçlı deride inflamatuvar papül veya nodül izlenmedi. Ardından izotretinoin 20 mg/gün tedavisine geçilen hastanın, bu tedavi altında 2 aydır remisyonda takibi devam etmektedir.

Saç ekimi sonrası enfeksiyon ve sekonder skatrisyel alopesi tetiklenme insidansı düşük olmasına rağmen hem alıcı hem de donör bölgelerinde bu tablolar oluşabilir. Hızlı tespit, sorunu kontrol altına almak ve hızlı bir iyileşme sağlamak için hayati önem taşır.

**Anahtar Kelimeler:** Saç ekimi, dissekan selülit, skatrisyel alopesi

**Figür 1**



*Saç hastalıkları polikliniğimize ilk başvuruda izlenen inflamatuvar nodül ve abse formasyonları*

**Figür 2**



*Üç aylık antibiyoterapi sonrasında izotretinoin tedavisi altında remisyonda izlenmektedir*

## PS-009

### İleri evre mikozis fungoides hastalarında penil ve skrotal tutulum

Tuğba Atıcı, Can Baykal

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

**Giriş - Amaç:** Mikozis fungoidesin (MF) yama ve plak lezyonları genellikle gluteal bölge ve uyluk üst bölümü başta olmak üzere güneş görmeyen alanlara yerleşmeye eğilimlidir. Tümöral evrede ise yama ve plak evresinden farklı olarak baş ve boyun bölgesinin de tutulumu sıktır. Ancak MF'nin her üç evresinde de penil ve skrotal bölge tutulumu oldukça nadirdir. Geniş bir hasta serisinde penil ve skrotal bölge tutulumu olan 5 MF olgusunun klinik özellikleri incelenmiştir.

**Olgu:** Toplam 401 erkek MF hastasının 5'inde (%1,2) skrotal (n=3) ve penil (n=2) tutulum saptanmış olup hastaların yaş ortalaması  $68,8 \pm 7,7$  yıl idi. Hastalardan üçü klasik MF iken, bir hasta folikülotropik MF, bir hasta ise büllöz MF tanısı ile takipliydi. Skrotal tutulum skrotumun büyük bir bölümünü kaplayan, düzensiz sınırlı, eritemli, yüzeysel ülser, kalın plak/tümöral lezyon (n=1), yüzeysel ülser, nekrotik krutla kaplı, keskin sınırlı, eritemli tek tümöral lezyon (n=1) ve yüzeysel yer yer ülser, multipl, keskin sınırlı, eritemli kalın plak ve tümöral lezyonlar (n=1) şeklindeydi. Penil tutulum ise bir hastada penis shaftında yüzeysel parlak görünümlü, erode, keskin sınırlı tümöral lezyon şeklinde iken, diğer hastada penis shaftının büyük bir bölümünü kaplayan eritemli skuamli plak lezyon mevcuttu. Hastaların tamamında penil ve skrotal lezyonlar ile eş zamanlı vücudun diğer alanlarında tümöral evre MF lezyonları bulunmaktaydı ve hastaların üçünde büyük hücre transformasyonu da mevcuttu.

**Sonuç:** MF'de penil ve skrotal bölge tutulumu oldukça nadir olup, olgularımızın tamamında penil ve skrotal bölge lezyonlarının ileri evre MF hastalığına eşlik etmesi ve çoğunlukla erode ve ülserle tümörler şeklinde olması dikkat çekiciydi.

**Anahtar Kelimeler:** Mikozis fungoides, skrotum, penis, ileri evre

## PS-010

### Yüzde asemptomatik papüller: Milier Osteoma Kutis

Esra Yıldırım<sup>1</sup>, Onur Gündoğdu<sup>1</sup>, İlayda Uysal<sup>1</sup>, İleriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Arzu Dobral<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Osteoma kutis, dermis ve subkutan dokudaki heterotopik kemik formasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Multipl milier osteoma kutis (MMOK) osteoma kutisin bir varyantı olup daha çok kadınlarda görülmektedir. Fizyopatolojisi tam olarak bilinmemekle beraber; primer formun bazı genetik mutasyonlara bağlı olarak, sekonder formun ise neoplazmlar, travma, akne ve güneş yanığı gibi kronik inflamatuvar durumlara cevap olarak meydana geldiği düşünülmektedir.

**Amaç:** Biz bu olguyu özellikle yüzde semptom vermeyen, sert, deri renginde papüller ile başvuran genç-orta yaştaki kadınlarda erken tanı konulamayan bu nadir hastalığın klinik özelliklerini, ayırıcı tanıları ve tedavi seçeneklerini literatür eşliğinde tartışmak amacıyla sunmayı uygun bulduk.

**Olgu:** 58 yaşında sağlıklı kadın, 10 yıldır yüzünde var olan çok sayıda ciltten kabarık, sert lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde her iki yanakta lokalize, çok sayıda, 1-4 mm çapında, hafif kahve- krem renkli, dokunmakla sert, birleşme eğilimi gösteren papüller lezyonlar izlendi. Lezyonlara düzensiz hiperpigmentasyon eşlik ediyordu ve fototipi 4 olarak değerlendirildi. Yapılan histopatolojik incelemede derin dermiste kollajen artışı ve kabalaşma, kollajenler arası kompakt kemik fragmanları görülerek hastaya klinik ve patolojik Bulgular eşliğinde osteoma kutis tanısı konuldu.

**Sonuç:** MMOK kısmen yaygın olduğu düşünülmekle birlikte yanlış tanı konulması ve benign davranışından dolayı yetersiz raporlandığı tahmin edilmektedir. Tedavi seçenekleri arasında topikal retinoik asit, basit insizyon, küretaj, dermabrazyon, ablatif ve ablatif olmayan lazer uygulamaları yer almaktadır. Genellikle tanının atlandığı bu olgu lezyonlarının daha çok yüz bölgesinde görülmesi ve kozmetik kaygılar oluşturması sebebiyle minimal yan etki ile tedavi etmek önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** milier osteoma kutis, heterotopik kemik doku, yüzde asemptomatik papül, tedavi

## PS-011

### Anjiyom Benzeri Lezyonlarla Ortaya Çıkan Meme Karsinomu Deri Metastazı

Ahmet Faruk Tarı<sup>1</sup>, Onur Gündoğdu<sup>1</sup>, Yavuz Semiz<sup>1</sup>, İlteriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Gamze Kulduk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Kutanöz deri metastazı primer tümör dışında başka bir bölgede dermis ve subkutan dokuda neoplastik hücrelerin görülmesi olarak tanımlanmaktadır. Metastaz kutanöz yayılım, direkt invazyon yoluyla, dermal damarlar aracılığıyla veya uzak metastaz şeklinde oluşabilir. Morfolojik olarak metastazlar birçok klinik ve histopatolojik patern gösterebilir. Meme karsinomu, kadınlarda en sık kutanöz metastaz yapan tümördür.

**Amaç:** Meme karsinomu metastazının nadir bir klinik varyantı olan anjiyom benzeri papüllerle birlikte ortaya çıkan telenjektatik karsinomu olan bir hastayı klinik ve histopatolojik Bulgular eşliğinde sunarak metastazın farklı formlarda görülebileceğini göstermek amacıyla olguyu sunmayı uygun bulduk.

**Olgu:** 67 yaşındaki kadın hasta tarafımıza sol memede 2 aydır geçmeyen kızarıklık ve kaşıntı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde sol memenin tamamına yakınında göğüs ön duvarına da yayılan eritemli zemin üzerinde, çok sayıda 1-2 mm çaplı, sert, basmakla solmayan anjiyomatöz papüller mevcuttu. Hastanın alınan punch biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde dermiste lenfatikler içinde adenokarsinom infiltrasyonuna rastlandı ve meme karsinomunun deri metastazı tanısı konulan hasta onkoloji bölümüne yönlendirildi.

**Sonuç:** Meme karsinomu metastazı morfolojik olarak papüler ve nodüler, telenjektatik, erizipeloid, en cuirasse, alopesi neoplastika, zosteriform dağılım gösteren birçok şekilde karşımıza çıkabilmektedir. Bizim olgumuzda da telenjektatik bir zemin üzerinde anjiyom benzeri papüllerle birlikte seyreden nadir bir morfolojik varyant sunulmuştur. Malignite öyküsü olan hastalarda sebat eden, farklı klinik şekilde ortaya çıkan endüre lezyonlarda metastaz açısından dikkatli olunarak gerekli histopatolojik incelemeler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** anjiyom benzeri lezyonlar, deri metastazı, meme karsinomu,

## PS-012

### Vismodegib ile tedavi edilen Gorlin-Goltz olgusu

Eda Haşal<sup>1</sup>, Yasemin Bakkal Temi<sup>2</sup>, Adem Deligönül<sup>3</sup>, Serkan Yazıcı<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Düzce

<sup>2</sup>Atatürk Devlet Hastanesi, Onkoloji, Düzce

<sup>3</sup>Uludağ Üniversitesi, Onkoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>4</sup>Uludağ Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

**Giriş ve Amaç:** Gorlin-Goltz sendromu, otozomal dominant geçişli, nadir görülen, çoklu organ bozukluğuna yol açan bir sendromdur (1). Kliniğinde multiple bazal hücreli karsinomlar (BHK), çenede odontojenik kistler, palmoplantar çukurlanmalar, falks serebri kalsifikasyonu, iskelet anomalileri görülürken; medulloblastom, ovarian fibrom gibi tümörlere ise yatkınlık vardır. Hedgehog sinyal yolağındaki patched (PTCH) veya suppressor of fused (SUFU) genlerindeki germline mutasyonlardan kaynaklanmaktadır (2). Vismodegib, hedgehog yolağı aktivasyonunu inhibe etmekte olup ileri evre BHK'larda kullanılmaktadır (3). Bizler burada saçlı deri, yüz ve sırtta multiple BHK'lar, çok sayıda palmar pitting ile polikliniğimize başvurarak Gorlin-Goltz sendromu tanısı alan ve vismodegib tedavisi altında lezyonları belirgin gerileyen 66 yaşında erkek hastayı literatür ışığında sunduk.

**Olgu:** 66 yaşında erkek hasta, yüzde, saçlı deride ve sırtta çok sayıda gri-siyah kabarıklıklar ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetleri 2.dekatın sonundan beri mevcuttu. Alınan deri biyopsiler 'bazal hücreli karsinom'ile uyumlu raporlanmış ve mükerrer kez cerrahi eksizyon uygulanmıştı. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında özellik yoktu. Babasında saçlı deride deri tümörü öyküsü ve ağabeyinde akciğer kanseri varlığı mevcuttu. Dermatolojik bakıda saçlı deri, yüzde ve sırtta çok sayıda gri-siyah renkte, nodüloülseratif ve süperfisiyel BHK'lar izlendi (Resim-1). Palmar çok sayıda pittingi mevcuttu (Resim-2). Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın kraniyal bilgisayarlı tomografisinde (BT), koronal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kesitlerinde, vertebra grafilerinde anomali saptanmadı. Hastaya çok sayıda BHK ve palmar pitting ile ailesinde deri tümörü varlığı nedeniyle Gorlin-Goltz sendromu tanısı konuldu. Yaygın lezyonları olan hastaya vismodegib 150 mg/gün tedavisi başlandı. Takip eden 10 ayda yeni lezyon çıkışı olmazken, lezyonlarda %80 gerileme izlendi (Resim-3). Tedavinin altıncı ayında lezyonlara aylık kriyoterapi uygulanmaya başlandı. Vismodegib tedavisinin üçüncü ayında kas krampları, disguzi gelişirken, altıncı ayında ise saç dökülmesi ve kilo kaybı yan etki olarak izlendi. İlaç yan etkileri tedaviyi bıraktıracak kadar şiddetli olmayan hastada vismodegib tedavisine halen devam edilmektedir.

**Sonuç:** Gorlin-Goltz sendromlu hastalarda yaşam boyu farklı klinik tutulumlar görülebileceğinden tanı ve tedavide çok merkezli yaklaşım gereklidir. BHK'ların klasik tedavisi cerrahi olarak çıkarılmasıdır, fakat çok sayıda lezyon varlığı ile nüks durumunda, hastamızda olduğu gibi vismodegib de akılda tutulması gereken etkili bir tedavi seçeneğidir.

**Anahtar Kelimeler:** gorlin goltz syndrome, gorlin syndrome, vismodegib



**Resim-1**



*Yüzde ve sırtta çok sayıda gri-siyah renkte, nodüloülseratif ve süperfisiyel bazal hücreli karsinomlar*

**Resim-2**



*Bilateral palmar çok sayıda pitting.*

**Resim-3**



*Vismodegib tedavisinin 10. ayında lezyonlarda %80 gerileme izlendi*

## PS-013

### Ekstremitte tutulumu gösteren Alopesi areata benzeri Liken planopilaris olgusu

Oğuzhan Kılıçaslan, Cemile Tuğba Altunel

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

**Giriş ve Amaç:** Alopesi areata (AA) görece yaygın olarak görülen, inflamatuvar, skatris bırakmayan bir alopesi türüdür. Hastalık küçük, iyi sınırlı yama tarzı saç dökülmesi alanlarından vücut ve saçlı derideki kılların tamamen yokluğuna kadar değişen farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilir. Alopesi areata tanısı çoğunlukla klinik olarak konulmakla birlikte trikoskopi tanıya yardımcıdır. Liken planopilaris (LPP) ise liken planusun foliküler bir varyantı olduğu düşünülen, skatrisyel alopesiye neden olan inflamatuvar bir hastalıktır. Liken planopilarisin Klasik LPP, Frontal fibrozan alopesi ve Graham-Little-Piccardi- Lasseur sendromu olmak üzere 3 ana alt tipi bulunmaktadır. LPP'de vücut kıllarının tutulumu Graham-Little sendromunda tanımlanmış olup bu sendromda saçlı deride skatrisyel alopesinin yanı sıra aksiller ve pubik kıllarda skatrisyel olmayan tipte dökülme görülmektedir. Klasik LPP ise saçlı deri için tanımlanmış bir antitedir ancak son yıllarda çok az sayıda vakada yüz, gövde ve ekstremitelerde LPP vakaları tanımlanmıştır. Biz burada geçmişte AA tanısı olup spontan olarak düzelmeye gösteren, son dönemde saçlı deri ve vücut kıllarında yama tarzı dökülmeleri tekrarladığı için bacadan alınan biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesi sonucunda LPP tanısı alan bir hasta sunuyoruz.

**Olgu:** Yirmidokuz yaşında erkek hastanın 1,5 sene önce saçlı deri ve sakal bölgesinde bölgesel dökülmesi başlamış. Dış merkezde AA tanısı konulup intramüsküler triamsinolon ve topikal steroid tedavisi başlanmış ve alopesik yamaları düzelmiş. Ancak son aylarda kol ve bacaklarda da kıl dökülmesi olması üzerine hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde kol ve bacaklarda yaygın, dağınık yerleşimli, düzensiz alopesik yamalar tespit edildi, saçlı deride birkaç adet merkezinde ince kılların bulunduğu alopesik yamalar görüldü. Hastanın trikoskopik incelemesinde saçlı deride sarı noktalar, ince kıllar, domuz kuyruğu kıllar; bacaklar ve üst ekstremitelerde follikül kaybı, yer yer domuz kuyruğu kıllar ve kırık kıllar görüldü.. Hastanın geçmiş hikayesi de göz önünde bulundurulduğunda mevcut şikayetlerinin diffüz AA ile ilişkili olduğu düşünüldü ve hastaya intramüsküler triamsinolon enjeksiyonu yapıldı. 1 ay sonraki kontrolde kol ve bacaklardaki alopesik yamaların genişlediği görüldü. Hastanın bacağındaki alopesik bölgeden folliküler Mikozis Fungoides'i dışlamak amacıyla 2 adet 4mm'lik deri punch biyopsi (transvers ve vertikal iki kesit) alındı. Biyopsi sonucu LPP ile uyumlu olarak geldi ve hastaya oral hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Bir sonraki kontrolde hastanın saçlı derisinde kıl çıkışı gözlemlendi ancak saçlı deri dışındaki alopesik yamalarda bir değişiklik olmadığı görüldü.

**Sonuç:** Literatürde saçlı deri dışında normal görünümlü deride alopesik yamalarla ortaya çıkan LPP çok nadir bildirilmiştir. Dolayısıyla bu tip şikayetlerle başvuran hastalarda AA dışında LPP de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Alopesi areata, Liken planopilaris, Trikoskopi

## PS-014

### Jeneralize Pruritus ile tanı alan anjiyoimmüblastik T hücreli lenfoma: Olgu sunumu

Fatih Can Aba, Demet Kartal, Murat Borlu, Salih Levent Çınar

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Kayseri

**Giriş ve Amaç:** Kronik kaşıntı 6 haftadan uzun süren kaşıntı olarak tanımlanır. İnternal malignite ve özellikle de lenfoproliferatif hastalıklar ile ilişkili olarak ortaya çıkabilir. Klinik olarak paraneoplastik kaşıntı sıklıkla yaygın, inatçı ve kronik bir kaşıntıdır. Hastalarda kaşıntıya ikincil olarak ekzorsiyasyon, hiperpigmentasyon, likenifikasyon ve prurigo nodülleri gelişebilir.

**Olgu:** 30 yaşında erkek hasta kliniğimize yaklaşık 1 yıldır olan vücutta yaygın kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Başlangıçta kuru kaşıntısı oluyormuş ancak son 5-6 aydır bacakta döküntüler olmaya başlamış ve bu son 5-6 ayda istemsiz bir şekilde yaklaşık 10 kilo kaybı olmuş. Kaşıntı özellikle geceleri daha şiddetli hale geliyormuş. Başvurusunda yapılan fizik muayenesinde her iki tibia ön ve yan yüzlerinde eritemli bazıları hafif morumsu ekzorsiyasyon papüller ve yer yer nodüller, post inflamatuvar hiperpigmentasyonlar ve ekzorsiyasyon izleri, abdomen sol yan tarafta ince skuamli, hafif eritemli 1 adet egzematize yama mevcuttu. Hastadan nörodermatit, prurigo nodularis ve skabiyez ön tanıları ile punch biyopsi alındı ve sonuçlar çıkana kadar kükürtlü skabiyez tedavisi ve antihistaminik verildi. Hasta biyopsisi sonuçlanana kadar bu tedavileri kullandı ancak fayda görmedi. Hastanın biyopsi sonucunda atipik lenfohistiyositik hücre infiltrasyonu, CD3 ve CD30 pozitifliği olması üzerine sistemik ve kutanöz lenfoma açısından detaylı araştırılması için yatışı yapıldı. Yatışında yapılan fizik muayenesinde dalak kot altında 7-8 cm civarında palpe edildi ancak lenf nodu muayenelerinde lenfadenopati(LAP) saptanamadı. Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon, CD4/CD8 oranı, CA-125, total PSA yüksek, hemoglobin değeri ise düşük olarak saptandı, diğer laboratuvar tetkikleri ise normaldi. Yapılan toraks ve abdominal bilgisayarlı tomografide dalak boyutu 24 cm tespit edilmiş olup parankim içerisinde farklı bölgelerde hipodens nodüler lezyonlar ve sağ aksillar bölgede göğüs ön duvarına uzanım gösteren en büyüğü 4x2 cm olan LAP'lar tespit edildi. Sağ aksilladaki en büyük boyutlu LAP genel cerrahi tarafından total eksize edilerek patolojik incelemeye gönderildi. Kesitlerde küçük-orta büyüklükte, şeffaf sitoplazmalı hücre infiltrasyonları ve matür lenfositin 4-5 katı büyüklüğünde hiperkromazi gösteren eozinofilik dar sitoplazmalı atipik hücreler görüldü. İmmunhistokimyasal ve immünfloresan boyamalarda PD1, BCL6, BF-1, CD3,4,5,7,8 ve CD30 ile pozitif boyanma mevcuttu. Bu Bulgular ile anjiyoimmüblastik T hücreli lenfoma tanısı aldı.

**Tartışma:** Yapılan çalışmalarda Hodgkin hastalığı olanlarda kronik pruritus prevalansı %30' a varan oranlarda, non-Hodgkin hastalığı olanlarda ise %15'e varan oranlarda bildirilmiştir. Ancak malignite ile ilişkili kaşıntının patofizyolojik mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Olgumuz kronik pruritus ve bacaklarda ekzorsiyasyon papüller ile başvurup anjiyoimmüblastik T hücreli lenfoma(AITL) tanısı aldı. Anjiyoimmüblastik T hücreli lenfoma bir non-Hodgkin lenfoma alt türü olup T hücreli lenfomaların %18'ini non-Hodgkin lenfomaların ise %1-2 kadarını oluşturur ve sıklıkla 6-7. dekatlarda görülür. AITL olgularının %40-50 kadarında cilt lezyonları bildirilmekle beraber spesifik histopatolojik Bulgular belirtilmemiştir ve dermatolojik literatürde cilt lezyonları net olarak açıklığa kavuşturulamamıştır.

AITL hastalarında cilt tutulumu sık olsa da AITL özellikle gençlerde nadir görülen bir durum olduğu için bu olgumuzu sizlerle paylaşmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** non-hodgkin lenfoma, anjiyoimmüblastik lenfoma, jeneralize pruritus, paraneoplastik pruritus, kronik pruritus

**Figür 1**



**Figür 2**



## PS-015

### Remisyondaki kronik lenfositik lösemili bir hastada gelişen generalize granülomatöz pigmente purpurik dermatoz: Dermatoskopik özellikleri ve tedavisi

Esra Yıldırım Bay<sup>1</sup>, Servet Topal<sup>1</sup>, İteriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Ahmet Bahadır Göktaş<sup>2</sup>, Özben Yalçın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi; Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi; Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Pigmente purpurik dermatoz (PPD), kahverengi-kırmızı maküller, peteşi, purpura, pigmentasyon ve telenjektazi ile karakterize bir dermatolojik hastalık grubudur. PPD, Schamberg'in progresif pigmente dermatozu, Majocchi'nin purpura annularis telenjektoidesi, Gougerot ve Blum'un pigmente purpurik dermatozu, Doucas ve Kapetanakis'in egzema benzeri purpurası, itching purpura ve liken aureus olmak üzere çeşitli subtiplere ayrılmaktadır. Granülomatöz pigmente purpurik dermatoz (GPPD) ise PPD'un 1996 yılında tanımlanan, nadir görülen histolojik bir varyantıdır.

**Amaç:** Bu olgu sunumu ile nadir görülen granülomatöz pigmente purpurik dermatozun klinik özellikleri, dermatoskopik Bulguları ve tedavi seçeneklerinin, güncel literatür bilgileri eşliğinde irdelenmesi amaçlanmıştır.

**Olgu:** 69 yaşında bilinen remisyonda KLL hastalığı olan erkek hasta, 6 aydır tüm vücutta giderek yayılan, kırmızı lekeler nedeniyle tarafımıza başvurdu. Dermatolojik muayenesinde gövde, üst ve alt ekstremitelerde yaygın olmak üzere 2-5 mm çaplarında, kırmızı- kahve renkli, yuvarlak-oval şekilli, purpurik, makül ve papüller, sağ ön kol volar yüzde birleşme eğiliminde parlak, ten rengi-pembemsi infiltrate papüller görüldü (Resim 1a, 1b,1c). Dermatoskopik incelemede pembe-bakır pigmente zeminde, multiple kırmızı dot ve globüller izlendi (Resim 2). Lezyonlardan alınan biyopside yüzeyde hiperortokeratoz, epidermiste akantoz, dermiste belirgin granülom yapıları, eritrosit ekstrasvazasyonu, perivasküler lenfosit infiltrasyonu saptandı (Resim 3).

Hastaya klinik, histopatolojik Bulgular eşliğinde granülomatöz pigmente purpurik dermatoz tanısı konuldu. 20 seans dUVB ve kalsiyum dobesilat kombinasyon terapisi başlanan hastanın 2 ay sonraki kontrollerinde gövde kol ve uyluk lezyonlarında iyileşme saptanırken, bacak distalindeki lezyonlarında kısmen gerileme saptandı (Resim 4). Hastanın tedavi ve takibi kliniğimizde devam etmektedir.

**Sonuç:** GPPD pigmente purpurik dermatozların nadir görülen bir varyantıdır. Klinik olarak diğer PPD formlarına benzemekte olup histopatolojik olarak granülom yapıları ve lenfohistiositik infiltrasyon saptanması ile ayırım yapılabilir. Bu olgu sunumu ile GPPD'un jeneralize lezyonlarla ortaya çıkabileceği ve dermatoskopi aracılığı ile tedavi takibinin yapılabileceği vurgulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** granülomatöz pigmente purpurik dermatoz, KLL, dermatoskopi, kalsiyum dobesilat, dUVB

## PS-016

### Subkorneal püstüler dermatoz gelişen remisyonda bir büllöz pemfigoid olgusu

Yavuz Semiz<sup>1</sup>, Ahmet Faruk Tarı<sup>1</sup>, Esra Yıldırım Bay<sup>1</sup>, İteriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Arzu Dobral<sup>2</sup>, Özben Yalçın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş - Amaç: Büllöz pemfigoid (BP) derinin ve mukoz membranların en sık görülen subepidermal otoimmün büllöz hastalığıdır. Tipik olarak yaşlıları etkileyen bu hastalık kaşıntı eşliğinde lokalize veya jeneralize büllöz lezyonlarla karakterizedir. Hemidesmozomal proteinlerden BP180 ve BP230'a karşı gelişen otoantikörlerin yol açtığı dermoepidermal ayrışma hastalık patogenezinde önemli rol oynar. Interlökin (IL) – 4, IL-16, CCL17 ve CCL22 başta olmak üzere çeşitli inflamatar sitokinlerin düzeyi BP'de artmış olarak gösterilmiştir. Hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM), nörolojik hastalıklar, malignite ve diğer sistemik hastalıklarla BP arasındaki ilişkinin incelendiği pek çok çalışma yapılmıştır. Dermatolojik hastalıklar arasında lupus eritematozus, liken planus ve psoriasis ile BP birlikteliğinin gösterildiği çalışmalar mevcuttur.

Subkorneal püstüler dermatoz (SPD) normal veya eritemli zeminde gruplar halinde ortaya çıkan ve histopatolojik olarak çok sayıda nötrofil içeren püstüllerle karakterize, kronik seyirli ve nedeni bilinmeyen bir dermatozdur. Daha çok kadınlarda, 40 yaş üzerinde görülen ve nedeni bilinmeyen hastalık; özellikle karın, aksilla ve kasıklarda yerleşen, bilateral, simetrik, annüler veya serpiginoz plaklar ile seyreder. SPD'nin patofizyolojisi net olarak bilinmese de subkorneal tabakadaki nötrofil birikimi epidermiste kemoatraktanların varlığını düşündürmektedir. IL-1 beta, IL-6, IL-8, IL-10, lökotrien B4 ve kompleman C5a SPD hastalarında lezyonda arttığı gösterilen bazı nötrofil atraktanlarıdır. IgA ve IgG monoklonal gammopatisi ve myeloproliferatif hastalıklar başta olmak üzere pyoderma gangrenosum, romatoid artrit, hipertiroidizm, Sjögren sendromu, Crohn hastalığı, multipl skleroz, SAPHO (sinovit, akne, püstülozis, hiperostozis ve osteit) gibi pek çok hastalığın SPD ile birlikteliği tanımlanmıştır.

Bildiğimiz kadarıyla bugüne kadar BP ve SPD'nin aynı hastada görüldüğünü bildiren bir yayın bulunmamaktadır. Biz burada BP tanısı ile takipli olan ve remisyon sırasında SPD geliştiren bir kadın olguyu sunduk.

Olgu: 80 yaşında kadın hasta vücudunda yaygın döküntü şikayeti ile başvurdu. Hasta BP tanısı ile 5 yıldır kliniğimizde takipliydi. Hastanın özgeçmişinde senil katarakt, DM, hepatosteatoz, Hashimoto tiroiditi, mesanenin nöromusküler disfonksiyonu, vertebroziler yetersizlik tanıları ile ilgili bölümlerde takip altındaydı. Bu tanıları için sistemik metformin, empaglifozin, deksametazon tedavileri almaktaydı. Klinik Bulgular, histopatolojik ve direkt immünfloresan inceleme ile BP tanısı konulan hastaya sistemik doksisisiklin, sistemik kortikosteroid, topikal kortikosteroid tedavileri başlanmıştı. Bu tedaviler ile BP lezyonları kontrol altına alınmış ve son 2 yıldır hiçbir aktif BP lezyonu saptanmamıştı. Hasta yeni oluşan döküntü şikayeti ile tarafımıza başvurduğunda dermatolojik muayenesinde göğüste yaygın, sırtta da yayılan, kollarda fleksural bölgelerde çok sayıda eritemli papüller, maküller, yer yer püstüller izlendi (Şekil 1). Alınan biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde subkorneal alanda nötrofil polimorflarından oluşmuş püstül yapısı, spongiöz, dermiste interstisyel seyrek eozinofil de içeren nötrofilden zengin infiltrasyon görüldü (Şekil 2). Klinik ve histopatolojik Bulgular eşliğinde hastaya subkorneal püstüler dermatoz tanısı konuldu. Asitretin 25 mg/g ve topikal kortikosteroid tedavisi ile lezyonlarda belirgin gerileme izlendi. Hastanın serum lipidlerinde yükselme saptanması üzerine tedaviye 10. haftada ara verildi. Kliğinimizde takip edilmekte olan hastanın 8 aylık takiplerinde BP ve SPD lezyonlarında herhangi bir alevlenme izlenmedi (Şekil 3).

Sonuç: Burada BP remisyonda ile takip edilirken gövdesinde SPD ile uyumlu yaygın lezyonlar gelişen olgu sunuldu. BP patogenezinde ve hücrel infiltratta eozinofiller SPD'da nötrofiller ön planda rol oynasa da her iki hastalığın gelişiminde de rol alan inflamatuvar süreçlerin kesişiminin bu birliktelikte rol oynayabileceği düşüncesindeyiz.

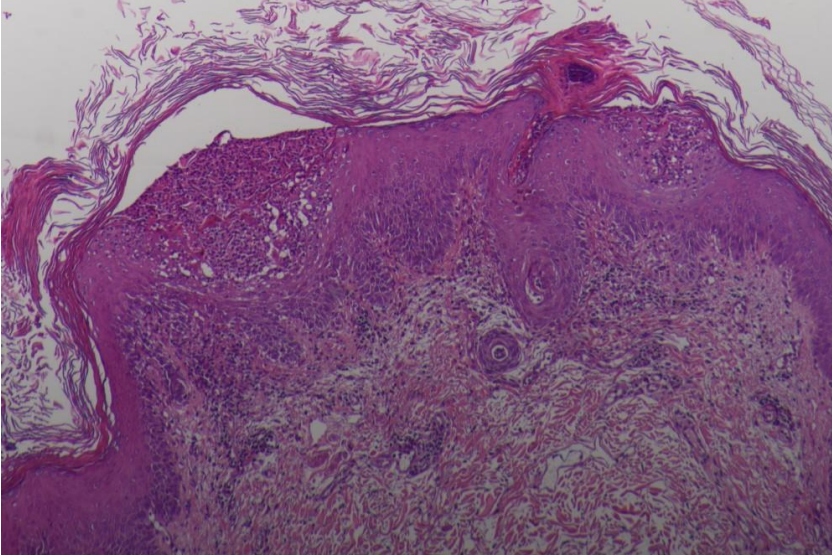
**Anahtar Kelimeler:** asitretin, büllöz pemfigoid, komorbidite, nötrofil, patogenez, subkorneal püstüler dermatoz

**Şekil 1**



*Göğüste yaygın çok sayıda eritemli papüller, maküller, yer yer püstüller*

**Şekil 2**



*Nötrofillerden baskın nadir eozinofilleri içeren püstül içeriği ve dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon (HE, x100)*

**Şekil 3**



*Hastanın remisyondaki klinik Bulguları*

## PS-017

### SARS-CoV-2 mRNA aşısı sonrası gelişen Pemfigus Vulgaris: Bir olgu sunumu

Oğuzhan Kılıçaslan, Ayşe Tunçer Vural, Ebru Şebnem Ayva  
Başkent Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Pemfigus vulgaris (PV), ciltte ve mukozada büller ve ülserlerle karakterize nadir görülen bir otoimmün büllöz hastalıktır. Genetik yatkınlık, ilaçlar ve malign hastalıklar gibi çeşitli faktörlerin PV'yi tetiklediği veya alevlendirdiği bildirilmiştir. COVID-19 mRNA aşısı da otoimmünite ile ilişkili sitokin yollarında etkileşim oluşturabilir ve otoimmün hastalıkları tetikleyebilir. Biz burada COVID-19 mRNA aşısı sonrası oral mukoza erozyonlarıyla başvurup PV tanısı alan bir hastamızı sunuyoruz.

34 yaşında kadın hasta yaklaşık 10 gündür ağzında mevcut olan yaralar ile tarafımıza başvurdu. Hasta daha önce benzer şikayetler yaşamamıştı. Özgeçmişinde yalnızca gastrit tanısı mevcuttu ve esomeprazole (20 mg/g) dışında düzenli kullandığı ilacı yoktu. Ağzındaki yaralar başlamadan 2 gün önce COVID-19 mRNA aşısının ikinci dozunu almıştı. Birinci doz aşı sonrasında herhangi bir yan etki yaşamamıştı. Hastanın dermatolojik muayenesinde oral mukozada yaygın erode alanlar, yer yer psödomembran görünümü izlendi. Sol yanak mukozasından alınan biyopsinin histopatolojisinde epidermiste suprabazal ayrılma ve akantolitik hücreler görüldü ve subepitelyal stromada az sayıda eozinofil, nötrofil lökositlerin eşlik ettiği mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi. Immunfloresan incelemede IgG ve C3 ile perisellüler granüler boyanma izlendi. Mevcut klinik ve histopatolojik Bulgularla hastaya PV tanısı konuldu ve hastaya metilprednizolon (80 mg/g) tedavisi başlandı.

Otoimmünitenin tetikleyicisi olarak aşılarda tartışılmalı bir konudur. Literatürde COVID-19 mRNA aşısı sonrası gelişen otoimmün hastalık vaka raporları mevcuttur. Bildirilen raporlarda otoimmün büllöz hastalıklar da yer almakla birlikte toplamda 14 vaka olmak üzere raporların çoğunluğu genellikle büllöz pemfigoid hastalık grubundandır. Literatürde COVID-19 enfeksiyonu sonrası bir hastada, COVID-19 mRNA aşısı sonrası ise bir hastada PV raporlanmıştır. Aşı sonrası PV olarak raporlanan hastada ilk dozdan 5.gün sonra lezyonlar gelişmişken, bizim hastamızda ikinci dozdan yalnızca 2 gün sonra PV lezyonları gelişmiştir. Sonuç olarak, SARS-CoV-2 mRNA aşısının ilk dozlarında olduğu gibi rapel dozlarından sonra da PV gelişebilmektedir. SARS-CoV-2 mRNA aşısı uygulanan hastalar oral mukozal erozyon-ülserlerle başvurduğunda PV tanısı akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Pemfigus vulgaris, SARS-CoV-2 mRNA, COVID-19



## PS-018

### Sistemik lupus eritematozus gelişen tuberoskleroz olgusu

Selen Taner Akbay<sup>1</sup>, Ahmet Doğukan Dağdaş<sup>2</sup>, Arbil Açıkalin<sup>3</sup>, Sevcan Tuğ Bozdoğan<sup>4</sup>, Varol Lütfü Aksungur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İskenderun Devlet Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Hatay

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Adana

<sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Adana

<sup>4</sup>Çukurova Üniversitesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Adana

**Giriş - Amaç:** Pringle-Bourneville fakomatozu olarak da bilinen Tuberoskleroz kompleksi, deri ve sinir sistemi başta olmak üzere tüm organları tutabilen bir multisistem nörokutanöz sendromdur. Her 6.000 ile 10.000 canlı doğumdan birisinde görülmekte olan hastalığın hem fenotipik varyantları hem de klinik spektrumu değişkenlik göstermektedir. Memelilerdeki 'Rapamisin Hedef Yolağı'nın (mTOR) aktivitesini de değiştirebilen TSC1 (hamartin) veya TSC2 (tüberin) genlerinden herhangi birindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır. mTOR yolağı sistemik lupus eritematozus hastalığının patogenezinde de tanımlanmıştır. Burada tuberoskleroz tanısıyla takip edilen kadın hastada gelişen sistemik lupus eritematozus vakasını sunmak amaçlanmıştır.

**Olgu:** Yirmi altı yaşında kadın hasta yüzde, kulak kenarında ve ellerde kaşıntılı kızarıklıklar, saçta kellik yaratacak şekilde dökülme ve kepeklenme şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde küçük yaşlarda tuberoskleroz tanısı aldığı ve annesine birkaç yıl önce yüzde kızarıklık ve saçlarda dökülme şikayeti ile diskoid lupus eritematozus tanısı konulduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde burun üzerinden malar bölgeye uzanan eritemli zeminde çok sayıda parlak kubbe şeklinde papüller, sol yanakta ve sağ preauriküler bölgede eritemli, skuamli, guttat papüller, sağlı deride biparietal bölgede kıl köklerinde eritemli, hafif skuamli plaklar ve skatrisyel alopesik yamalar görüldü. Sistemik muayenesi normaldi. Yapılan laboratuvar incelemelerinde hiponatremi ve bisitopeni, ANA, Anti-DNA, Anti-SSA pozitifliği ve kompleman C4 düşüklüğü saptandı. Moleküler genetik testinde TSC2 geninde patojenik değişiklik tespit edildi. Sağ el dorsum ve verteksten alınan biyopsilerin histopatolojik incelemelerinde lupus eritematozus ile uyumlu bazal tabakada hidropik dejenerasyon, Civatte cisimcikleri, dermiste perivasküler ve perifoliküler mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu görüldü. Direkt immünfloresan incelemede bazal tabakada granüler IgG, IgM ve fibrinojen pozitifliği saptandı. Tüm bu klinik, laboratuvar, genetik ve histopatolojik sonuçlar ile vaka, sistemik lupus eritematozus gelişen tuberoskleroz olarak değerlendirildi.

**Sonuç:** Tuberoskleroz ve lupus eritematozus birlikteliği nadir olup literatürde kısıtlı sayıda vaka olması, TSC gen mutasyonlarının, mTOR yolağı aktivasyonuna neden olarak bu iki hastalığın birlikte görülebilmesi olasılığını arttırabilmesi nedeniyle vaka sunulmaya değer bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** tuberoskleroz, lupus eritematozus, mTOR yolağı, TSC2 mutasyonu

## PS-019

### Adalimumab tedavisi altında gelişen pyojenik granülom benzeri kaposi sarkomu

Gülsün Hazan Tabak<sup>1</sup>, Başak Yalıcı Armağan<sup>1</sup>, Burkay Adem Şahin<sup>1</sup>, Özay Gököz<sup>2</sup>, Sedat Kiraz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Giriş - Amaç:** Kaposi sarkomu (KS), deri ve iç organları tutan nadir görülen İnsan Herpes Virüsü-8 (HHV-8) ile ilişkili anjiyoproliferatif malignitedir. Tipik olarak ciltte mor renkli maküller, papüller ve nodüller ile kendini gösterir.1 Burada psoriatik artrit tedavisi için adalimumab kullanan bir hastada gelişen piyojenik granülom (PG) benzeri KS olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** 48 yaşında erkek hasta sağ ayak parmağında kanamalı lezyon nedeniyle polikliniğimize yönlendirildi. Hikayesinden hastanın 4 yıldır psoriatik artrit tanısı takipli olduğu, son 1 yıldır bu tanı ile tümör nekrozis faktör- $\alpha$  inhibitörlerinden (TNFi) adalimumab tedavisi aldığı, ancak 7 ay önce ayak parmağında bir kabarıklık şeklinde başlayan lezyonun son 1 ayda hızla büyüdüğü ve kanadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede dördüncü ayak tırnağının hemen altında 1x1 cm çapında kırmızimsı, ülsere, kısmen hiperkeratotik kurut ve fibrinle kaplı hemorajik nodül ve ayak her iki ayak lateralinde mor renkli yamalar izlendi (Resim 1.a-d). Nodüler lezyona yapılan eksizyonel biyopsinin histopatolojik ve immünohistokimyasal incelemesi sonucu hastaya KS tanısı konuldu (Şekil 1.e). Laboratuvar tetkiklerinden, HIV serolojisi negatifti. Adalimumab tedavisi kesilerek hasta onkoloji bölümüne konsülte edildi.

**Sonuç:** TNFi'lerinin melanom ve melanom dışı deri kanseri de dahil olmak üzere malignite riskini artırma potansiyeli halen tartışma konusudur.2,3 Literatürde immünosupresif tedavi alan organ nakli alıcılarında iyatrojenik KS tanımlanmış olmasına rağmen; TNFi tedavisi sırasında alt bacakta tipik olarak morumsu-kırmızı lekeler ve papülonodüler lezyonlar olarak ortaya çıkan sadece birkaç KS raporu yer almaktadır.4,5 PG-benzeri KS, klinik olarak tanısı zor olan KS'nin nadir bir varyantıdır.6,7 TNFi tedavisinin neden olduğu bildirilen KS vakalarının aksine, klasik mor renkli yamaların beraberinde PG benzeri görünümde olması olgumuzun ilginç özelliğiydi. Ayrıca KS ve psoriasis patogenezinde interlökin-6 sitokin yolağı ve A1, DR5, DR7, DR11... gibi bazı insan lökosit antijen (HLA) alellerini içeren ortak noktalarının varlığı da bildirilmiştir.8,9 Olgumuzda KS, psoriasis ve adalimumab birlikteliğinin ilişkisini tam olarak açıklayamasa da; HIV negatifliği ve klasik KS'ye göre daha erken yaşta başlangıçlı olması bu olguda KS'nun adalimumab ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Biyolojik tedavi gören bir hastada diğer deri tümörleri ile kolaylıkla karıştırılabilecek bu nadir PG-benzeri KS olgusunu, dermatologların bu konudaki farkındalığını artırmak ve detaylı dermatolojik muayenenin önemini vurgulamak amacıyla sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** psoriasis, psoriatik artrit, TNF-alfa inhibitörü

**Resim 1.a**



*Sağ ayak 4. parmak tırnağı altında hiperkeratotik fibrin ile kaplı, kırmızı-mor renkli, kolay kanayan, sert nodül*

**Resim 1.b**



*Sağ ayak 4. parmak tırnağı altında kurut ve hiperkeratotik kurut ve fibrin ile kaplı, kırmızı-mor renkli, kolay kanayan, sert nodül*

**Resim 2.a**



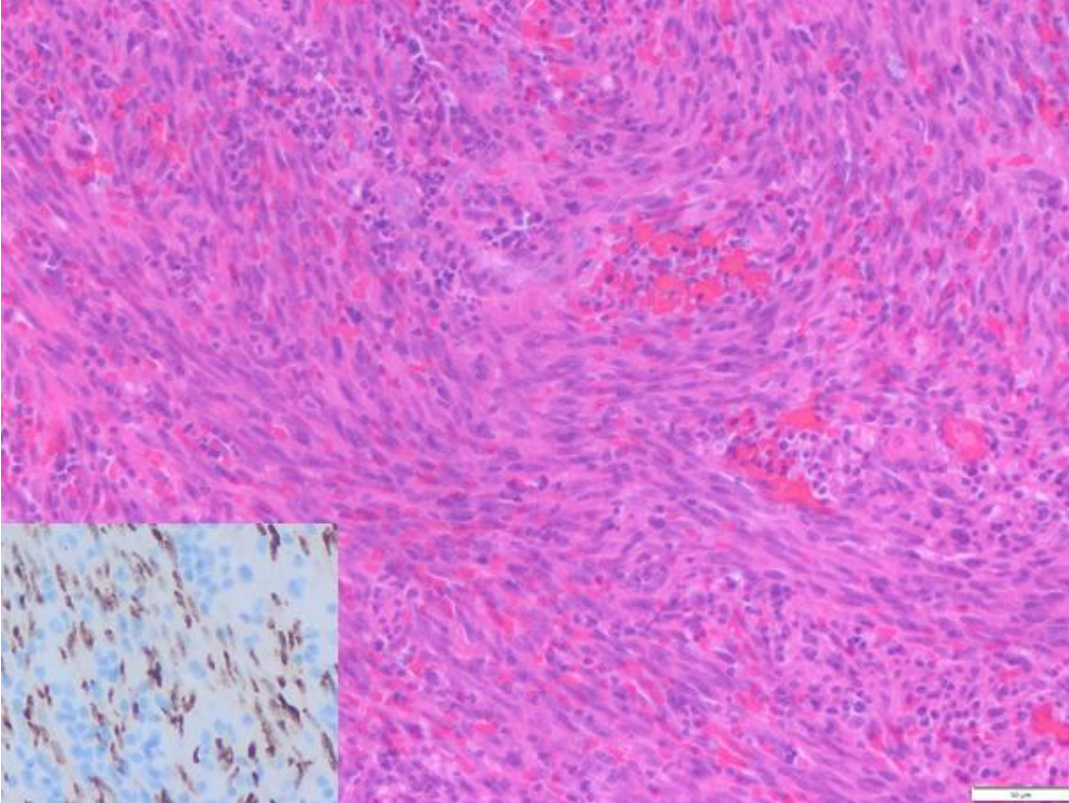
*Bilateral ayak laterallerinde mor renkli yamalar*

**Resim 2.b**



*Bilateral ayak laterallerinde mor renkli yamalar*

**Resim 3**



*İğsi hücreler, yarık benzeri boşlukları dolduran eritrositler ve immünohistokimyasal olarak HHV-8 pozitifliği*

## PS-020

### Anüler elastolitik dev hücreli granülom, olgu sunumu

Çağdaş Boyvadoğlu<sup>1</sup>, Demet Kartal<sup>2</sup>, Muhammet Hanefi Dirican<sup>2</sup>, Eda Öksüm Solak<sup>2</sup>, Olgun Kontaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

<sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

**Giriş ve Amaç:** Anüler elastolitik dev hücreli granülom (AEDHG), halka şeklinde, kenarları eritemli, merkezi hafif hipopigmente ve/veya atrofik plaklar ile karakterize nadir rastlanan granüloamatöz bir hastalıktır. AEDHG, elastik liflerde kayıp ve multinükleer dev hücrelerin elastik lifleri fagosite etmesiyle karakterizedir. Orta yaştaki kadınlarda ve beyaz ırkta daha sık görülmektedir. Öncelikle eritemli papül şeklinde başlayan lezyonlar, yavaş bir seyirle merkezden çevreye doğru yayılım gösteren anüler plaklara dönüşmektedir. Hastalığın yüz, boyun, el dorsumu gibi kronik güneşe maruz kalan bölgelerde sık izlenmesi nedeniyle etiyojisinde ultraviyole ışınlarının rolü olabileceği düşünülmektedir. Nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle AEDHG tanısı alan olgumuzu ayırıcı tanıda dikkat çekmek amacıyla sunuyoruz.

**Olgu:** 64 yaşında kadın hasta 8 ay önce kollarında başlayan lezyonlar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Lezyonlarda kaşıntı ve yanma şikayetleri vardı. Adını bilmediği topikal tedaviler kullanmış fayda görmemiş. 9 ay önce pnömoni nedeniyle hospitalize edilmiş lezyonlar sonrasında gelişmiş. Göğüs hastalıkları o dönemde sarkoidoz açısından değerlendirmiş ancak sarkoidoz ile uyumlu bulmamış. Özgeçmişinde bilinen diyabet, hipertansiyon ve hipotiroidisi mevcut. Dermatolojik muayenesinde her iki ön kol ekstensör bölgelerde solmuş eritemli anüler ortası hipopigmente atrofik çevresi kalkık keskin sınırlı papüler lezyonlardan oluşan plaklar mevcuttu (figür 1-2-3). Direkt mikoz incelemesi negatif olarak geldi. Hastanın sağ ön kol ekstensör bölgesindeki lezyonun kalkık sınırından Sarkoidoz? Nekrobiyozis lipoidika? Granüloma anülar? Lupus vulgaris? Anüler dev hücreli elastolitik granülom? ön tanıları ile biyopsi alındı. Biyopsi sonucu yüzeysel dermiste granülom yapıları görülmekte, belirgin multinükleer dev hücre izlenmedi. Verhoeff ile bu alanda elastik lifler görülmedi. Verhoeff ile yüzeysel dermiste elastik liflerin ortadan kalkmış olduğu izlendi. Orta ve derin dermiste lifler görülebilmektedir. PAS AB hafif mûsin birikimi, MT ile kollojen fibrillerde pozitiflik izlendi. Anüler dev hücreli elastolitik granülom olarak raporlandı (figür 4). Hastaya hidrosiklorokin 2x200 mg/gün başlandı ve hasta takibe alındı.

**Sonuç:** AEDHG'nin etiopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bilinmeyen bir nedenle elastik liflerin antijenik özelliğinin açığa çıkıp hücresele immünite aracılığıyla yıkıma uğradığı düşünülmektedir. Diyabet ile ilişkili çok sayıda olgunun bildirilmesi, AEDHG etiopatogenezi bu hastalığın da rolü olabileceğini akla getirmektedir. Hastalığın olgumuzdakine benzer şekilde özellikle yüz, boyun, el dorsumu gibi kronik olarak ultraviyoleye maruz kalan bölgelerde görülmesi patogenezi ultraviyole ışınlarının rolü olabileceğini düşündürmüştür. Hastamızın lezyonları da güneş gören alanlar olan ön kollarda mevcuttu, hastamızın eşlik eden diyabeti de mevcuttu. Hastalığın histopatolojisi kabarık kenardan alınan biyopsi ile net olarak gösterilebilir. Üst ve orta dermiste multinükleer dev hücreler içeren granüloamatöz infiltrasyon, elastik liflerde parçalanma ve kayıp, dev hücreler tarafından elastofagositoz oluşumu gözlenir. Nekrobiyoz, palizad yapan histiyositler ve dermal mûsin izlenmez. Bizim hastamızın histopatolojik Bulguları da AEDHG ile uyumlu idi. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken en önemli hastalık granüloma anülar (GA)'dir. Çünkü elastofagositoz sıklıkla GA'da görülür. En önemli ayırt edici nokta AEDHG'de nekrobiyoz ve mûsin birikiminin olmaması ve dermiste çok sayıda dev hücrelerin varlığıdır. Spontan iyileşme de görülebilen hastalıkta hastaların çoğunda tedavi gereklidir. Daha önce topikal ve intralezyonel steroid uygulaması, topikal pimekrolimus, isotretinoin, klorokin, retinoid-PUVA, siklosporin, dapson ile etkili tedaviler bildirilmiştir. Nadir görülen bir hastalık olan AEDHG'nin güneş gören bölgelerde oluşan anüler lezyonların ve diğer granüloamatöz hastalıkların ayırıcı tanısında düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla olgumuzu sunmayı uygun gördük.

**Anahtar Kelimeler:** Anüler Elastolitik Dev Hücreli Granülom, Granüloamatöz Dermatit, Granüloma Anülar

**Figür 1**



*Sağ ön kol ekstensör bölgelerde solmuş eritemli anüler ortası hipopigmente atrofik çevresi kalkık keskin sınırlı papüler lezyonlardan oluşan plak*

**Figür 2**



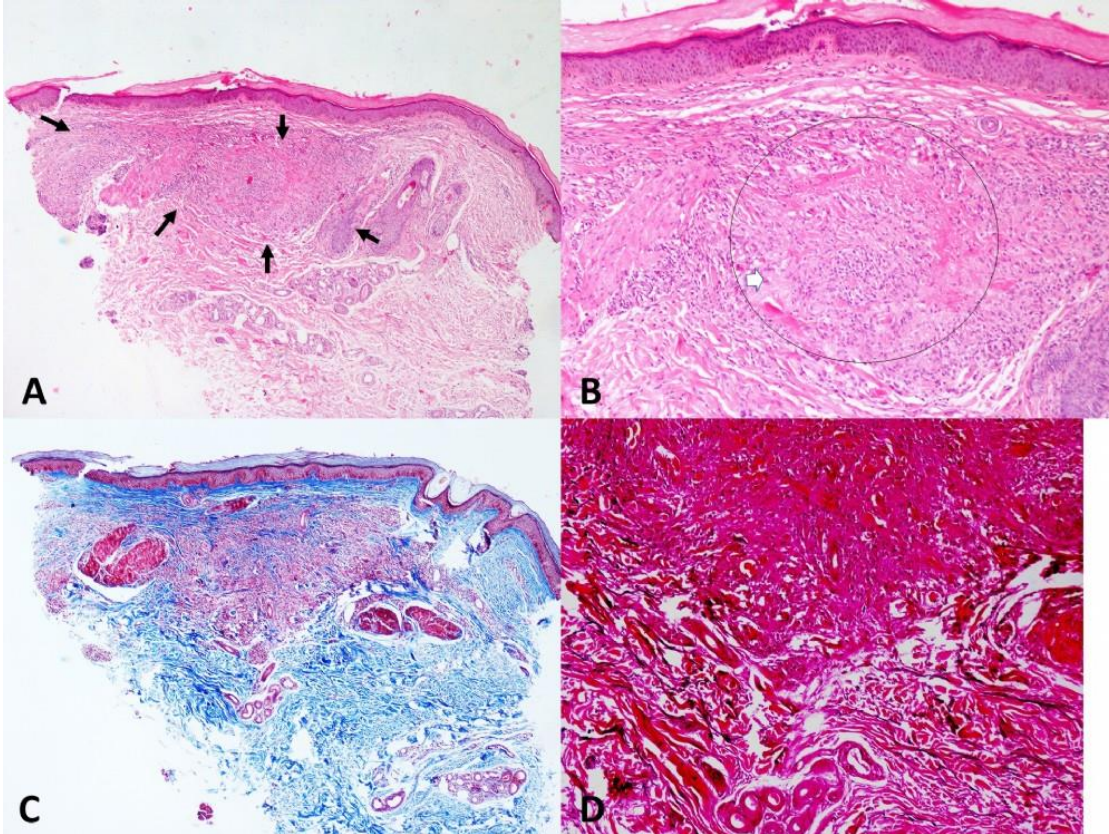
*Sağ ön kol ekstensör bölgelerde solmuş eritemli anüler ortası hipopigmente atrofik çevresi kalkık keskin sınırlı papüler lezyonlardan oluşan plak*

**Figür 3**



Sağ ön kol ekstensör bölgelerde solmuş eritemli anüler ortası hipopigmente atrofik çevresi kalkık keskin sınırlı papüler lezyonlardan oluşan plak

**Figür 4**



**FİGÜR 4:** A. Yüzeyel dermise yerleşen sınırları belirgin, düzensiz, kapsülsüz lezyon alanı (siyah oklarla işaretli) (H-E, x40) B. Lezyon içinde makrofajların granülom aluşturan şekildedir (daire içine alınan kısım) ve bir multinükleer dev hücre (beyaz kalın ok) (H-E, x100) C. Lezyon alanında kollajen fibrillerde azalma (Masson trikromu, x40). D. Lezyon alanında elastik fibrillerin yokluğu (elastik fibriller fotoğrafın alt yarısında lezyon çevre kısmında siyah renkte az miktarda izlenebilmektedir) (Verhoeff, x100).

## PS-021

### COVID-19 pandemisinin psoriasis hastalarının dermatoloji başvurularına ve biyolojik tedavi uyumlarına etkisi

Ahmet Kağan Özdemir, Yıldız Hayran, Orhan Şen, Akın Aktaş  
Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Coronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) neden olduğu pandemi ile hastaların hastaneye başvurularını ve tedavi uyumlarını etkilemiştir. Psoriasis hastalarının tedavilerine uyumları sağlık halinin sağlanıp sonrasında nükslerin önlenmesinde, hastaların kontrole gelmeleri ise tedavilerin yan etkilerinin tespit edilip yönetilebilmesinde önem arz etmektedir. Bu çalışmada pandeminin psoriasis hastalarının tedaviye uyumlarında yarattığı etkinin, biyolojik tedavi alan hastalar daha fazla irdelenecek şekilde incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu retrospektif kohort çalışması 1 Aralık 2019 ile 31 Ağustos 2020 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği'ne başvurmuş 1525 psoriasis hastası ile gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de görülmüştür. Hastalar başvuru tarihlerine göre COVID öncesi (CÖ) (Aralık 2019, Ocak ve Şubat 2020), erken COVID (EC) (Mart, Nisan, Mayıs 2020) ve geç COVID (GC) (Haziran, Temmuz, Ağustos 2020) olarak kategorize edilip değerlendirilmiştir. Hastaların psoriasisine yönelik verileri hastane sistemine kayıtlı dosyalarından alınmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi, sayısal değişkenlerin analizinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel karşılaştırmalarda anlamlılık değeri  $p < 0,005$  olarak alınmıştır.

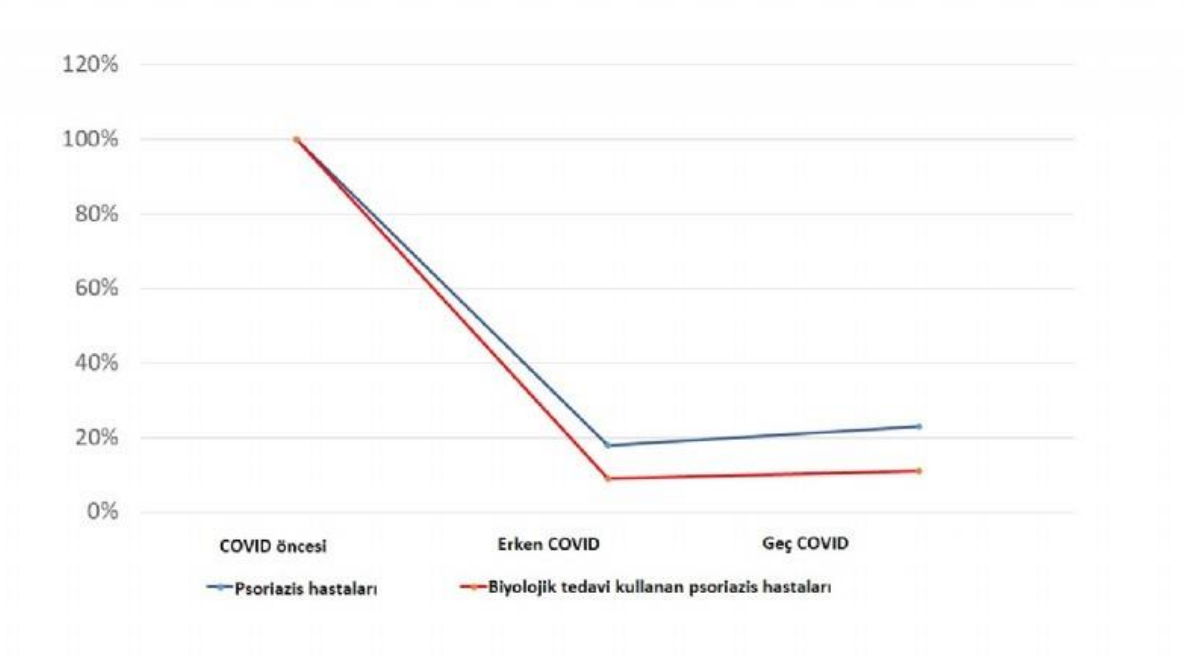
**Bulgular:** CÖ, EC ve GC dönemlerinde sırasıyla kliniğimizde 1084, 169 ve 246 psoriasis hastası takip edilmiştir. CÖ döneminde 165 hasta biyolojik tedavi için başvurmuşken, EC döneminde 14 (11'i devam başvurusu) ve GC döneminde 18 hasta (14'ü devam başvurusu) takiplerine gelmiştir. EC ve GC dönemine tüm psoriasis hastalarının tedavi takipleri sektöre uğramış olsa da biyolojik tedavi alan hastalar, diğer tedavilere göre en çok etkilenen gruptur ( $p < 0,001$ ). CÖ dönemde biyolojik tedavi kullanan hastaların %8,5'i EC döneminde kontrole gelmişken, diğer tedavileri kullanan hastaların %18,1'i kontrole gelmiştir. Pandeminin etkisi GC döneminde de izlenmiştir: tüm psoriasis hastalarından kontrolüne GC döneminde devam eden hasta oranı CÖ döneminin %22,7'si iken, biyolojik tedavi kullanan hastalarda bu oran %10,9'dur (Şekil 1). EC ve GC döneminde biyolojik tedavilerine devam eden ve etmeyen hastaların karakteristikleri benzerdir. Bu iki grupta yaş, cinsiyet, hastalık süresi, biyolojik kullanım süresi, hastalık şiddeti skorları ve psoriatik artirit açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Biyolojik tedaviye yeni başlamış hastaların tüm biyolojik hastaları içindeki oranı dönemler arası değişiklik göstermiştir. CÖ dönemde biyolojik kullanan hastaların %10,2'sinin yeni ilaca başlayan hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir. Bu oran pandemi sonrasında yükselerek EC döneminde %21,4 ve GC döneminde %22,2 olarak bulunmuştur (Şekil 2).

**Tartışma ve Sonuç:** Bu çalışma ülkemizdeki psoriasis hastalarının, özellikle biyolojik ajan kullananların, pandemi sebebiyle yaşadığı olumsuzlukları göstermiştir. Ülkemizde biyolojik ajanlar üç hekim onayı ile birlikte, üç aylık dönemlerde reçete edilebiliyorken; pandemi ile acil olmayan hastane başvurularının azaltılması amacıyla bu gereklilik kaldırılmıştır ve önceden biyolojik kullanan hastalar kontrole gelmeden ilaçlarını alabilmiştir. Bu durum psoriasis hastalarının tedavilerine kontrolsüz ara vermeleri gibi sebeplerden ötürü zamanla kötüleşmelerine neden olabilir. Ayrıca kontrolsüz biyolojik kullanımının ciddi enfeksiyonlar veya latent tüberküloz aktivasyonu gibi önemli yan etkileri olabilir. Pandeminin devam edeceğinin ön görüldüğü bu dönemde, bu hastaların izlemleri gerek hastalık kontrolü gerekse yan etkiler açısından önem arz edecektir.

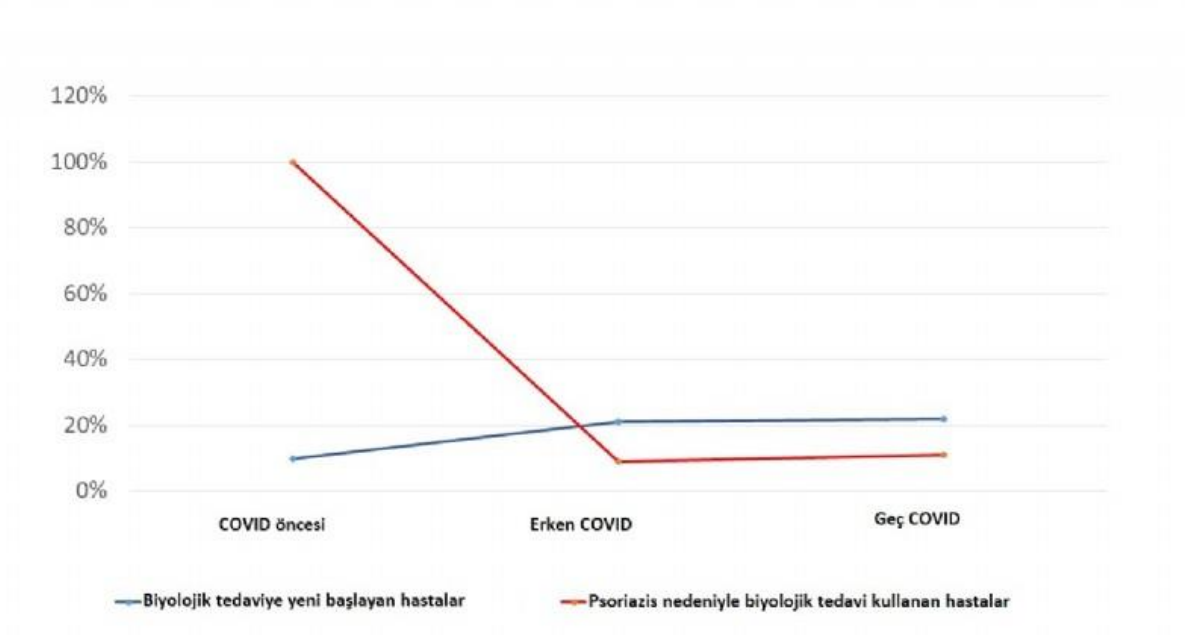
**Anahtar Kelimeler:** Psoriasis, COVID-19, biyolojik, tedavi uyumu

*Çalışmamızın etik kurul onayı 11/11/2020 tarihinde Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan E.Kurul-E1-20-1271 sayısı ile alınmıştır.*



**Şekil 1**

*Pandeminin başlangıcıyla biyolojik tedavi kullanan hastalarda daha ciddi olmak üzere tüm psoriasis hastalarının takibe gelme oranlarında azalma gözlemlendi.*

**Şekil 2**

*Tüm biyolojik tedavi alan hastaların içinde tedaviye yeni başlayanların oranı erken ve geç COVID döneminde yükseliş gösterdi.*

## PS-022

### Nadir görülen lenfatik ve vasküler malformasyon olgusu: Hipotrikoz-Lenfödem-Telenjektazi Sendromu

Tubeur Cetinarlan<sup>1</sup>, Aylin Türel Ermertcan<sup>2</sup>, Müge Gündüz<sup>2</sup>, Mustafa Kürşat Evrenos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kırıkkale

<sup>2</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, Manisa

<sup>3</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, Manisa

**Giriş ve Amaç:** Hipotrikoz-lenfödem-telenjektazi Sendromu (HLTS) nadir görülen vasküler ve lenfatik bir malformasyondur. Başlıca Bulgular yaygın alopesi, ekstremitelerde lenfödem ve dağınık yerleşimli kutanöz telenjektazilerdir. Daha az görülen vasküler defektler, glomerüler ve ekstraglomerüler damarların kronik mikroanjyopatisinden kaynaklanan böbrek yetmezliğini ve asendan aort genişlemesini içerir.

**Yöntem:** Yirmi yaşında kadın hasta yaklaşık dört yıldır boyun ve gövde ön yüzde çok sayıda ağrısız lezyon öyküsü ile dermatoloji kliniğine başvurdu. Dermatolojik muayenede boyun ve gövde ön yüzde çok sayıda translusent papül vardı. Dermoskopik incelemede çok sayıda beyaz-sarımsı iyi sınırlı, yuvarlak lakunalar görüldü (Dermlite DL4, polarize, x10). Sağ kol ve sağ elde konjenital lenfödem mevcuttu. Sağ boyun, sağ göğüs ve lumbal bölge ile sağ üst ekstremitede telenjektaziler, sağ kolda hipotrikoz mevcuttu. Diğer fizik muayeneleri normaldi. Dismorfik yüz görünümü yoktu. İlaç öyküsü ve sistemik hastalığı yoktu. Saçlı deri ve saç morfolojisi normaldi. Nörolojik muayenesi normaldi. Anne ve babası akraba evliliği yoktu ve ailede sendrom öyküsü yoktu. Laboratuvar incelemelerinde renal veya pulmoner anormallik izlenmedi. Üst ekstremitede MR'da lenfödem saptandı. Lenfosintigrafide sağ üst ekstremitede lenfatik akım izlenmedi. Transtorasik ekokardiyogram ve abdominal ultrasonografide aort ve böbrek malformasyonlarını izlenmedi. Translusent papüllerden punch biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede genişlemiş lenfatik kanallar ve vasküler yapılar izlendi.

**Bulgular:** HLTS; vaskülarizasyon, anjiogenez ve kıl oluşumunda bozukluk ile seyreden nadir bir sendromdur. Kan damarlarının disfonksiyonel gelişimi kutanöz telenjektazi ve yüzeysel damarların genişlemesi ile sonuçlanmaktadır. Irrthum ve ark. SOX gen (Sry ilişkili HMG box ailesi) ailesinin bir üyesi olan SOX18 ile bu semptomlar ve mutasyonlar arasındaki bağlantıyı göstermiştir. Hayvan deneyleri, SOX18'in lenfanjiyogenez ve anjiyogenezde, ve kardiyovasküler sistem gelişimi ve kıl folikülü oluşumunda önemli bir rol oynadığını göstermiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Bizim olgumuzda saçlı deri ve baş boyun tutulumu yoktu ve hipotrikoz sadece sağ kolda lokalize idi. Lenfödem sağ üst ekstremitede ile sınırlıydı. Gövde ve boyunda çok sayıda lenfanjiom mevcuttu. Olgumuzu nadir görülen bir sendrom olması ve farklı klinik özellikler göstermesi nedeniyle sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Hipotrikoz, Telenjektazi, Lenfödem, Vasküler Sendrom, Lenfatik Sendrom

**Figür 1**



*Göğüs çn yüzde ve boyunda multipl translüsent papüller*

**Figür 2**



*Sağ kol ve sağ elde lenfödem*

**Figür 3**



*Üst ekstremitede telenjektaziler*

**Figür 4**



*Sağ kolda hipotrikoz*

## PS-023

### **Intralezyonel triamsinolon asetonid uygulamasına yanıt veren bir multipl piloleiomyom olgusu**

Betül Şerefliçan<sup>1</sup>, Hilal Çolak<sup>1</sup>, Selma Erdoğan Düzcü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

<sup>2</sup>Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Bolu

**Giriş ve Amaç:** Piloleiomyom, derideki pilosebase ünitenin erekteör pili kasından kaynaklanan benign deri tümörüdür<sup>1</sup>. Burada, sol önkolda keloid benzeri papülonodüler lezyonlarına piloleiomyom tanısı konulan ve intralezyonel triamsinolon asetonid uygulamasına cevap veren bir vaka sunmaktayız.

**Olgu:** On beş yaşında erkek hasta sol önkolda dokunmakla ağrılı kabarıklıklar şikayetiyle başvurdu. Mevcut lezyonların yaklaşık bir yıldır olduğu öğrenildi. Ayrıca hastanın yüzünde yaygın, yer yer kist şeklinde olan sivilceleri mevcuttu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Dermatolojik muayenesinde sol önkol ekstansör yüzde çok sayıda, 2-5 mm çaplarında, bazıları kırmızı-kahverengi bazıları livid renkli olan, palpasyonla ağrılı papül ve nodüller görüldü (Fig.1). Rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Hastadan alınan punch deri biyopsisinde dermiste nodüler yapı oluşturan künt uçlu elonge nükleuslu işsi hücreler ve bunların oluşturduğu çapraz demetler saptandı (Fig.2). Bu hücreler immunohistokimyasal boyama sonucunda Smooth Muscle Aktin (SMA) ile pozitif boyandı (Fig.3). Hastanın tanısı klinik ve histopatolojik Bulgular eşliğinde piloleiomyom olarak konuldu.

Multipl lezyonları olan hastaya intralezyonel triamsinolon asetonid uygulaması başlandı. Takip edilen hastanın lezyonlarında küçülme ve ağrı şikayetinde azalma gözlemlendi. Ayrıca nodüloistik akneleri için sistemik isotretinoin tedavisi başlandı.

**Sonuç:** Leiomyomlar düz kas hücrelerinden köken alan benign yumuşak doku tümörleridir<sup>1</sup>. Köken aldığı yere göre piloleiomyom, anjiyoleiomyom ve genital leiomyom olarak sınıflandırılırlar. Piloleiomyom, pilosebase ünitenin erekteör pili kasından kaynaklanır<sup>2</sup>. İlk olarak 1854 yılında Virchow tarafından tanımlanmıştır. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, multipl piloleiomyomlarda otozomal dominant geçiş söz konusu olabilmektedir<sup>3</sup>. Yaşamın birinci ve üçüncü dekatları arasında daha sık görülür. Bizim olgumuzda aile öyküsü olmamakla birlikte hastanın yaş literatür bilgileri ile uyumlu idi.

Piloleiomyomlar klinik olarak cilt renginden kırmızı-kahverengi lezyonlara kadar değişen, soliter ya da multipl dermal papül veya nodül olarak karşımıza çıkar<sup>4</sup>. Genellikle gövde ve ekstremitelerin ekstansör yüzünde yerleşme eğilimindedirler<sup>5</sup>. Spontan, dokunmakla veya soğukla indüklenen ağrı gözlemlenir<sup>6</sup>. Bizim olgumuzda lezyonlar sol önkol ekstansör yüzde yerleşmişti ve dokunmakla ağrı eşlik ediyordu.

Histopatolojik incelemede dermiste yuvarlak, kapsülsüz görünümüne tümoral lezyon içinde birbirlerini çaprazlayan eozinofilik sitoplazmalı, uzun hücre çekirdekli işsi kas hücreleri gözlenir<sup>2</sup>.

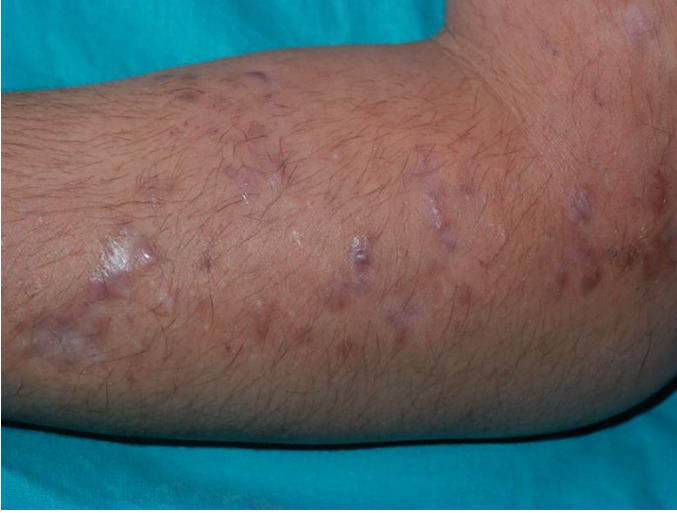
İmmünohistokimyasal olarak bu hücreler desmin, vimentin ve SMA pozitif, S-100 negatif boyanır.

Tanı; öykü, klinik ve histopatolojik inceleme ile konur. Ayırıcı tanıda dermatofibrom, schwannom, nörofibrom, anjiyoleiomyom, keloid, ektrin spiradenom ve kutanöz metastazlar düşünülmelidir<sup>1</sup>.

Soliter lezyonların tedavisinde ilk seçenek cerrahi eksizyondur<sup>7</sup>. Multipl lezyonlarda ve semptomatik olan hastalarda kalsiyum kanal blokerleri, alfa-adrenerjik blokerler, gabapentin<sup>8</sup>, CO<sub>2</sub> lazer<sup>9</sup>, botulinum toksin<sup>10</sup> alternatif olarak kullanılabilir. Hastamızda multipl lezyonlar olması nedeni ile cerrahi eksizyon düşünülmeydi. Literatürde Liu C. ve ark<sup>11</sup> tarafından intralezyonel steroid enjeksiyonu uygulanan bir hastada ağrının azaldığı ve lezyon boyutunda küçülme sağlandığı bildirilmekte idi. Biz de multipl piloleiomyomu olan hastamızda intralezyonel triamsinolon asetonid enjeksiyonu uygulamasından sonra lezyon boyutlarında küçülme ile birlikte ağrı şikayetinde azalma gözlemledik. Hastamızın yüz bölgesinde görülen nodüloistik akne ve keloid ile klinik olarak benzeyen piloleiomyomların ayırıcı tanıda akla gelmesi gerektiğini vurgulamak ve intralezyonel steroid enjeksiyonuna olumlu yanıt verdiğini bildirmek amacı ile olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

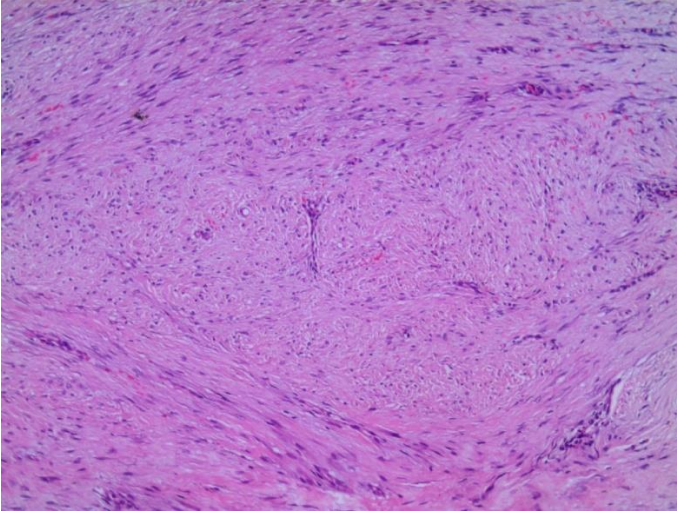
**Anahtar Kelimeler:** intralezyonel triamsinolon asetonid, keloid, leiomyom, piloleiomyom

**Figür 1**



*Sol önkol ekstansör yüzde çok sayıda, 2-5 mm çaplarında, bazıları kırmızı-kahverengi bazıları livid renkli olan papül ve nodüller.*

**Figür 2**



*Dermiste nodüler yapı oluşturan künt uçlu elonge nükleuslu iğsi hücreler ve bunların oluşturduğu çapraz demetler (H&E, x100).*

**Figür 3**



*SMA ile pozitif immunohistokimyasal boyama.*

## PS-024

### Nadir bir soliter akral persistan papüler müsinöz olgusu

Handan Merve Erol Mart<sup>1</sup>, İncilay Kalay Yıldızhan<sup>1</sup>, Ayça Karabörk<sup>2</sup>, Aylın Okçu Heper<sup>2</sup>, Bengü Nisa Akay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Akral persistan papüler müsinöz (APPM), liken miksödematözün nadir lokalize formlarından biridir. İlk kez 1986 yılında Rongioletti ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Literatürde bugüne kadar toplamda 50'den az sayıda olgu bildirimi vardır. Bu olgu ile APPM'yi klinik ve patolojik özellikleri ile tanıtmayı ve kolayca gözden kaçabilen bu antitenin ön tanıda akılda bulundurulmasını sağlamayı amaçladık.

**Olgu:** Liken planus ve liken planopilaris tanıları ile kliniğimizde takip edilen 56 yaşında kadın hasta saç dökülmesinin yanında yaklaşık 6 ay önce sol el orta parmak üzerinde çıkıp yavaşça büyüyen kitle nedeniyle başvurdu. Lezyon, distal interfarengal eklem üzerinde, 4x4 mm boyutlarında, deri renginde, sert, balmumu kıvamında, kaşıntılı olmayan, üzerinde kanama odakları bulunan soliter bir nodül şeklindeydi. Hasta travma öyküsü vermiyordu. Yapılan manyetik rezonans görüntüleme lezyonun eklem aralığı veya kemik ile aşık ilişkisi saptanmadı. Dermatoskopik değerlendirme kanama nedeniyle net yapılamadı. Ön planda dijital miksoid kist, fibrokeratom veya dermatofibroma olabileceği düşünüldü. Hastanın hareket esnasında ağrıdan ve son dönemde başlayan kanamadan şikayetçi olması üzerine eksizyonel biyopsi planlandı. Histopatolojik incelemede PAS-Alcian blue boyası ile lokalize dermal müsin birikimi ve fibroblast proliferasyonu saptandı. Bulgular APPM ile uyumlu olarak yorumlandı. Bakılan tetkiklerde serum protein elektroforezi, tiroid fonksiyon testleri (TSH, serbest T3 ve T4), immünglobulin düzeyleri normal saptandı. HIV-hepatit belirteçleri negatifti. Eksizyonel biyopsi sonrası birinci ayda lezyon yeniden büyümeye başladı ve ikinci ayda ilk boyutuna ulaştı. Lezyon daha derin ve geniş şekilde yeniden eksize edildi. Re-eksizyon sonrası üçüncü ayı tamamlayan hastada henüz rekürrens saptanmadı.

**Sonuç:** Lokalize liken miksödematöz; ayrık papüler liken miksödematöz, APPM, yenidoğanın deri müsinözü ve nodüler liken miksödematöz olmak üzere dört alt sınıfa ayrılmıştır. APPM'de, beyaz-deri renginde, 2-5 mm boyutlarında, sert, genellikle asemptomatik papüller ellerin ekstansör yüzleri, bilek ve bazen de ön kolları tutar. Ortalama başlangıç yaşı 48 ve hastalık süresi 5.6 yıl olarak saptanmıştır. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Patogenezi tam bilinmemektedir ancak deride glikozaminoglikan sentezini ve fibroblast proliferasyonunu uyardığı bilinen interlökin-1, TNF-alfa ve TGF-beta gibi sitokinlerin rol oynayabileceği düşünülmektedir. Klinikte likenoid papül, nodül ve/veya plaklar, patolojide dermiste müsin birikimi ile değişken derecede dermal fibrozis ve fibroblast proliferasyonu görülür. APPM tanısında gammopati, tiroid hastalığı ve sistemik tutulumun eşlik etmemesi önemlidir. Ayırıcı tanıda skleromiksödem, liken planus, liken amiloidoz, molluskum contagiozum gibi deri hastalıkları bulunur. Olgumuzda ise lezyonun soliter bir nodül şeklinde prezente olması ve akral tutulum göstermesi nedeni ile ön planda dijital miksoid kist ve fibrokeratom düşünülmüştür. APPM olgularında yıllar içerisinde papüllerin sayısı artar ve lezyonlar genellikle kalıcıdır. Olgumuzda tek lezyon olması, hastanın liken planus nedeniyle düzenli kontrollere gelmesi ve semptomatik olması nedeniyle erken tanı almasına bağlanmıştır. Hastanın yeni lezyon çıkışı açısından takibi planlanmıştır. APPM çoğu durumda tedavi gerektirmez ve spesifik bir tedavisi yoktur. Literatürde topikal/intralezyonel kortikosteroidler, topikal kalsinörin inhibitörleri, dermabrazyon, elektrocerrahi ve lazer tedavileri ile olumlu sonuçlar bildirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** akral persistan papüler müsinöz, lokalize liken miksödematöz, müsinözler

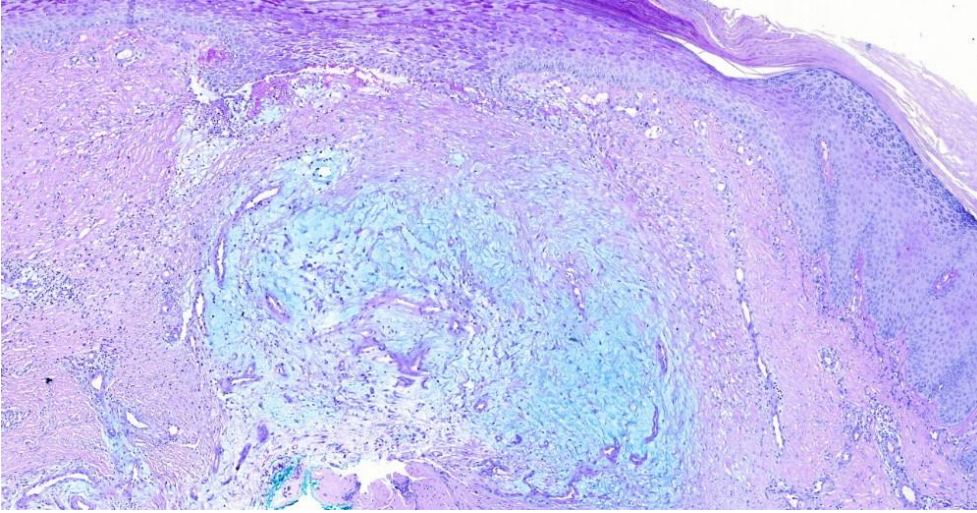
**Klinik fotoğraf 1**



**Klinik fotoğraf 2**

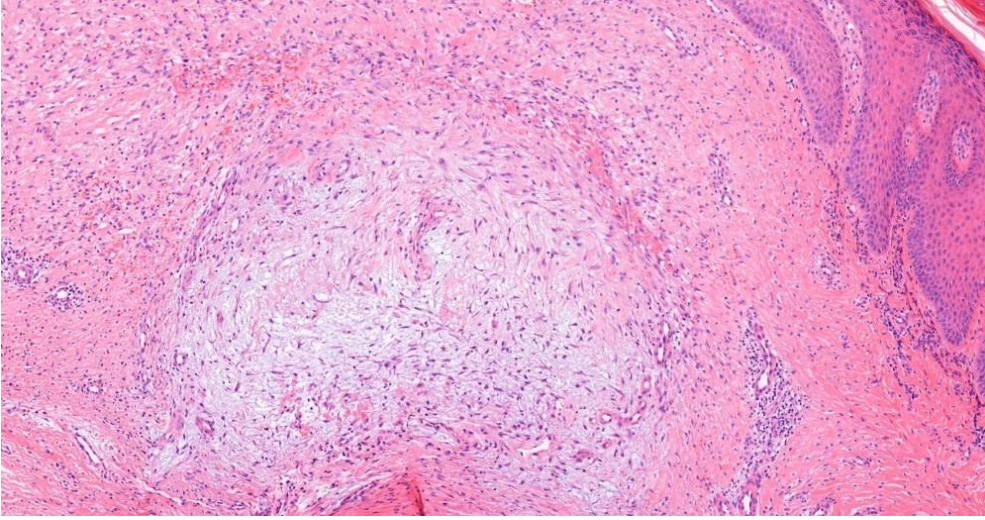


**Patoloji preparatı 1**

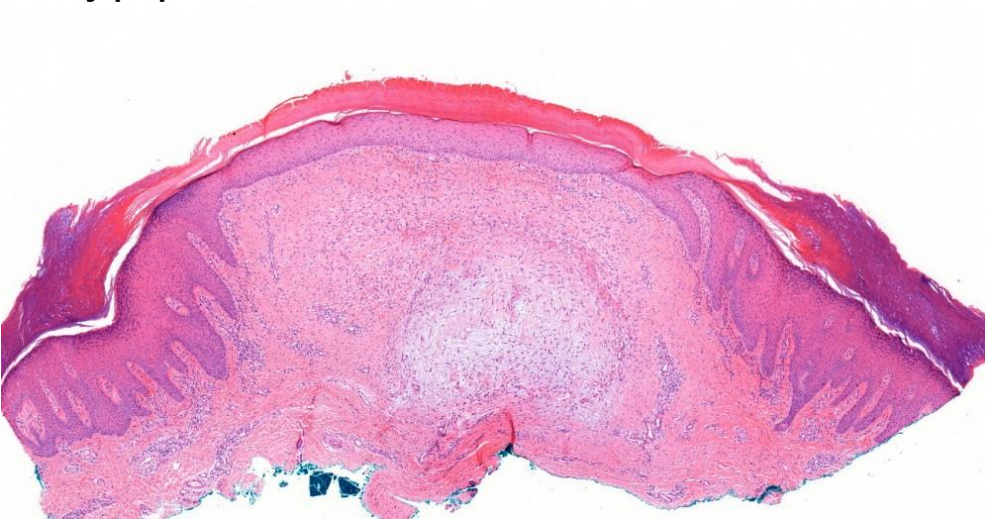


*PAS-Alcian blue boyası*

**Patoloji preparatı 2**



**Patoloji preparatı 3**



*H&E boyası*



## PS-025

### Gebe hastada skabiyes taklidi yapan sekonder sifiliz olgusu

Nur Cihan Coşansu, Mahizer Yıldız, Bahar Sevimli Dikicier

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

**Giriş - Amaç:** Sifiliz spiroket ailesinden *Treponema pallidum*'un neden olduğu cinsel, kan transfüzyonu ve transplental yolla bulaşan bir enfeksiyondur. Birbirini takip eden farklı klinik evreleri ile tüm sistem ve organları etkileyebilir. Özellikle ateş, halsizlik, boğaz ağrısı, artralji, lenfadenopati, kondiloma akuminata, maküler (roseola syphilitica), papuler, makülopapuler ve milier erüpsyon ile seyreden sekonder evre deri Bulguları, diğer birçok dermatolojik hastalıkların Bulgularıyla benzerlik gösterebilir. Bu nedenle sifiliz 'büyük taklitçi' olarak bilinir. Burada skabiyes teşhisi konulan, milier erüpsyon ile başvuran gebe sifiliz olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 34 yaşında 25 haftalık gebe hasta; polikliniğimize tüm vücutta kızarıklık nedeniyle başvurdu. Alınan anamnezinde üç hafta önce bu şikayetlerle başvurduğu aile hekimi tarafından skabiyes tanısı konulduğu ve kükürt+ goudron vegetal içeren pomad kullandığı öğrenildi. Ancak lezyonlarında gerileme olmaması ve skabiyes açısından kaşıntısının zaten hiç olmadığını bu yüzden başka bir görüş almak istediğini belirten hastanın; yapılan fizik muayenesinde; omuz, interskapular alan, karın, kalça ve uyluklarda, foliküllerde belirginleşme ve miliarya benzeri kaşıntısız papuler lezyonların yanında avuç içi ve ayak tabanında üç ay önce başladığını ifade ettiği eritemli skuamli maküler lezyonlar mevcuttu (Resim 1,2,3,4). Bu Bulgularla sifiliz açısından sorgulamaya başladığımız hastanın herhangi şüpheli ilişkisi olmadığı ancak eşinin penisinde 1 yıl önce ağrısız bir yara çıktığı, benzer yaranın kendi makat çevresinde de çıktığını belirtti. Yapılan tetkiklerinde VDRL pozitif ve TPHA 1/2560 saptandı. Hastaya Benzatin Penisilin G, 2.4 milyon ünite İM tek doz uygulandı.

**Sonuç:** Sekonder sifiliz; primer enfeksiyondan ortalama 3 ay, şankırın görülmesinden yaklaşık 2-10 hafta sonra ortaya çıkar. Bu dönem genel septisemi dönemidir ve başladığında %35 oranında şankır hala devam ettiği gözlemlenmiştir. Ateş, halsizlik, baş ağrısı, artralji, miyalji gibi grip benzeri semptomların yanında %75-100 oranında deri Bulguları eşlik eder. Rozeola sifilitika; ikinci devir lezyonlarının ilk beliren maküler kaşıntısız skuamsız lezyonudur. Bazı olgularda fark edilmeden solabilir ve yerinde (lökoderma sifilitikum) olarak bilinen hipopigmente alanlar bırakabilir. İkinci devir sifilizin en sık görülen lezyonu ise sert, oval papüllerdedir. Alında, saçlı deri sınırında hat halinde görüldüğünde (korona veneris), dudak ve burun köşelerinde (köşe papülü), mukozalarda ve genital bölgede sulantılı masere papüller (papül eroziv) olarak görülür. Perineal ve perianal lokalizasyonda geniş papüler lezyonlar ise (kondiloma lata) olarak adlandırılır. İkinci devir geç dönemlerinde mikropapüler ve milier erüpsyon görülür. Bu lezyonlar küçük spinuler elementler halinde olup, gövdeye gruplar halinde yayılmıştır. Püstüller lezyonlar ise; (acne syphilitica, variola syphilitica, syphilis ulserosa) olarak bilinen HIV enfeksiyonu ile birliktelik gösteren sifiliz maligna lezyonları olarak bildirilmektedir.

Mukozada plak müköz, deri ve eklerinde ise; lokalize skatrissiz alopesi (Alopecia specifica areolaris), diffuz alopesi (alopecia specifica diffusa) ve kaş dökülmesi (Sign d'omnibus), tırnaklarda ise paronişi ve onişi (Onychia syphilitica, paronychia syphilitica) diğer görülebilen ikinci dönem lezyonlarıdır.

Sonuç olarak konjenital sifilizin önlenmesi için öncelikle biz hekimlerin büyük taklitçi olan sifilizin tüm Bulgularına hakim olmalıyız ve yaşanan skabiyes epidemilerine sifiliz artışında eşlik ettiğini unutmamalıyız.

**Anahtar Kelimeler:** Gebe, Sifiliz, Skabiyes

**Resim 1**



**Resim 2**



**Resim 3**



**Resim 4**



## PS-026

### Travma sonrasında gelişen lösemi kutis

Yusuf Mert Dös<sup>1</sup>, Ebru Sarıkaya Tellal<sup>1</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>, Cem Leblebici<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

<sup>2</sup>İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı

**Giriş:** Lösemi kutis, lösemi tanısı olan kişilerin %3'ünde görülen bazen hastalığın ilk bulgusu olarak karşımıza çıkabilen, cildin lösemi hücreleri ile infiltrasyonunu ifade eder<sup>1,2</sup>. Lezyonların port ve enjeksiyon yerleri gibi enflamasyon ve travma bölgelerinde görülme özelliği çeşitli vaka raporlarıyla bildirilmiştir<sup>3</sup>. Bu olguda lösemi kutis, daha önce lösemi tanısı olmayan hastada PRP sonrası uygulama bölgelerinde görülen sert nodüllerle prezente olmuştur.

**Olgu Sunumu:** Yirmi bir yaşında erkek hasta; yaklaşık 2 ay önce yapılan PRP işlemi sonrası önce saçlı deride başlayan daha sonra gövdeye yayılan, çok sayıda, hassas şişlik nedeniyle tarafımıza başvurdu. İki ay önce yapılan hemogram ve biyokimya tetkikleri doğaldı. Bilinen fibromiyalji dışında sistemik hastalığı yoktu. Hastanın anamnezinde kilo kaybı olduğu öğrenildi. Vital Bulgularında taşikardi saptandı. Fizik muayenesinde konjunktivalarda solukluk, servikal, aksiller, inguinal bölgede palpabl LAP'lar dikkat çekmekteydi. Dermatolojik muayenesinde saçlı deride, frontal bölgede gövde ön yüzde, sırtta çok sayıda, en büyüğü yaklaşık 5 cm boyuta ulaşan, lividi renkli, hassas, sert nodüller izlendi (Resim 1,2). Yapılan laboratuvar tetkiklerinde Hgb 5.4, beyaz küre 8830, nötrofil 770, lenfosit 8000, platelet 59000 LDH 7310 olarak saptandı. Periferik yayma yapılan hastada mononükleer atipik hücreler (Resim 3) görülmesi üzerine hematoloji servisine devredildi. Akım sitometri sonucuyla B-ALL tanısı aldı. Punch biyopsi sonucu yapılan histopatolojik incelemede büyük boyutlu ince kromatinli, dar sitoplazmalı, nükleoller seçilebilen, hiperkromatik, atipik hücreler görüldü. İmmünohistokimyada tümör hücreleri CD34, TdT, Pax5, CD10, CD79a, CD2 ile pozitif, CD5, CD7, CD1a ve CD99negatif boyandı. Kemik iliği incelemesinde derideki hücrelere benzer atipik mononükleer lenfoid hücre infiltrasyonu görüldü. Hastanın CVAD-A rejimiyle tedaviye başlandıktan 1 hafta sonra nodülleri tama yakın geriledi.

**Sonuç:** Lösemi kutis non spesifik deri lezyonları veya spesifik lösemi kutis lezyonları şeklinde görülebilir<sup>2</sup>. Bu durum çoğunlukla lösemi tanısıyla ortaya çıkmakla birlikte nadiren de olsa ilk bulgu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Lezyonlar genel olarak enflamasyon bölgelerinde ortaya çıkma eğilimindedir<sup>2</sup>. Bu vaka mevcut özellikleriyle bu duruma dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Lösemi Kutis, Prp, Travma

**Resim 1**



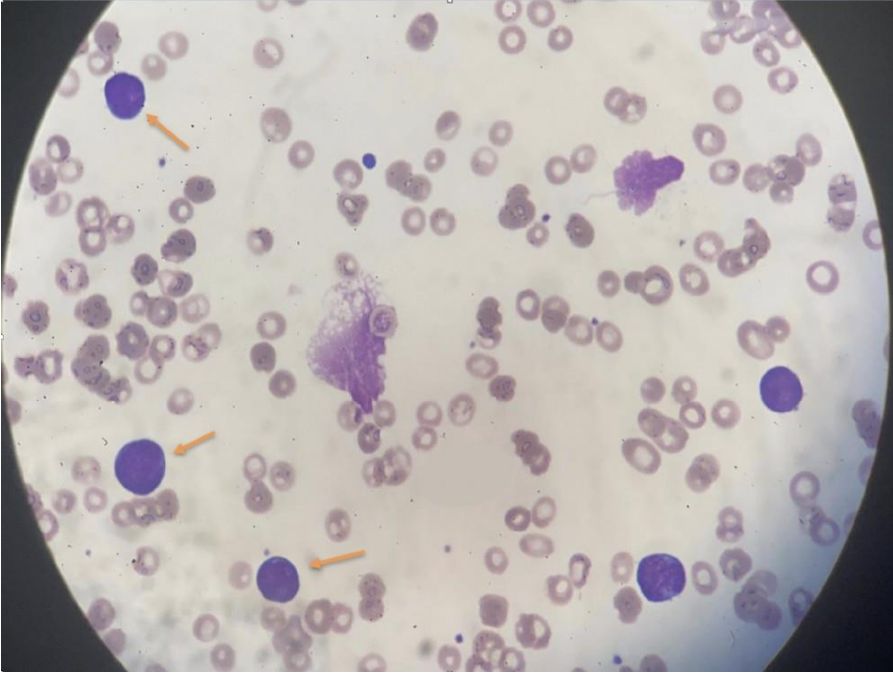
Gövde ön yüzde çok sayıda, hassas, sert şişlik

**Resim 2**



*Saçlı deride ve frontal bölgede hassas şişlikler*

**Resim 3**



*Mononükleer tipik hücreler*

## PS-027

### Sjögren-Larsson sendromlu bir aile: Nadir bir nörokutanöz sendrom

Ferhan Bulut Demir<sup>1</sup>, Meryem Aktaş<sup>1</sup>, Ayşe Deniz Yücelten<sup>1</sup>, Evrim Karadağ Saygı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Sjögren-Larsson Sendromu (SLS), yağ aldehit dehidrogenaz enzimi kodlayan ALDH3A2 gen delesyonundan kaynaklanan, klinik olarak konjenital iktiyoz, mental retardasyon ve spastisite ile karakterize OR geçişli nörokutanöz bir sendromdur. Biz burada nadir görülen sendroma dikkat çekmek için tanılarını genetik testlerle doğrulanmış 3 kardeşten oluşan bir vaka serisi sunuyoruz.

Olgu 1- 8 yaşında kız hasta, tarafımıza 2 yaşındayken, benzer şikayetleri mevcut olan kız kardeşiyle birlikte iktiyoz ön tanısıyla yönlendirildi. Hikayesinden 1. derece kuzen anne-babadan sağlıklı olarak, sorunsuz bir gebelik sonucu dünyaya geldiği, doğumunda kollodyon membran olmadığı öğrenildi. Anne-babasinda benzer şikayetlerin olmadığı öğrenildi. Klinik muayenesinde hafif eritemli zeminde, yüz ve palmoplantar bölgenin kısmen korunduğu, fleksural alanlar ve abdominal bölgede yoğunlaşan grimsi-kahverengi renkli kirli görünümde skuamlarla karakterize yaygın iktiyoz görüldü. (Figür 1,2) İlk başvurusunda aile öyküsü ve klinik Bulgularla ön planda OR iktiyoz düşünülerek asitretin 0,25 mg/kg/gün ve yoğun nemlendirici tedavisi başlandı. Pediatrik dermatoloji poliklinik takibine alınan hastanın şiddetli kaşıntı şikayeti dikkat çekiciydi. Kaşıntı açısından eşlik edebilecek skabiyez, tinea korporis gibi diğer hastalıklara yönelik incelemeler negatif olarak sonuçlandı. Poliklinik takiplerinde spastik yürümesi fark edilen hasta, sorgulandığında sık düşme ve yürümede gecikme olduğu öğrenildi. Sjögren-Larsson Sendromundan şüphelenilerek genetik test ve nörolojik değerlendirme için ilgili bölümlere yönlendirildi. Çocuk nöroloji bölümü tarafından mental retardasyon ve SLS uyumlu spastisite Bulguları, göz hastalıkları tarafından fundusta parafoveal kristal birikintilerle karakterize makülopati saptandı. Moleküler genetik test analizinde ALDH3A2 homozigot delesyon saptanarak SLS tanısı doğrulandı. Tüm aile bireylerine genetik tarama önerildi.

Olgu 2- Aynı ailenin 3. Çocuğu olan 6 yaşında kız hasta, ilk olgumuzla eş zamanlı olarak iktiyoz ön tanısıyla tarafımızca yönlendirildi. Dermatolojik ve nörolojik muayene Bulguları ilk olgudaki kız kardeşine benzer olup daha hafif şiddetteydi. Olgu-1 ile benzer şekilde asitretin ve nemlendirici tedavileri verildi. İndex olguya SLS tanısı aldıktan sonra yapılan ailenin genetik taraması sırasında ALDH3A2 homozigot delesyonu saptandı.

Olgu 3- 3 yaşında erkek hasta, ailenin genetik taramasında ALDH3A2 homozigot delesyonu saptanması üzerine tarafımızca değerlendirilen hastanın muayenesinde abdominal bölge ve dizlerde yoğunlaşan kirli skuamli iktiyozu ve yürümede gecikme öyküsü mevcuttu. Diğer iki olguya göre klinik Bulgular daha hafif şiddette görüldü.

Genetik taramada ailenin birinci çocuğu olan sağlıklı 11 yaş erkek kardeşlerinde, sağlıklı anne ve babada ALDH3A2 heterozigot delesyon saptandı. Sunulan 3 olgunun dermatoloji, çocuk nöroloji, FTR, göz hastalıkları takipleri multidisipliner yaklaşımla devam etmektedir.

#### Tartışma ve Sonuç

Genetik lipit metabolizma bozukluğu ile karakterize SLS'de görülen iktiyozda şiddetli kaşıntı ve klinik görünüm dikkat çekmektedir. Yüz kısmen korunmakla birlikte boyun, aksilla gibi fleksural alanlar, abdominal bölge ve ekstremiteler daha şiddetli etkilenmektedir.

İktiyoz, mental retardasyon, spastisite triadından genellikle klinikte ilk semptom veren iktiyoz olduğundan çok şiddetli kaşıntı birlikteliği ve lezyonlarının karakterinin bilinmesi klinik şüphe açısından önemlidir.

Nörolojik açıdan progresif bir hastalık olmamasına rağmen spastik dipleji veya tetrapleji ve artan kontraktürler nedeniyle yürümede bozulma progresif olabilir.

Oftalmolojik açıdan makülopati, kırma kusurları ve fotofobi görülebilmektedir.

Nörolojik Bulguların eşlik ettiği iktiyoz hastalarında SLS'den şüphelenilerek tanıyı doğrulama amacıyla ALDH3A2 genetik testi yapılmamıştır. Hafif formların saptanması ve genetik danışmanlık açısından aile taraması önerilmelidir. Hastalar multidisipliner yaklaşımla takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** iktiyoz, nörokutanöz, sendrom, spastisite, makülopati

**Figür 1**



*Klinik muayenesinde hafif eritemli zeminde, yüzün kısmen korunduğu, fleksural bölgede yoğunlaşan iktiyoz ve gövdede şiddetli kaşıntıya sekonder ekskoriyasyon*

**Figür 2**



*Klinik muayenesinde hafif eritemli zeminde, abdominal bölgede yoğunlaşan grimsi-kahverengi renkli kirlı görünümde skuamlarla karakterize yaygın iktiyoz.*

## PS-028

### Metotreksat tedavisi altında gelişen Peyronie hastalığı: Olgu sunumu ve literatür derlemesi

Oğuz Yılmaz, Erkan Alpsoy

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

Peyronie hastalığı, penisteki tunika albuginea'nın elastik dokusunun sklerotik plaklara dönüşmesi ile karakterizedir. Bu durum hastaların cinsel ilişkiye girme ve üreme yeteneğini sınırlayabilir, yaşam kalitesini etkileyebilir. Peyronie hastalığının nadir görüldüğü düşünülmekteydi ancak hastalığın doğası gereği olduğundan daha az bildirilme potansiyeli vardır. En son raporlarda prevalansı %1-13 olarak bulunmuştur.

Peyronie hastalığının etyopatogenezi aydınlatılamamıştır. Cinsel ilişki sırasındaki mikrotravma başlatıcı faktör olabilir, bu durum bazı bireylerde otoimmün yanıt oluşturabilir. Sitokin disregülasyonu ve fazla ekspresyonu, serbest radikal oluşumu, aşırı ekstrasellüler matriks birikimi plak formasyonuna neden olur. Transforming growth factor (TGF-B) benzeri bir molekül olan sitomodulin'in fare penil dokusuna enjeksiyonu belirgin fibrozise neden olur, bu durum Peyronie hastalığında TGF-B'nin etkisini desteklemektedir.

Metotreksat dermatolojide yaygın olarak kullanılır, hepatik ve pulmoner fibrozis gibi iyi bilinen yan etkileri vardır. Biz nadir görülmesi nedeniyle metotreksat tedavisi alırken Peyronie hastalığı tanısı alan 2 hastayı sunuyor ve geçmişte metotreksata bağlı Peyronie hastalığı gelişen diğer olguları derliyoruz.

Olgu 1:60 yaşında erkek hasta kliniğimizde psöriasis vulgaris tanısı ile aralıklı olarak takip edilmekteydi. Dislipidemi ve 1 ay önce serebrovasküler olay öyküsü bulunmaktaydı. 6 yıl önce topikal kalsipotriol ve betametazon kombinasyonundan fayda görmemesi nedeniyle metotreksat 10 mg/hafta başlandı ve lezyonlarda düzelme başlayınca 7,5 mg/hafta dozuna düşüldü. 1 yıl önce lezyonlarında artış olması nedeniyle dozu yeniden 10 mg/hafta'ya çıkıldı. Laboratuvar Bulguları dislipidemi ile uyumluydu.

Kasım 2019'da metotreksat dozu 10 mg/hafta'ya arttırıldıktan 6 ay sonra hasta peniste ereksiyon ile ağrı ve sola eğrilme tarifledi. Hastanın semptomları başladığında metotreksat birikici dozu 2860 mg idi. 4 ay sonraki vizitte hasta şikayetlerini belirttiikten sonra metotreksat kesildi. Metotreksat kesilmesine rağmen hastanın şikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle üroloji konsültasyonu istendi. Üroloji tarafından başlanan potasyum para-aminobenzoat 4x3gr tedavisi 3 ay boyunca kullanılmasına rağmen düzelme olmamıştır. Hastanın psöriasisi bu dönemde tedavisiz iyileşmekteydi.

Olgu 2: 33 yaşında erkek hasta psöriasis vulgaris tanısı ile kliniğimizde takipliydi. Haziran 2019'da topikal tedaviye yanıt vermeyen psöriasis vulgaris nedeniyle 15 mg/hafta metotreksat tedavisi başlandı.

Ekim 2019'da peniste ereksiyon ile ağrı olmadan eğrilik tarifledi. Semptomları başladığında metotreksat birikici dozu 240 mg idi. Hasta 2 ay sonraki vizitte şikayetlerini belirtince metotreksat tedavisi kesildi. Buna karşın şikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle ürolojiye konsülte edildi. Üroloji tarafından verilen pentoksifilin 1x600 mg, kolşisin 2x0,5mg ve d-alfa-tokoferol 1x100 IU tedavisini 1 ay boyunca kullanmasına rağmen iyileşme gözlenmedi.

Hepatik fibrozis ve siroz riski doz bağımlıdır. Metotreksat tedavisine bağlı Peyronie hastalığı gelişen 2 tane romatoid artrit tanılı, 1 tane psöriasis tanılı hasta bildirilmiştir. Romatoid artrit olgularında belirtiler tedaviye başlandıktan 5 ay sonra belirginleşmiş olup tedavinin kesilmesiyle tam düzelme olmuştur. Psöriasis nedeniyle metotreksat alan hastada ise tedavinin 8. ayında ağrı olmuş ve ilaç kesildikten sonra düzelmiştir. Tedavi yeniden başlatıldığında ise ağrı yeniden başlamış ve peniste sola eğrilme bildirilmiş.

Bildirilen diğer olgularla karşılaştırıldığında bizim olgularımızda düzelme olmamıştır. 1 numaralı olgumuzda dirençli fibrozis metotreksatin yüksek birikici dozu veya semptomların ihmal edilmesi nedeniyle gelişmiş olabilir. Metotreksat tedavisi alan hastalarda Peyronie hastalığının semptomlarını sorgulamak sağlıklı bir cinsel hayat için önemlidir. Bizim olgularımızda olduğu gibi kalıcı hasar da gelişebilir. Metotreksat reçete eden hekimlerin olası fibrotik yan etkiler açısından dikkatli olması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Peyronie, Metotreksat, Psoriasis

**PS-029****Behçet hastalığında ileri yaş tutulumunun klinik ve demografik özellikleri**Kübra Nursel Bölük, Afet Akdağ Köse

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

Giriş ve Amaç:Behçet Hastalığı (BH), genetik ve çevresel etmenlerin etkisiyle oluşan, kronik, alevlenme ve remisyonlarla seyreden sistemik vaskülitir. İlk kez Hulusi Behçet tarafından 1937 yılında rekürren oral aft, genital ülser ve iridosiklit ile karakterize trisemptom kompleksi olarak tanımlanmış, günümüzde eklem, vasküler, nörolojik ve tüm diğer sistemleri tuttuğu ortaya konmuştur. Ülkemizdeki farklı serilerde göz ve nörolojik tutulum majör morbidite nedeni iken hem nörolojik hem de pulmoner arter tutulumları mortalite sebebidir. Behçet Hastalığı bilindiği gibi 3. dekada görülür ve yaşla birlikte şiddetinin azaldığı ortaya konmuştur. Hastalığın 40 yaş üzerinde ve ileri yaş tutulumu gösterenlerde selim seyrettiğini ifade eden yayınların yanı sıra tersi yayınlar da vardır. Bu gerçekler çerçevesinde kliniğimiz BH polikliniğine kayıtlı 4050 hastanın 719'u ileri yaş tutulumu dikkate alınarak klinik ve demografik özellikler açısından incelendi.

Yöntem: ISG kriterlerini dolduran 719 hastanın içinde 42 yaş ve üzerinde hastalık kriterlerini dolduran 61 hasta (%8.48) retrospektif olarak incelendi.

**BULGULAR:**İleri yaş tutulumlu hastaların 34'ü kadın, 27'si erkek (K:E=1.3), yaş ortalaması 56.05±6.45, hastalık süresi ortalama 14.13 yıl, takip süresi 30.39 aydı. İleri yaş hastalar tanı kriterlerini ortalama 47.5±5.57 yaşında tamamlamıştı. İlk semptom başlangıç yaşı ortalaması 37.8±10.13 olup %78.7 (n: 48) ile rekürren oral aft en sık başlangıç semptomuydu. Bunu genital ülser (%4.9), papülopüstüler lezyonlar (%3.3), vasküler tutulum (%3.3) ve eritema nodozum (%1.6) takip etmekteydi. Bir hastada (%1.6) oral aft ve eritema nodozum beraber görülürken 4 hastanın (%6.6) ilk semptomu kaydedilmemişti.

Hastaların tümünde oral aft mevcuttu. Genital ülser %72.1 (n:44), papülopüstüler lezyonlar %63.9 (n:39), eritema nodozum %57.4 (n:35) sıklıkta görülmekteydi. Hastaların 11'inde (%18) artrit, 6'sında (%9.8) göz tutulumu saptandı. Vasküler tutulum sıklığı ise %18 olup (n:11) 6 hastada yüzeysel tromboflebit ve 5 hastada derin ven trombozu şeklindeydi. Üç hastada (%4.9) nörolojik tutulum, bir hastada akciğer tutulumu mevcuttu. İleri yaş hastalarda Paterji testi pozitifliği %59.6 (n:34) ve HLA-B51 pozitifliği %55.6 (n:10) olarak saptandı. Hastaların %13.1'inin (n:8) birinci ve ikinci derece yakınlarında BH öyküsü mevcuttu.

**Tartışma ve Sonuç:** Behçet hastalığında oral ülser, genital ülser, papülopüstüler lezyonlar ve eritema nodozum sıklığı literatürde sırasıyla %92-100, %57-93, %28-96 ve %15-78 oranlarında bildirilmiştir. Kliniğimizde farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda genital ülser %87.3, papülopüstüler lezyonlar %67.4 ve eritema nodozum %57.8 oranında görülmüştür. İleri yaşta başlangıç gösteren hastalarda literatürde bildirilenlerle benzer sıklıkta tutulum görülmeyle beraber, kliniğimizdeki önceki çalışmalarla kıyasladığımızda ileri yaş hastalarda genital ülser %72.1 daha az görülürken papülopüstüler lezyonlar (%63.9) ve eritema nodozum (%57.4) uyumlu bulundu. Behçet hastalığında majör morbidite sebebi olan göz tutulumu kliniğimizde %34.6 olarak bildirilmişken ileri yaş başlangıçlı hastalarda %9.8 olarak ve daha az sıklıkta saptandı. Yine daha önceki vasküler tutulum oranı %14.3 iken ileri yaş hastalarda %18 gibi yüksek sıklıkta saptandı. Nörolojik tutulum ise %3 iken ileri yaş hastalarda %4.9 olarak bulundu. Sonuç olarak ileri yaş başlangıçlı Behçet hastalarında daha önceki verilere göre göz tutulumu daha az sıklıkta, vasküler ve nörolojik tutulum daha yüksek oranda saptandı. Bu sebeple daha önce selim seyirli olarak kabul edilen ileri yaş başlangıçlı Behçet hastaları mortalite sebebi olan vasküler ve nörolojik tutulum açısından yakından takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, ileri yaş Behçet hastalığı, klinik ve demografik özellikleri



## PS-030

### Hayvancılığın ve peynirciliğin önemli bir geçim kaynağı olduğu çanakkale ezine bölgesinde inek tüyü allerjisinin retrospektif olarak değerlendirilmesi

İsmail Dağ

Ezine Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Çanakkale

**Giriş ve Amaç:** Hayvancılık, süt ve süt ürünleri, özellikle de peynircilik Çanakkale Ezine ilçesi ve civarının önemli bir geçim kaynağıdır. Bölge halkının önemli bir kısmı büyük baş hayvan yetiştiriciliği ile uğraşmaktadır. Bu nedenle biz de, 2018-2020 yılları arasında Ezine Devlet Hastanesi Dermatoloji polikliniğinde atopik dermatit veya kronik ürtiker tanısı alan ve allerjik rinokonjonktivit veya bronşiyal astım tanılarıyla dermatoloji polikliniğine yönlendirilen toplam 334 hastaya deri prick testi uyguladık. Bu hastalarda inek tüyü allerjisinin yanı sıra kedi tüyü ve köpek tüyü allerjisi de test edildi. Bu çalışmamızda, hayvancılığın ve peynirciliğin önemli bir geçim kaynağı olduğu Ezine bölgesinde, hastalarımıza deri prick testi uygulayarak, inek tüyü allerjisinin oranını retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Deri prick testi, hazır allerjen tepsilerine dökülen allerjenlere tek kullanımlık özel aplikatörler batırıldıktan sonra, hastaların etil alkol ve pamukla temizlenmiş ve daha önceden işaretlenmiş ön kol iç yüzlerine uygulandı. Testin içeriğinde inek tüyü, kedi tüyü ve köpek tüyünün yanı sıra histamin (pozitif kontrol) ve salin (negatif kontrol) de bulunuyordu. Pozitif ve negatif kontrol uygunsuzluğu olan hastalar ile dermografizm pozitifliği saptanan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Klasik antihistaminik ilaçların en az yedi gün, uzun etkili antihistaminiklerin, trisiklik antidepresanların, fenotiyazin türevleri ilaçların ve sistemik steroid kullanımının en az on gün önce kesilmiş olması gerekliliği sorgulandı. Bu şartı yerine getiremeyen hastalara deri prick testi yapılmadı. Ayrıca testin yapıldığı önkol iç yüzeyine son on gün içinde topikal steroid içeren ürün kullanımı sorgulandı, ilaç kullanılmış olan bölgelere test yapılmadı.

**Bulgular:** Çalışmaya atopik dermatit, kronik ürtiker, allerjik rinokonjonktivit veya bronşiyal astım düşündürülen şikayetlerle dermatoloji polikliniğine başvuran hastalar dahil edildi. Toplam 334 hastanın 76 (%22,7) tanesi çocuk (<18 yaş), 258(%77,3) tanesi yetişkin hastaydı. 5 yaş altı çocuk hastalar çalışmaya alınmadı. Çocuk hastaların 33(%43,4) tanesi kız hasta, 43(%56,6) tanesi ise erkek hastaydı. Erişkin hastaların 97 (%37,4) tanesi erkek, 161 (%62,6) tanesi ise kadın hastaydı. 334 hastanın 41 tanesi kronik ürtiker, 53 tanesi atopik dermatit hastasıydı. Kalan 240 hasta, allerjik rinokonjonktivit veya bronşiyal astım tanılarıyla deri prick test yapılması amacıyla dermatoloji polikliniğine yönlendirilen hastalardı.

334 hastadan inek tüyü allerjisi olan hasta sayısı 12(%3,6) iken, kedi tüyü allerjisi 17(%5,1), köpek tüyü allerjisi ise 71(%21,3) hastada saptandı.16 (%4,7) hastanın birden fazla hayvan tüyüne alerjisi vardı. 10 (%3) hastanın hem köpek hem de inek tüyüne alerjisi varken, 5 (%1,5) hastanın hem kedi hem de köpek tüyüne, 1 (%0,3) hastanın ise hem kedi hem de inek tüyüne alerjisi mevcuttu. Kedi, köpek ve inek tüyünün hepsine birden alerjisi olan hasta ise saptanmadı

**Tartışma ve Sonuç:** Özellikle atopik bireylerde allerjen pozitifliği sıklığı birçok genetik ve çevresel faktörlere göre değişkenlik gösterebilmektedir. Yapılan birçok çalışmada da çeşitli allerjenlere farklı pozitiflik oranları saptanmıştır. Biz de Ezine bölgesi halkının büyük çoğunluğunun hayvancılıkla ve özellikle de peynircilikle uğraşması nedeniyle inek tüyü allerjisinin atopik bireylerdeki oranını araştırdık. Çalışmamızda, köpek tüyü allerjisi oranı daha önce yapılmış çalışmalara oranla önemli oranda yüksek çıksa da inek tüyü allerjisi oranının diğer çalışmaların paralelinde yüksek olmadığı sonucuna vardık.

**Anahtar Kelimeler:** allerji, deri prick testi, inek tüyü allerjisi

## PS-031

### Gebe püstüleri psöriasis hastasında sekukinumab tedavisi altındayken gerçekleşen abortus: Olgu sunumu

Gülnihal Yavuz, Zennure Takçı, Havva Yıldız Seçkin, Atiye Akbayrak

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Giriş - Amaç: Psöriasis keskin sınırlı, eritemli, skuamlı plaklarla karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Tedavi seçiminde hastanın yaşı, cinsiyeti, genel durumu, gebelik ve laktasyon durumu, hastalığın yaygınlığı, şiddeti, süresi ve tipi, daha önce uygulanan tedaviler, sosyoekonomik durum ve psikişik durum, eşlik eden hastalıklar göz önüne alınmalıdır. Psöriasis hastalığı için sistemik tedavi gören bir hasta gebelik planladığında veya gebe kaldığında mevcut tedaviye devam etme veya topikal tedaviye ya da fototerapiye geçiş kararı açısından değerlendirilmelidir. Gebelik sürecinde kontrendike olan tedaviler (örneğin; asitretin ve metotreksat) sonlandırılmasına rağmen, tedavinin ne şekilde devam edeceğine karar vermek diğer sistemik tedavileri alan hastalar için daha az belirleyicidir. Biz burada püstüleri psöriasis tanısıyla takipli olan, sekukinumab tedavisi altındayken gebe kalan ve sonrasında abortus gerçekleşen bir olguyu bildiriyoruz.

Olgu: 21 yaşında, püstüleri psöriasis tanısı ile kliniğimizde takip edilen kadın hasta 5 yaşında psöriasis tanısı almış ve topikal tedaviler, konvansiyonel tedaviler (metotreksat, asitretin, siklosporin) ve sırasıyla etanersept, adalimumab ve infliximab biyolojik ajanlarını kullanmıştı. Son kullandığı infliximab tedavisinden yeterli yanıt alınamayan ve püstüleri atak geçiren hastaya sekukinumab tedavisi başlandı. Sekukinumab tedavisinin 6.doz için polikliniğimize kontrole gelen hastanın 7 haftalık gebe olduğu öğrenildi. Gebelikte sekukinumab kullanımı ve olası riskleri hakkında bilgilendirilen hasta aynı ajanla tedaviye devam etme kararını verdi. 6.doz sekukinumab reçete edilen hasta bir sonraki kontrolüne geldiğinde gebeliğinin 9. haftasında abortus gerçekleştiğini ve 6. dozu yaptırmadığını belirtti.

Sonuç: Maternal psöriasis hastalığının gebelik sonuçları üzerindeki etkisi belirsizliğini korumaktadır. Bazı çalışmalar düşük doğum ağırlıklı bebeklerde kendiliğinden veya indüklenmiş abortuslarla birlikte olası bir artış olduğunu ileri sürmektedir. Bununla birlikte bazı çalışmalar da doğum kusurları veya diğer olumsuz gebelik sonuçları açısından önemli ölçüde artmış bir risk göstermemektedir. Bu durumda fetüs için en az risk oluşturan ilaç tedavilerini seçmek, etkilenen kadınların gebeliklerini yönetmede en önemli konudur. Gebelikte anti-TNF biyolojik ajanların kullanımı hakkındaki veriler sınırlı olmasına rağmen psöriasis hastalığı için kullanılan biyolojik TNF inhibitörlerinin gebelik sırasında güvenle kullanılabileceğini gösteren artan bir literatür vardır. Sekukinumab, normal olarak hücre dışı mikroorganizmalara karşı mukokutanöz savunmada yer alan ve psöriasis hastalığında anormal olarak ifade edilen bir sitokin olan interlökin(IL) -17A ya seçici olarak bağlanan ve proinflamüvar etkilerini inhibe eden bir insan IgG1 monoklonal antikorudur. 2015 yılında sekukinumab, orta ve şiddetli psöriasis hastalığının tedavisi için onaylanan ilk IL-17A inhibitörüdür. Sekukinumab için Haziran 2017 ye kadar olan küresel güvenlik veri tabanı analizi, spontan düşükler veya konjenital malformasyonlar ile ilgili hiçbir güvenlik sinyali tespit etmemiştir. Maymunlarda yapılan gelişimsel toksisite çalışmalarında, organogenez döneminde sekukinumab verildiğinde fetüslere zarar gelmediği belirtilmiştir. Henüz yeterli insan verisi olmayan sekukinumab gebelik kategorisi:B olarak belirtilmektedir. Tüm biyolojiklerde olduğu gibi 3. trimesterde kullanıldığında olası neonatal immünsupresyon konusunda farkındalık olmalıdır ve canlı aşıların kullanımı bebek 6 aylık olana dek ertelenmelidir. Biz burada sekukinumab tedavisi altındayken 9 haftalık gebeliği abortusla sonuçlanan psöriasis olgusunu sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** gebelik, psöriasis, sekukinumab

## PS-032

### Liken tırnağını taklit eden bir subungual epidermoid kist olgusu

Muazzez Çiğdem Oba, Tuğba Kevser Uzunçakmak, Zekayi Kutlubay

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

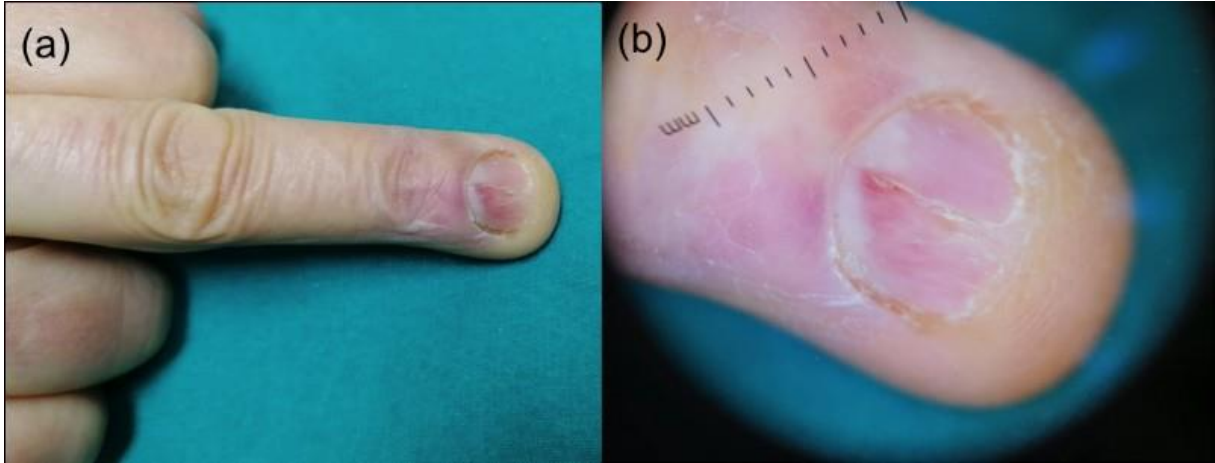
**Giriş - Amaç:** Subungual epidermoid kist tırnak ünitesinde karşılaşılan benign bir tümördür. Literatürde subungual epidermoid kistlerin iki temel alt tipi tanımlanmıştır. Kemik yerleşimli kistler ağrılı olup, osteolize neden olurlar. Diğer yandan, kemik tutulumu yapmayan subungual epidermoid kistler ise normal tırnak görünümü, çomaklaşma veya subungual hiperkeratoz ile karakterizedir. Burada, klinik olarak liken planusu taklit eden nadir bir subungual epidermoid kist olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 50 yaşında kadın hasta polikliniğimize sağ el üçüncü parmak tırnağında 2 aydır olan bozulma şikayeti ile başvurdu. Hasta iki yıl önce aynı parmakta travma öyküsü tarifliyordu. Dermatolojik muayenede periungual alanda eritem, tırnak plağında incelme ve orta hatta longitudinal fissür mevcut idi. Tırnak plağı hiponışyuma sıkıca yapışık idi. Dermoskopide lunulanın distalinde, longitudinal fissürün proksimalinde eritematöz bir makül görüldü. Liken planus ön tanısı ile tırnak yatağından punch biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede skuamöz epitel ile çevrili kistik oluşum kısmi olarak görüldü. Hastaya klinikopatolojik olarak subungual epidermoid kist tanısı kondu.

**Sonuç:** Subungual epidermoid kist nadir bir tablo da olsa edinsel tırnak distrofilerinin ayırıcı tanısında akla gelmesi gerekir. Bu benign tümörün neden olduğu tırnak distrofisinin literatürde sıklıkla psoriasis veya onikomkoz ile benzerlik gösterdiği vurgulanmıştır. Olgumuzda subungual epidermoid kist tırnak plağında atrofi yaparak liken planusu taklit etmişti. Subungual epidermoid kist düşünülen olgularda yüksek çözünürlüklü ultrason ve MR görüntüleme tanıda yardımcı olabilir. Histopatolojik inceleme kesin tanıyı sağlar.

**Anahtar Kelimeler:** Onikodistrofi, subungual epidermoid kist, tırnak hastalıkları

#### Resim 1



(a) Periungual alanda eritem, tırnak plağında incelme ve orta hatta longitudinal fissür görülmektedir. (b) Dermoskopide lunulanın distalinde, longitudinal fissürün proksimalinde eritematöz bir makül görülmektedir.

### PS-033

## Akçaağaç şurubu idrar hastalığı olan bebekte akrodermatitis enteropatika benzeri cilt döküntüsü: Olgu sunumu

Fatih Can Aba, Demet Kartal

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Kayseri

**Giriş ve Amaç:** Akrodermatitis enteropatika(AE), periorifisiyal ve akral dermatit, diyare ve alopesi üçlüsü ile karakterizedir. AE klasik olarak çinko eksikliği ile ilişkilidir ancak bu klinik tablo çeşitli metabolik bozukluklarda da görülebilir ve akrodermatitis dismetabolika(AD) olarak adlandırılır. Bu bildiride akçaağaç şurubu idrar hastalığı (MSUD) ile takipli 3 aylık erkek bebekte gelişen akrodermatitis dismetabolika olgusunu sizlerle paylaşmak istedik.

**Olgu:** MSUD ile takipli olan 3 aylık erkek bebek tarafımıza vücutta döküntüleri olması sebebiyle çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümü tarafından danışıldı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde perioral bölgede sarı kurutların eşlik ettiği ışınal ragatlar, perianal bölgede canlı eritemli erode alan ve vücutta yaygın eritem ve deskuamasyon mevcuttu. Bakılan tam kan sayımı ve biyokimya laboratuvar sonuçlarında anlamlı patoloji saptanmadı. Çinko, valin, lösin ve izolösin düzeyleri için örnek gönderildi. Serum çinko 74 µg/dl(normal aralık:55-150µg/dl), valin 67nmol/ml(normal aralık:84-354 nmol/ml), lösin 174nmol/ml(normal aralık:43-181 nmol/ml), izolösin 1019nmol/ml(normal aralık:10-109 nmol/ml) olarak sonuçlandı. Hasta bu sonuçlarla valin eksikliğine sekonder akrodermatitis dismetabolika olarak değerlendirildi. Diyetteki valin, lösin, izolösin ve total protein miktarları düzenlendi, tiamin desteği başlandı ve beraberinde kısa süreli metilprednisolon aseponat losyon verildi. Hastanın şikayetleri 2 haftada tamamen düzeldi.

**Sonuç:** Akrodermatitis dismetabolika klinik olarak akrodermatitis enteropatika ile aynı Bulgulara sebep olabilir. İsimlendirmedeki farklılık etyolojideki farklılık ile ilişkilidir. AD'ye çeşitli metabolik hastalıklar sebep olabilirken AE'nin sebebi çinko eksikliğidir. Bu nedenle AE'nin tedavisi çinko takviyesi iken AD'nin tedavisi etyolojiye bağlıdır.

MSUD tiamine bağlı dallı zincirli α-ketoasit dehidrogenaz enziminin eksikliği sebebiyle ortaya çıkan otozomal resesif metabolik bir bozukluktur. Tedavide temel yaklaşım birikimi engellemek için dallı zincirli aminoasit alımını kısıtlamaktır. Bunun dışında enzim aktivitesini indükleyebileceğinden tiamin desteği verilebilir.

Yetersiz valin alımına sekonder gelişen MSUD'lu bir bebek hastayı sunuyoruz. Literatür gözden geçirildiğinde dallı zincirli aminoasitlerin eksikliğinin farklı klinik görünümde AD'ye sebep olabileceği ve patofizyolojisinin tam olarak aydınlatılmadığı görülmektedir. Bu olgumuzda MSUD tedavisinde dallı zincirli aminoasit alımının kısıtlanmasının özellikle de büyüme, stres veya yetersiz beslenme gibi aminoasit tüketimini artıran dönemlerdeki riskine dikkat çekmek istedik.

**Anahtar Kelimeler:** akçaağaç şurubu idrar hastalığı, akrodermatitis enteropatika, akrodermatitis dismetabolika

**Figür 1**



**Figür 2**



## PS-034

### Mesane ürotelial karsinomlu hastada gelişen piyoderma gangrenozum: Bir olgu sunumu

Meryem Özlem Öztürk, Ayşe Tunçer Vural, Cemile Tuğba Altunel

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Piyoderma gangrenozum (PG), derinin nadir görülen ülseratif, enfeksiyöz olmayan nötrofilik bir dermatozudur. İnflamatuar bağırsak hastalığı, hematolojik bozukluklar, romatolojik hastalıklar veya solid maligniteler gibi altta yatan sistemik bozukluklarla birliktelik gösterebilir. Literatürde mesane kanseri sonrası PG gelişimine dair az sayıda rapor mevcuttur. Burda mesane ürotelial karsinomu olan bir hastada gelişen PG raporlanmıştır.

55 yaşında kadın hasta ürotelial mesane karsinoma tanısı nedeniyle hospitalizeyken her iki meme altında çok ağrılı yaraları olması sebebiyle dermatoloji kliniğimize danışıldı. Lezyonları 2 aydır mevcuttu. Topikal antifungal ve epitelizan ajanların (sertakonazol, çinko oksitli krem) kullanımından fayda görmemişti. Dermatolojik muayenesinde bilateral meme altlarında ağrılı, keskin sınırlı, üzeri fibrotik doku kaplı ülserler mevcuttu. Hastadan alınan bakteri ve mantar doku kültürlerinde üreme olmadı. İnsizyonel biyopsi sonucunda epidermal ülserasyon, ülser alanı altında nötrofil-lökosit infiltrasyonu ve fokal vaskülopatik değişiklikler izlendi. Hastaya PG tanısı konuldu. Tedavi olarak oral metilprednisolon (1mg/kg/gün) ve topikal klobetazol propiyonat (2k/g) başlandı. 2 hafta sonra lezyonları tamamen iyileşen hasta genel durum bozukluğu nedeni ile 1 ay sonra öldü. Piyoderma gangrenozum, ağrılı nodül veya püstül şeklinde başlayıp, genişleyerek kabarık, ağrılı ülserlerle seyreden kronik, sıklıkla destrüktif seyreden bir nötrofilik dermatozdur. Etyolojisi net bilinmemekle beraber hastaların en az %50'sinde sistemik hastalıklarla ilişkilidir. PG, genellikle yanlış tanı aldığı için tanısı gecikebilir. Tanıdan klinik tablo ve hastalığın seyrine göre şüphelenilir ve kutanöz ülser yapan diğer nedenlerinin ekartasyonu ile tanı doğrulanır. Şimdiye kadar ulaşılabildiği kadarıyla 6 hastada mesane karsinomu ile PG birlikteliği raporlanmıştır. Bunların 4 tanesi peristomal yerleşimlidir. Vakamız literatürde ürotelyal mesane karsinomu olan hastada gelişen non-peristomal yerleşim gösteren 3. PG olgusudur.

Sonuç olarak mesane karsinomu gibi solid malignitesi olan hastalarda steril ve tedaviye dirençli ülserler görüldüğünde PG akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** piyoderma gangrenozum, mesane karsinomu, ürotelial karsinom

**Mesane üretelial karsinom tanılı hastada meme altında ülser**



**Mesane üretelial karsinom tanılı hastada piyoderma gangrenosum**



**PS-035****Dermoskopik görünümüyle genitokrural bölgenin Papüler Akantolitik Diskeratozu (PAD)**İlkay Can<sup>1</sup>, Dua Cebeci<sup>2</sup>, İbrahim Kobat<sup>3</sup><sup>1</sup>Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Balıkesir<sup>2</sup>Gazimağusa Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Gazi Mağusa, Kıbrıs<sup>3</sup>Gazimağusa Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Gazi Mağusa, Kıbrıs

Genitokrural bölgenin papüler akantolitik diskeratozu (PAD), daha çok kadınlarda, az sıklıkla erkeklerde de görülen nadir bir dermatozdur. Tipik olarak, hastalar kasık bölgesinde kaşıntılı papüllerle başvururlar; bazı hastalarda göğüs bölgesinde de lezyonlar görülmektedir. Çalışmalar göğüs bölgesindeki durumu ayrı bir antite olarak sınıflandırmıştır. Son araştırmalar, tipik olarak Hailey-Hailey hastalığında görülen ATP2C1 genindeki mutasyonların, anogenital bölgenin papüler akantolitik dermatozunda da saptandığını ortaya koymuştur. Hastalara çoğunlukla genital verrü teşhisi konur. Tutarsız öykü veya lezyonların tedaviye uygun yanıt verememesi durumunda biyopsi PAD tanısı konulmasında yardımcıdır. Jinekolojik literatürde yaklaşık olarak 39 izole genitokrural PAD'lı vaka rapor edilmiştir. PAD ile ilgili bildirilen olgularda etkilenen dokuların kapsamlı olarak dermoskopik görünümü daha önce tartışılmamıştır. Bu bildiride klinik ve histopatolojik tanısı almış PAD' li bir kadın hastanın dermoskopik özellikleri sunulacaktır.

49 yaşında kadın hasta her iki kasık bölgesinde 6 aydır devam eden inatçı kaşıntılı papüler döküntü ile başvurdu. Hasta benzer şikayetlerle kadın doğum kliniği başvurmuş genital verrü düşünülerek dermatoloji kliniğine refere edilmiş. Özgeçmişinde veya ailesinde herhangi bir cilt bozukluğu öyküsü yoktu. Fizik muayenede her iki kasık bölgesinde altta eritematöz yamalarla birlikte çok sayıda beyazımsı kaşıntılı papüller görüldü (Resim 1 a,). Diğer lokasyonlarda lezyon bulunmadı ve tırnakları normaldi. KOH bakışı negatifti. Deri biyopsisi stratum korneum ve spinosumda çok sayıda tipik akantolitik diskeratotik hücre gösterdi. Epidermiste hiperkeratoz ve düzensiz akantoz da mevcuttu ve alttaki dermiste lenfositik infiltrasyon vardı (Şekil 2).Dermoskopik muayenesinde (polarize modda  $\times 10$  büyütme) düzensiz yıldız şeklinde (daire içinde) bir kahverengi pigmentasyon ve globul tarzında kubbeli (Resim 1 (b) kahverengi papüller görünüm mevcuttu. Direkt immünofloresan veya genetik çalışma yapılmadı. Hastaya klinik ve histopatolojik papüler akantolitik diskeratoz (PAD) tanısı konuldu. Hastaya tedavi olarak %0.1 topikal mometazon furoat ve topikal tacrolin 0.1 krem başlandı.Hasta kısmi iyileşme görstererek halen takibi ve tedavisi devam etmektedir.

Genitokrural alana lokalize PAD, ilk kez 1972'de Bernard Ackerman tarafından fokal akantolitik diskeratoz olarak tanımlanan nadir ve farklı bir klinik bir antitedir. Histopatolojik özellikler göz önüne alındığında, genitokrural alanın PAH'ını segmental Darier ve Hailey-Hailey hastalığı vakalarından ayırt etmek önemlidir. Bununla birlikte, bu hastalarda sıklıkla, otozomal dominant mutasyonlar, ATP2A2 (Darier hastalığı ile ilişkili ATPase geni) ve ATP2C1 (Hailey-Hailey hastalığı ile ilişkili ATPase geni) ile ilişkili pozitif bir aile öyküsü ön plandadır. Bizim vakamızda aile hikayesinin olmaması ayrıca lezyonların Darier's ve Hailey-Hailey de gözlenmeyen segmental blaschkoid dağılım göstermesi klinik olarak PAD tanısını destekledi. Dermoskopik muayene, birçok cilt hastalığında biyopsi ihtiyacını önemli ölçüde azaltan pratik bir Yöntemdir. Şimdiye kadar PAD ile ilgili bildirilen olgularda dermoskopik özelliklerini tanımlanmamıştır. Bu bildiride, merkezi hipopigmente göbeği olan kahverengi ila gri hiperpigmente kubbeli papüller ana dermoskopik Bulgulardı. PAD kronik bir hastalıktır ve tedavisi zordur. Tedavi ile ilgili bildirilen vakalarda, topikal steroidlere yanıt çok yüz güldürücü değildir.Tretinoinin bir vakada minimal etki gösterse de başka bir hastada topikal takrolimus merheminin (%0,1) daha başarılı olduğu bildirilmiştir. İnvaziv tedaviler arasında;elektrokoterizasyon, kriyocerrahi ve CO2 lazer diğer alternatif seçeneklerdir. Bizim olgumuz genitokrural dermatoz ile başvuran kadınlarda ayırıcı tanıda PAD'ın düşünülmesinin önemini vurgulamaktadır. Dermatologların yanı sıra patoloğların da bu antite hakkında duyarlı hale getirilmesi önemlidir. Kondiloma aküminata veya molluscum contagiosum'u taklit edebileceğinden zührevi olmayan genital bozukluklar listesine de dahil edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akantoliz, hailey-hailey, genital verrü

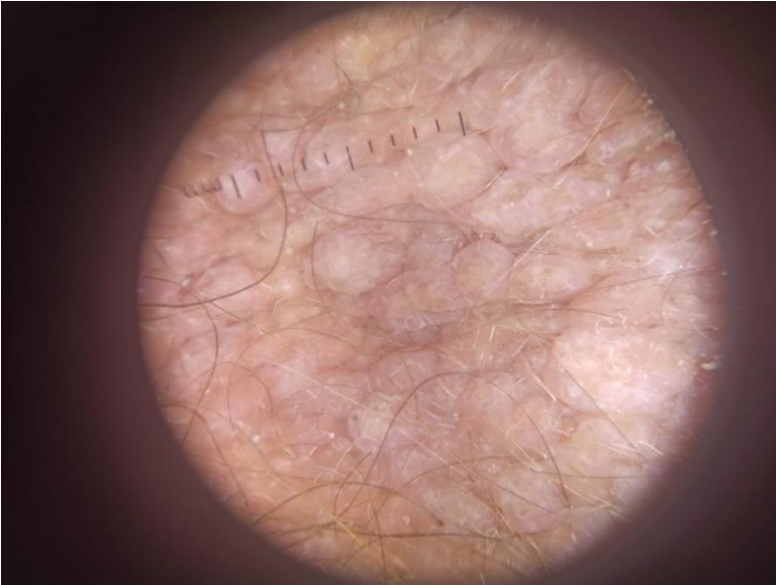


**Resim 1a**



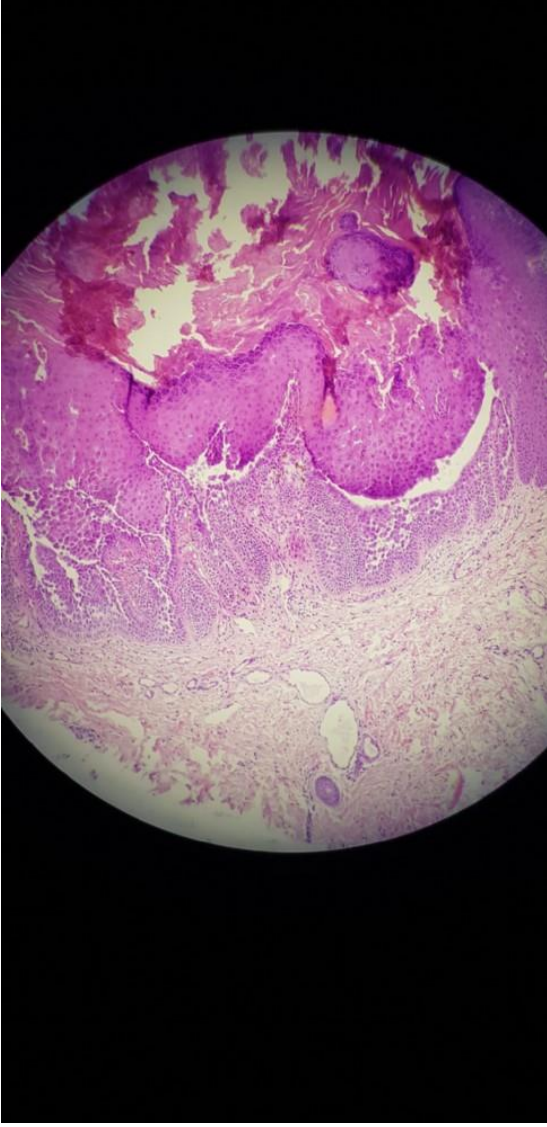
*İntergluteal kıvrımda eritemli taban üzerinde birleşen beyaz papüller.*

**Resim 1b**



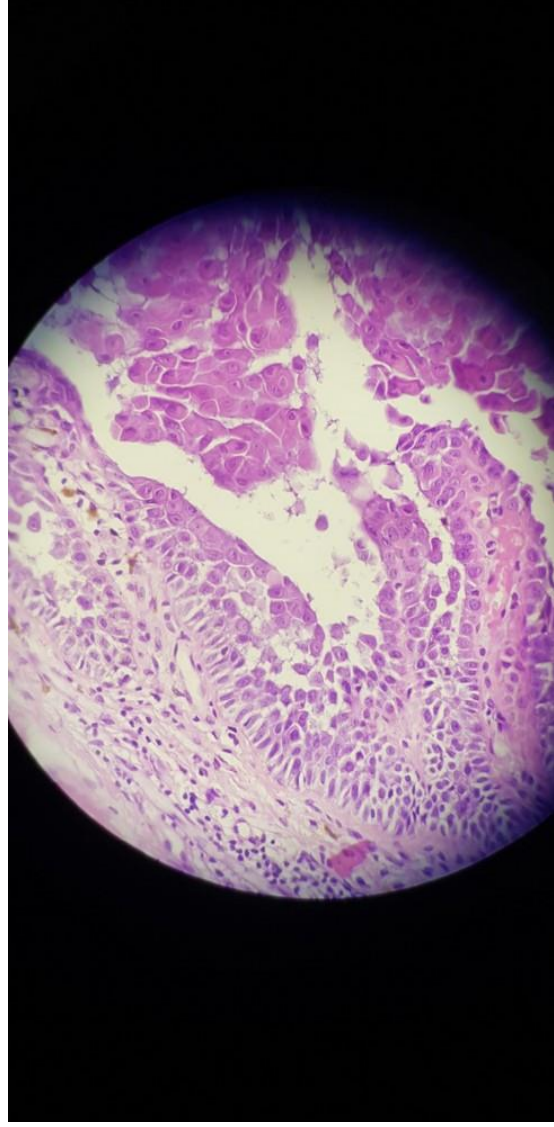
*Düzensiz yıldız şeklinde (daire içinde) açık kahverengi pigmentasyon ve globul tarzında papüller (polarize modda  $\times 10$  büyütme)*

**Resim 2a**



*Suprabazal yarıık, diskeratoz ve akantolitik hücreleri gösteren papül(H& E, x20)*

**Resim 2b**



*Suprabazal akantoliz ve diskeratozun yakından görünümü (H &E, x40).*

## PS-036

### Nadir bir komplikasyon: dermal dolgu maddesine karşı; gebelik, COVID-19 ve COVID-19 m-RNA aşısı ile tetiklenen yabancı cisim granümatöz reaksiyonu

Gizem Demir, Tülin Ergun

Marmara Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Dolgu maddeleri ile yumuşak doku hacminin artırılması, popüler kozmetik uygulamalar arasında yer almaktadır. Hyaluronik asit, gecikmiş reaksiyonlara çok nadiren yol açan ve en sık kullanılan dolgu maddesidir. Dolgu ile ilişkili reaksiyonları tetikleyebilecek bazı etkenler tanımlanmış olmakla birlikte, bunları geliştirme açısından riskli kişileri işlemden önce belirleyebilmek olanaksızdır. Burada, ilk atağını hamilelik, sonrakini COVID-19 ve sonuncusunu Coronavirüs'e karşı aşılama sonrası geliştiren, HA ile ilişkili, geç tip inflamatuvar dermal dolgu reaksiyonu olan, sıra dışı bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** 43 yaşında, 16 haftalık gebe hasta, altı haftadır yüzde akıntı ve ağrı olmaksızın, şişlik ve sertleşme yakınmalarıyla Şubat 2020'de tarafımıza başvurdu. Sorgusunda, 3 kez yüzde çeşitli bölgelere dolgu enjeksiyonu yapıldığı bilgisi alındı. Çapraz bağlı (1,4-bütandiol diglisidil eter (BDDE)) hyaluronik asit (HA) içeren son uygulamanın ise, başvurusundan yaklaşık altı ay önce uygulandığı öğrenildi. Fizik muayenede, bilateral malar, glabellar bölge, dudaklar ve submental bölgede herhangi bir epidermal değişiklik olmaksızın tahta sertliğinde ödem ve ele gelen şişlikler mevcuttu. Deri Bulguları dışında fizik muayenesi normaldi. Endure bölgeden alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde, dermiste histiyositler ve nekrozsuz çok çekirdekli dev hücrelerden oluşan çok sayıda granümatöz odak saptandı. Mikobakteri, bakteri ve mantar boyamaları negatif sonuçlandı. Klinik ve histopatolojik Bulgularla birlikte hastaya HA'ye karşı gelişen yabancı cisim granümatöz reaksiyonu tanısı konuldu ve oral metilprednizolon 0,5 mg/kg/gün tedavisine başlandı. İki hafta içinde dramatik bir iyileşme gözlemlendi ve sonraki dört hafta boyunca steroid azaltılarak kesildi. Hasta, gebeliğin 24. haftasında reaksiyonun alevlendiğini ve üçüncü trimesterde kadın doğum uzmanı tarafından erken doğumun önlenmesi için verilen sistemik steroid tedavisinin ardından düzeldiğini belirtti. Gebeliğin sağlıklı bebekle sonuçlandığı bilgisi alındı. Nisan 2021'de, doğumdan yedi ay sonra hasta lezyonlarının tekrarlaması nedeniyle kliniğimize tekrar başvuran olgunun, 3 hafta öncesinde hafif semptomlarla, hastaneye yatışı gerektirmeyen COVID-19 geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede, ilk başvuru ile benzer nitelikte, çoklu yumrular ve fasiyal ödem saptandı. Hastaya tekrar oral metilprednizolon (0,5 mg/kg/gün) başlanarak 7 hafta içerisinde azaltılarak kesildi. Bir semptom olmaksızın üç aylık iyi dönem geçiren hasta, Temmuz 2021'de coronavirus m-RNA aşısı ile aşılanmadan 15 gün sonra, üçüncü kez, yüzde şişlikler nedeni ile başvurdu. Fizik muayene Bulguları bir önceki başvuru ile benzerdi. ACEi'nin (anjyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü) bu tür dolgu reaksiyonlarında yararlı etkilerine ilişkin yayınlanmış raporlar nedeniyle, lisinopril 10 mg/gün tedavisine başlandı. Klinik olarak, gerileme saptanmaması nedeniyle tekrar oral metilprednizolon (0,5 mg/kg/gün) ile tedavi edildi.

**Sonuç:** HA dolgu işlemine bağlı geç ve gecikmiş reaksiyonlar apse, renk değişikliği, kalıcı ödem ve granümatöz nodüller gibi inflamatuvar reaksiyonlar şeklinde ortaya çıkabilir. HA dolgu maddesi uygulaması sonrasında granülom oluşumu, %0.02-1 insidansı ile nadir görülen bir komplikasyondur. Granümatöz reaksiyonların iyi bilinen tetikleyicileri arasında, enfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar ve aşılar yer almaktadır. Ayrıca, gebelik gibi immün sistemde değişiklik yaratan sebeplerin de granülom oluşumunu uyarması olasıdır. Hastamızda hem aşı, hem de virusun benzer reaksiyonu doğurması, ortak antijen olan spike proteinin olası tetikleyici olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, patogenezi tam aydınlatılmamış olan granümatöz reaksiyonların, dolgu maddelerine karşı gelişebilecek ciddi bir komplikasyon olduğu akılda bulundurulmalıdır. Özellikle Covid-19 veya coronavirüs aşılması ile ilgili olgularda, geleneksel yöntemler olan hiyalüronidaz, intralezyonel steroid, ND-YAG lazer, 5-FU, sistemik steroidler, immünomodülatörler ve cerrahi gibi tedavi seçeneklerine ek, ACE inhibitörleri ile tedavi olası olduğu da değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** aşı, covid, dolgu, granülom, komplikasyon

**Figür 1**



*COVID-19 sonrası oluşan nodüller ve jeneralize yüz ödemi*

**Figür 2**



*Tedavi sonrası reaksiyonun tamamen gerilediği dönem*

## PS-037

### Plak benzeri dermatofibrom; Olgu sunumu

Sinan Nane, Aslı Bilgiç, Cumhur İbrahim Başsorgun, Soner Uzun, Erkan Alpsoy  
Akdeniz Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya

**Giriş ve Amaç:** Dermatofibromlar sık görülmesine rağmen dev dermatofibromlar nadiren raporlanmıştır. Dev dermatofibromlar 5 cm'den büyük, benign, pedinküllü lezyonlardır. Plak benzeri dermatofibromlar ise tipik olarak pedünkülasyonu olmayan dev dermatofibromların bir alt tipi olarak kabul edilir. Biz burada nadir görülmesi nedeniyle 5 yaşında bir kız çocukta görülen plak benzeri dermatofibrom olgusunu sunmayı ve literatürdeki tüm olgularla birlikte bu klinik tabloyu gözden geçirmeyi amaçladık.

**Olgu:** 5 yaşında kız hasta sırtında interskapular bölgenin sol tarafında sarımsı turuncu renkte 1 yıldır var olan endüre plak şikayetiyle başvurdu. Hastanın lezyon bölgesinde herhangi bir semptomu yoktu. Yapılan muayenede hastanın sırt sol tarafında skapula üzerinde 4x5 cm boyutlarında sarı-turuncu-kahverengi bir plak görüldü. Dermoskopide lezyon periferinde kahverengi retiküler hafif bir pigmentasyon izlenirken merkezde geniş bir alanda sadece homojen turuncu- açık kahverengi bir alan mevcuttu. Lezyonun değişik alanlarından alınan 3 adet biyopsinin sonucunda dermatofibrom tanısı konuldu. Hasta lezyonun total eksizyonu için plastik cerrahiye yönlendirildi.

#### SONUÇ

Dermatofibromlar yaygın olarak alt ekstremitelerde görülen papül veya nodül olarak ortaya çıkan lezyonlardır. Dev dermatofibromlar (>5 cm) ise nadirdir ve literatürdeki hemen hemen tüm raporlar saplı, dev dermatofibromları tanımlar. Plak benzeri dermatofibromlar dev dermatofibromların bir çeşididir ve bu lezyonlar dermatofibromlarla uyumlu histopatolojik özelliklere sahiptir ancak gövde veya alt ekstremitelerde büyük, sertleşmiş plaklar olarak görünürler. Bu rapor nadir görülen plak benzeri dermatofibromla ilişki benzersiz klinik Bulguları vurgulamaktadır. Bu tablonun benzer Bulgularla gelen hastalarda akılda tutulması gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** dermatofibrom, interskapular, plak

#### plak dermatofibrom



Hastanın sırtında interskapular bölgenin sol tarafında 5\*4 cm boyutlarında sarımsı turuncu renkte plak

## PS-038

### Vildagliptin kullanımı sonrası oluşan granuloma annulare

Armağan Kutlay

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

**Giriş - Amaç:** Granuloma annulare, en sık genç erişkinlerde görülen, simetrik ve akral yerleşimli küçük grupe papüllerin anüler konfigürasyon oluşturduğu inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Etiyolojisi net olmamakla beraber başta diyabet olmak üzere hiperlipidemi, otoimmün tiroitit gibi çeşitli sistemik hastalıklarla ilişkisi olabileceği düşünülmektedir. İlaç kullanımı sonrası oluşan vakalar da bildirilmiştir. Bilinmeyen bir antijene karşı gelişen T hücre aracılı gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonunun patogenezi de yer aldığı düşünülmektedir.

Bir dipeptidil peptidaz IV (DPP-4) inhibitörü olan vildagliptin, kullanıma girdiği 2007 yılından beri tip 2 diyabet tedavisinde yaygın olarak tercih edilen bir oral antidiyabetik ilaçtır. DPP-4 inhibitörü kullanımı sonrası çeşitli kütanöz hipersensitivite reaksiyonları bildirilmiştir. Ayrıca başta vildagliptin olmak üzere DPP-4 inhibitörleri ile büllöz pemfigoid ilişkisi çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir, fakat bu ilaç grubuna bağlı granuloma annulare vakası daha önce bildirilmemiştir. Burada, vildagliptin tedavisi sonrası ortaya çıkan bir granuloma annulare vakası sunulmaktadır.

**Olgu:** 54 yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 yıl önce ortaya çıkan, el dorsumu ve önkollarda yerleşimli, lividi eritemli papüller ve anüler lezyonlarla tarafımıza başvurdu. Lezyonlar hafifçe kaşıntılıydı, üzerinde skuam ya da krutlanma yoktu. Birkaç hafta topikal steroid kullanımıyla gerileme olmamıştı. Hastanın özgeçmişinde tip 2 diyabet, hipertansiyon ve inme öyküsü vardı. Düzenli olarak aspirin, kaptopril ve vildagliptin-metformin kombine preparatı kullanıyordu. Hastanın uzun zaman sorunsuzca metformin kullandığı, 1 yıl önce vildagliptin-metformin kombinasyonuna geçtikten yaklaşık iki hafta sonra ellerinde oluşmaya başlayan papüler lezyonların zamanla büyüdüğü ve önkollara yayıldığı öğrenildi.

Lezyonlardan granuloma annulare, anüler elastolitik dev hücreli granülom ve sarkoidoz ön tanılarıyla alınan biyopside, yüzeysel-orta dermiste dejenerer kolajen lifleri çevresinde dizilim paterni gösteren interstisyel histiositler, dev hücreler, perivasküler lenfositler görüldüğü raporlandı. Klinik ve patolojik Bulgular ışığında hastaya granuloma annulare tanısı koyuldu. Lezyonların vildagliptin kullanımından kısa süre sonra ortaya çıkması nedeniyle hasta dahiliye ile konsulte edildi ve vildagliptin tedavisi kesildi. Hidroksiklorokin 200 mg 1x1 tedavisi başlandı, 2 hafta sonra 2x1 dozuna yükseltildi. Tedavi başlangıcından 4 hafta sonraki kontrolde lezyonların infiltrasyonlarının gerilediği, lividi rengin solduğu görüldü.

**Sonuç:** Vakamızda vildagliptin tedavisi ile lezyon oluşumu arasındaki yakın zamansal ilişki ilaç reaksiyonu açısından güçlü bir şüphe oluşturmakla beraber diyabet ve granuloma annulare ilişkisi karıştırıcı bir faktör olarak rol almaktadır. Vildagliptin tedavisi kesildikten sonra lezyonların gerilemesi de ilişkiyi desteklemektedir, fakat hidroksiklorokin tedavisinin de bu gerilemede etkisi olduğunu göz önünde bulundurmak gereklidir. Naranjo advers ilaç reaksiyon olasılık ölçeğiyle değerlendirildiğinde 3 puan ile 'olası advers etki' olarak sınıflanabilir.

DPP-4 proteini, bir diğer adıyla CD26, T lenfositlerin de aralarında olduğu çeşitli hücreler tarafından eksprese edilir ve T hücre aktivitesinin düzenlenmesinde rol oynar. DPP-4 inhibitörü ilişkili büllöz pemfigoidde, T hücrelerinde CD26 ekspresyon kaybının immün sistemi etkileyebileceği ve BP180'e karşı immün tolerans kaybına neden olabileceği öne sürülmüştür. Henüz yeterli kanıt olmamakla beraber benzer bir mekanizma DPP-4 ilişkili granuloma annulare'de de söz konusu olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** DPP-4 inhibitörü, vildagliptin, granuloma annulare

## PS-039

### İn situ skuamöz hücreli karsinom ve aktinik keratozda imikimoda sekonder arbor cutis olgusu

Gülsün Hazan Tabak, Neslihan Akdoğan, Gonca Elçin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** İn situ skuamöz hücreli karsinom (in situ SHK) bowen hastalığı olarak da bilinir. Klinikte kendisini iyi sınırlı, üzeri hiperkeratotik, kırmızımsı plaklar olarak gösterir. Topikal % 5 imikimod in situ SHK'da etkinliği Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylı olmayan ancak pratikte sıklıkla kullanılan bir tedavi Yöntemidir. Burada her iki malar bölgesinde in situ SHK lezyonları olan ve imikimod ardından ağaç kabuğunu andıran kalın hiperkeratotik plak gelişen 83 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır.

**Olgu Sunumu:** 83 yaşında kadın hasta, kliniğimize yüzünde 5 yıl önce başlayan semptomsuz kabuklu lezyonlar nedeniyle başvurdu. Hastadan lezyonlardan birinin yanık sonrası oluştuğu ve lezyonların kabuklarının zaman zaman döküldüğü ancak yeniden oluştuğu öğrenildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde sağ malar bölgede 1 adet filiform hiperkeratotik papül ve yine sağ malar bölgede 1 adet eritemli zeminde kalın skuamli plak saptandı (Resim 1-2). Ayrıca hastanın malar bölgesinde çok sayıda eritemli zeminde ince skuamli plaklar vardı. Hastanın özgeçmişinde 20 yıl önce geçirilmiş transient iskemik atak (TIA) dışında başka ek hastalık yoktu. Hasta aspirin, pravastatin ve ginkgo biloba kullanıyordu. Hastanın sağ yanağındaki 2 adet lezyondan ayrı ayrı 4 mm'lik punch biyopsi alındı. Biyopsi filiform papül için aktinik keratoz, kalın skuamli plak için in situ SHK olarak sonuçlandı.

Hastaya günde 1 kez haftanın 5 günü topikal %5 imikimod başlandı. Altı haftanın sonunda kontrole gelen hastanın her iki malar bölgesini kaplayan sağ malar bölgede daha yoğun tabana sıkıca yapışık hiperkeratotik fissüre plaklar görüldü.

Bunun üzerine imikimod tedavisi kesilerek günde 2 kez baume de peru majistral pomad 5 gün süreyle başlandı. Hiperkeratotik plakların kalkmasının ardından sırasıyla Centella asiatica ekstresi, topikal 5-florourasil tedavileri uygulandı ve hastanın lezyonları tamamen geriledi.

**Tartışma ve Sonuç:** İmikimod, imidazokinolon ailesinden immün yanıt düzenleyici bir tedavi ajanıdır. Doğrudan antiproliferatif etkinliği yoktur. İşlevini doğal ve kazanılmış bağışıklık arasındaki ilişkiyi sağlayarak yapar. TLR-7 ve 8'i aktivasyonu sonrası IFN-gama, TNF-alfa ve IL-12 salınımını arttırarak doğal bağışıklığı güçlendirmekte ve derinin Langerhans hücrelerini aktive edip naif T hücrelerinin Th1'e dönüşümünü sağlayarak kazanılmış bağışıklığı güçlendirmektedir (1,2,3). Ayrıca deri kanserlerindeki aşırı Th2 yanıtını baskılamaktadır. Topikal %5 imikimod in situ SHK tedavisinde kanıtlanmış olmasa da geniş lezyonlarda ve göz kapağı, burun gibi hassas bölgelerdeki lezyonlar dahil başarıyla kullanılmaktadır (4,5). Uygulama sonrasında eksuda oluşumu, erozyon, kanama, hassasiyet, nadiren skar oluşumu gibi bildirilmiş yan etkileri vardır. Literatürde ön kolda geniş eksizyon sonrası sınırdaki pozitifliği olan bir in situ SHK vakasında 6 haftalık topikal %5 imikimod kullanımı sonrasında gelişen hiperkeratotik plak bildirilmiştir ve bu durum Arbor Cutis olarak adlandırılmıştır (2). Hastamızda da rastlanan bu hiperkeratotik plak oluşumunun güneş hasarlı alanlarda görülen aşırı immün yanıtla bağlı olduğu düşünülmüştür (2). Biz bu lezyonların oluşumunda stratum korneumda korneosit birikimine bağlı olan retansiyonel hiperkeratozunun da etkisinin olabileceğini düşündük.

Sonuç olarak, topikal %5 imikimod tedavisinin türlü yan etkileri görülmektedir. Hiperkeratotik plak oluşumu da klinik olarak ürküten fakat masum bir yan etki olarak akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** aktinik keratoz, imikimod, skuamöz hücreli karsinom

**İmikimod sonrası lezyonlar**



*Sağ malar bölgesinde daha yoğun olan tabana sıkıca yapışık kalın hiperkeratotik fissüre plaklar*

**İmikimod sonrası lezyonlar**



*Sağ malar bölgesinde daha yoğun olan tabana sıkıca yapışık kalın hiperkeratotik fissüre plaklar*



**Tedavi öncesi lezyon**



*Sağ malar bölgedeki filiform hiperkeratotik papül ve sağ malar bölgedeki eritemli zeminde kalın skuamli plak*

**Tedavi öncesi lezyon**



*Sağ malar bölgede daha yoğun olan hiperkeratotik papül ve plaklar*

**Tüm tedaviler sonrası lezyonlar**



*Tüm tedaviler sonrası*

**Tüm tedaviler sonrası lezyonlar**



*Tüm tedaviler sonrası*

## PS-040

### Lokalize pitriyazis rozase

Ömer Akburak

Hakkari Devlet Hastanesi

Giriş, amaç: Pityriazis rozase (PR), ilk olarak 1798'de Robert Willan tarafından başka bir terminoloji altında tarif edilen papuloskuamöz bir hastalıktır. PR'nin atipik belirtileri dermatolojik pratikte sıklıkla görülür ve bu varyantların çoğunun morfolojide atipik olduğu ve prognozda önemi olmadığı unutulmamalıdır. Atipik PR insidansı % 20'dir. Atipiklik morfolojide, boyutta, dağılımda, seyirde veya semptomlarda olabilir.

Olgu: 31 yaşında erkek hasta kolunda kızarıklık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Bu lezyonların iki haftadır olduğunu önce büyük oval kızarıklık lezyonunun daha sonra küçük oval lezyonların geliştiğini belirtti. Hastanın subjektif yakınması yoktu. Hastanın yapılan muayenesinde sol ön kolda biri büyük, diğerleri daha küçük oval eritemli yakacak tarzı skuamı olan plak lezyonları mevcuttu. Hastaya klinik olarak lokalize pitriyazis rozase tanısı kondu.

Sonuç: Lokalize PR'de erüpsiyonlar vücudun bir bölümüne lokalizedir. Ahmed ve Charles-Holmes, sol göğsünde morfolojisi PR'ye benzeyen 44 yaşında bir kadın bildirmiştir. Zavar, klinik olarak kafa derisinde pityriazis amiantasea'yı taklit eden, PR'nin başlangıcı ile uyumlu bir çocuğu bildirmiştir. Sonuç olarak PR'nin atipik formlarının olduğu lokalize tipin de diğer hastalıklarla ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** eritem, lokalize, skuam

#### Resim 1



Hastanın sol ön kolda biri büyük, diğerleri daha küçük oval eritemli, yakacak tarzı skuamı plakları mevcut

## PS-041

### **İnfliximab tedavisi ile paradoksal olarak deri lezyonlarında artış gösteren bir SAPHO sendromu olgusu**

Gülcan Saylam Kurtipek<sup>1</sup>, Hediye Eker<sup>1</sup>, Mehmet Akyürek<sup>1</sup>, Gonca Kara Gedik<sup>2</sup>, Rabia Erçoban<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Konya

SAPHO sendromu (sinovit, akne, püstüloz, hiperostoz ve osteit) klinik olarak osteoartiküler ve dermatolojik Bulgularla prezente olan çoğunlukla çocuk, genç ve orta yaş erişkin popülasyonu etkileyen bir hastalıktır.

36 Yaşında erkek hasta, kliniğimize 3 aydır var olan ellerde ve ayaklarda yara şikayeti ile başvurdu. Hastanın aynı zamanda sırt ve göğüs ağrıları olduğu ve bu nedenle ilgili bölümlere çok defa başvurusu olduğu ancak şikayetlerinin devam ettiği öğrenildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde; sol klavikulanın sağa göre daha belirgin ve palpasyonla hassas olduğu saptandı. Bilateral el ve ayakların dorsumunda ve palmoplantar alanda eritemli üzeri squamli multiple yaygın plak lezyonlar ve püstüller görüldü (Resim 1a,1b). Eldeki püstüllerden yara sürüntü kültürü alındı. Üreme saptanmadı. KOH incelemesi negatifti. Hastadan istenen kan tetkiklerinde hiperlipidemisi ve CRP yüksekliği mevcuttu. ANA, RF, ANTI CCP ve VDRL testleri negatifti. Hastanın püstüllerinden palmoplantar püstüler psoriasis, palmoplantar püstüloz ön tanıları ile alınan biyopsi materyalinin hisopatolojik incelemesi non-spesifik olarak değerlendirildi.

Akciğer filmi ve tüm vücut kemik sintigrafisi çekildi. Sintigrafi raporunda; sternumda korpus sternide, her iki birinci kosta sternal bölgede, sağ ve sol 6. kostakondral eklemlerde artmış radyoaktif madde tutulumu ve kostalarda hiperostozis tespit edildi (Resim 2a, 2b). Klinik ve sintigrafik Bulgularıyla birlikte değerlendirilen hastaya SAPHO sendromu tanısı konularak non-steroid anti-inflamatuvar ajan tedavisi başlandı. Tedaviden hem dermatolojik hemde osteoartiküler yanıt alınmaması üzerine 15 mg/hafta metotreksat tedavisine geçildi. Tedavinin ikinci ayında yanıt alınmaması üzerine infliximab tedavisi için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı başvurusu yapıp onay alınan hastaya 0, 2, ve 6. haftalarda ve sonrasında her 8 haftada bir 5 mg/kg infliximab tedavisi planlandı. İlk dozdan sonra osteoartiküler semptomu tamamen gerileyen ve deri lezyonları da minimal seyreden (Resim 3a,3b) hastanın 2. hafta doz uygulamasından bir hafta sonra palmoplantar bölgeler başta olmak üzere ekstremit ve gövdede eritemli zeminde yaygın püstülasyonlar gözlemlendi (Resim 4a, 4b). Kutanoz lezyonlarda artış olması üzerine hastanın tedavisi kesildi.

Kliniğimizde SAPHO sendromu tanısı konulup takip ettiğimiz, NSAID ve metotreksat tedavisine yanıt vermeyen, bunun üzerine infliximab tedavisi planladığımız ancak bu tedavinin 2. dozunda paradoksal deri lezyonlarında artış göstermesi üzerine hastanın klinik prezentasyonu, tedavi yönetimi ve tedavinin seyri hakkında mevcut literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

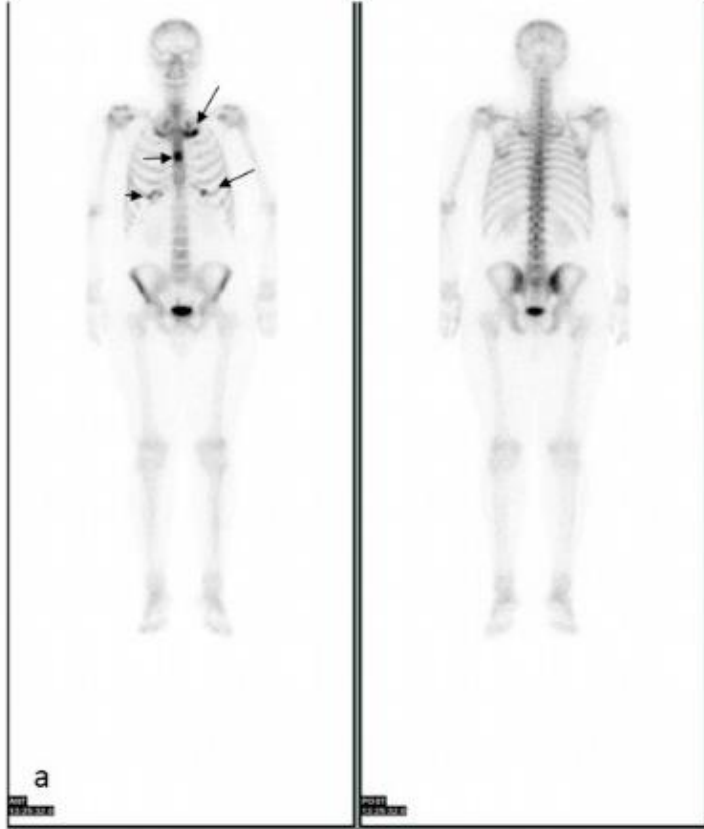
**Anahtar Kelimeler:** infliximab, SAPHO sendromu, palmoplantar püstülozis, yan etkiler.

**Resim 1a, 1b**



*Ayak dorsumu ve palmar alanlarda püstüller ve eritemli üzeri squamli plak lezyonlar.*

**Resim 2a,2b**



*Tüm vücut taramada (a) ve toraks SPECT/BT çalışmalarında (b); sternumda, her iki 1. kostasternal ve her iki 6. kostakondral alanlarda artmış radyoaktif madde tutulumları (a, oklar) ve hiperostoz görünümleri saptandı (b, oklar).*

**Resim 2b**



**Resim 3a,3b**



*İnfliximab ilk dozdan sonraki minimal kutanöz lezyonlar*

**Resim 4a,4b**



*İnfliximab 2. doz doz uygulamasından bir hafta sonra palmoplantar bölgeler başta olmak üzere ekstremite ve gövdede eritemli zeminde yaygın püstülasyonlar*

## PS-042

### İksekizumab kullanımı ile hipertansif kriz gelişen bir psoriasis olgusu

Gülbin Yaşar Subaşı, Ertan Yılmaz

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Antalya

Psoriasis, ataklar gösteren, dünyada %0,51 ile %11,43 prevalansına sahip kronik seyirli bir hastalıktır. Yaygın ve şiddetli formlarında metotreksat, siklosporin, asitretin ve/veya UV (ultraviyole) tedavileri kullanılmaktadır. Bu konvansiyonel tedavileri tolere edemeyen veya bu tedavilerle sonuç alınamayan hastalarda biyolojik ajanlar kullanılmaktadır. Hastalığın patogeneğinde genetik, enfeksiyon ve aktive olmuş T hücrelerinden salınan sitokinler gibi birçok faktör rol oynamaktadır. Bu sorumlu sitokinler arasında TNF- $\alpha$ , IL-12, IL-23 ve IL-17A yer almaktadır. Biyolojik ajanlar bu sitokinleri baskılayarak etkili olmaktadır.

Yıllardır kliniğimizde takip ve tedavi edilen, 35 yıldır psoriasis vulgarisi olan 55 yaşında kadın hastada konvansiyel tedavilerle remisyon sağlanamayınca IL-17A'ı inhibitörü olan iksekizumab başlandı. Klinik olarak oldukça iyi yanıt alınır iken her iksekizumab enjeksiyon sonrası bir hafta süren hipertansif krizler gözlemlendi. Psoriasis hızla gerilemesine karşın; antihipertansif ilaçlara dirençli ve şiddetli hipertansiyon krizlerinin her enjeksiyon sonrası tekrarlaması nedeniyle iksekizumab tedavisi sonlandırıldı.

Advers etki olarak, iksekizumab tedavisi ile ilk hipertansiyon krizi gelişen olgu olarak sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansif kriz, İksekizumab, Psoriasis vulgaris



## PS-043

### Yalancı darier bulgusu ile bir konjenital düz kas hamartomu

Muhammed Adak<sup>1</sup>, Evren Odyakmaz Demirsoy<sup>1</sup>, Ahmet Tuğrul Eruyar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Kocaeli

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

**Giriş ve Amaç:** Konjenital düz kas hamartomu, ilk kez 1969'da Sourreil tarafından tanımlanan matür düz kas hücrelerinin benign proliferasyonudur. Kıl foliküllerine bağlı arrektör pili kasından, skrotumdaki dartos kasından, damar düz kasından ya da areolanın muskularis mammillasından kaynaklanabilir. En sık görülen klasik formu; çoğunlukla lumbosakral bölgede, üzerinde belirgin hipertrikoz olan, iyi sınırlı, cilt renginde veya hiperpigmente, asemptomatik soliter bir plak olarak görülür. Nadir görülen bu hastalığın tanısı klinik ve histopatolojik Bulgularla konur. Klinik Bulgulardan cildin ovulması ile ortaya çıkan eritem ve sertleşme yanıtı olan yalancı Darier bulgusu özellikle bu hamartomda oldukça tanı koydurucudur. Biz bu olguyu yalancı Darier bulgusuna vurgu yapmak amacıyla sunmaktayız.

**Olgu:** Üç aylık erkek hasta belinde doğduğundan beri olan kabarık leke nedeniyle ailesi tarafından dermatoloji polikliniğine getirildi. Normal doğum ile miadında doğan hastanın boyu ve kilosu büyüme eğrilerinin normal sınırlarındaydı. Dermatolojik muayenede sağ lomber bölgede hafif hiperpigmente 7x4 cm çapında üzerinde vellus kılları olan bir plak izlendi. (Resim 1) Lezyonun palpasyonu sonrasında lezyonda kızarıklık, sertleşme ve kabarma geliştiği izlendi. (Resim 2) Lezyondan alınan cilt biyopsisinin histopatolojik incelemesinde yüzeyinde sepsi keratoz izlenen düzenli yapıdaki epidermis altında papiller dermisten subkutan yağ dokuya kadar olan ve retiküler dermisen tamamını dolduran, rastgele yönelim gösteren, erektör pili morfolojisi ile uyumlu düz kas izlendi. (Resim 3,4) Yapılan histokimyasal incelemede; *Masson Trikrom* ve *Smooth Muscle Aktin* ile düz kas demetleri lehine boyanma mevcuttu. (Resim 5,6) Bu klinik ve histopatolojik Bulgular ile hasta konjenital düz kas hamartomu tanısı aldı. Aile hastalık ile ilgili bilgilendirildi, herhangi bir tedavi verilmedi.

**Sonuç:** Konjenital düz kas hamartomunda cildin ovulması yada ısı değişikliği ile ortaya çıkan geçici piloereksiyon lezyon üzerinde eritem, kabarıklık ve sertliğe neden olur. Oldukça karakteristik olan bu durum yalancı Darier işareti olarak adlandırılmaktadır. Ancak yalancı Darier işareti konjenital düz kas hamartomlarının sadece yarısında bulunur. Olgumuzda muayene sırasında dikkatimizi çeken bu bulgu hastanın tanısına ulaşmamızı sağladı. Doğumdan beri olan pigmente ve/veya kıllı lezyonlarda soğuk ya da dokunma gibi bir uyarıcılar lezyonu belirginleştiriyorsa konjenital düz kas hamartomu tanısı akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Darier Bulgusu, Konjenital Düz Kas Hamartomu,

#### Resim 1



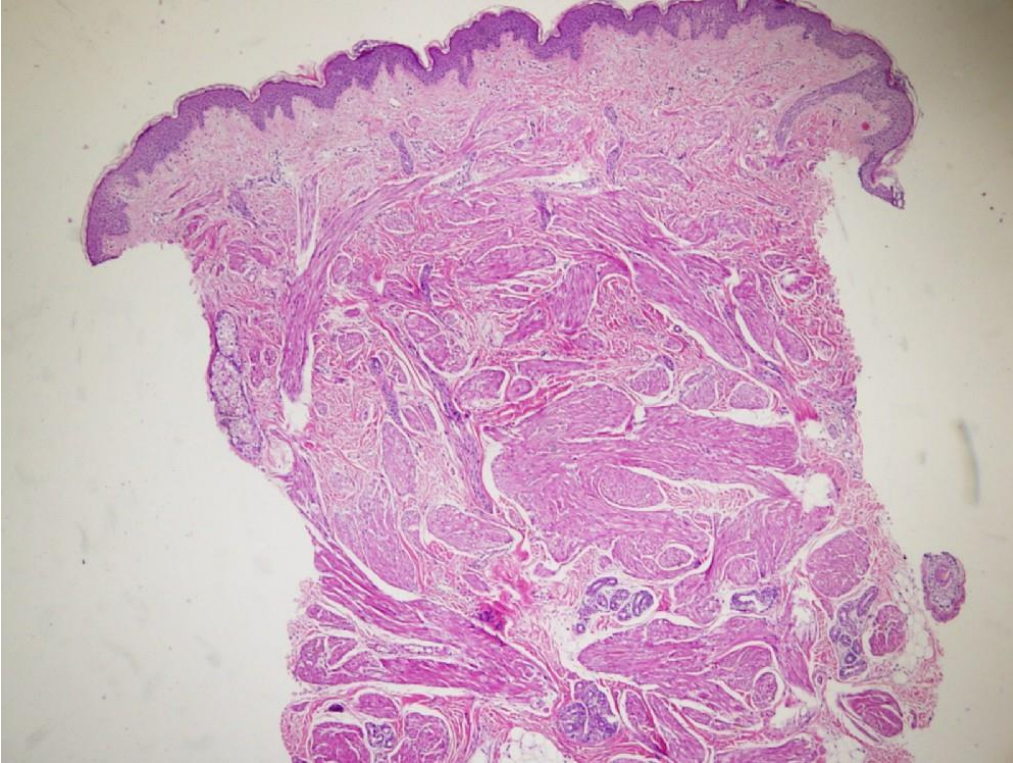
Resim 1: Cilt ovulmadan önce sağ lomber bölgede hafif hiperpigmente 7x4 cm çapında üzerinde vellus kılları olan plak

**Resim 2**



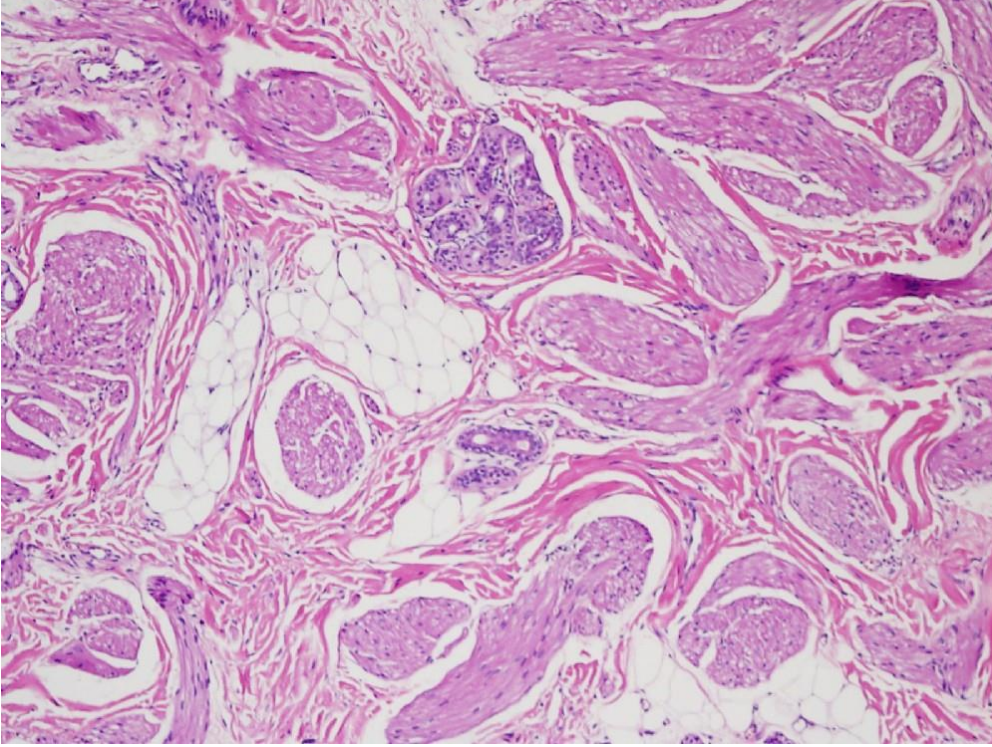
*Resim 2: Lezyonun ovalanması sonrası ortaya çıkan kabarıklık ve kızarıklık; yalancı Darier bulgusu.*

**Resim 3**



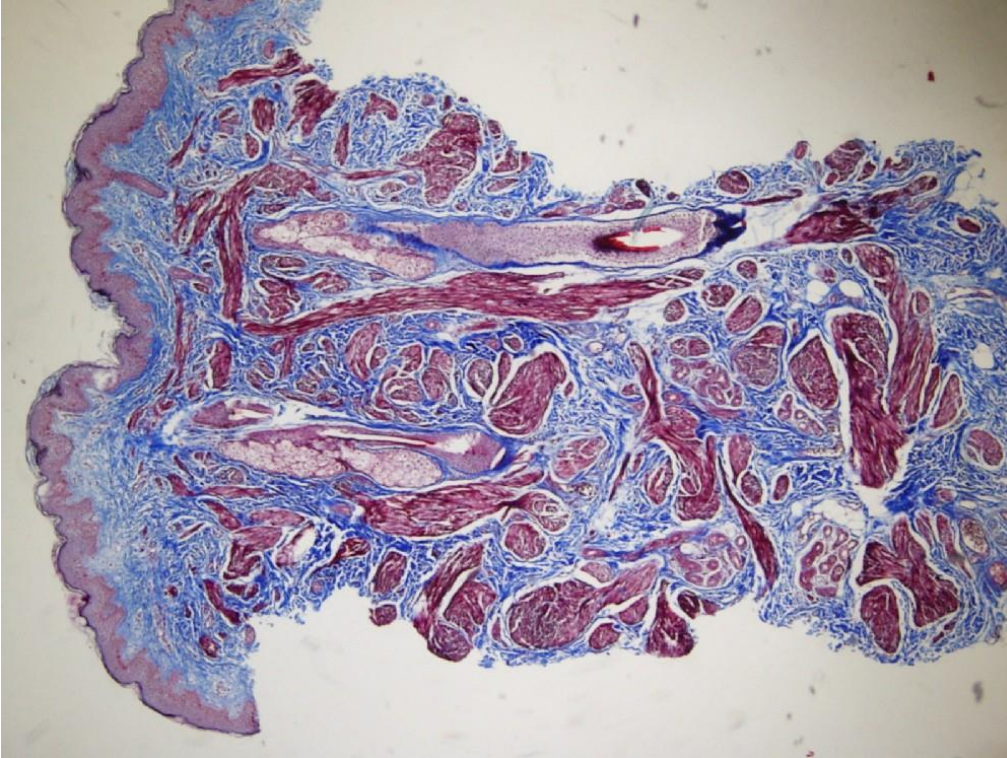
*Resim 3: Epidermis altında, ağırlıklı olarak derin dermis yerleşimli, belirli bir organizasyonu bulunmayan, gelişigüzel yönelim gösteren düz kas yapıları izlenmektedir. (H&E, x40)*

**Resim 4**



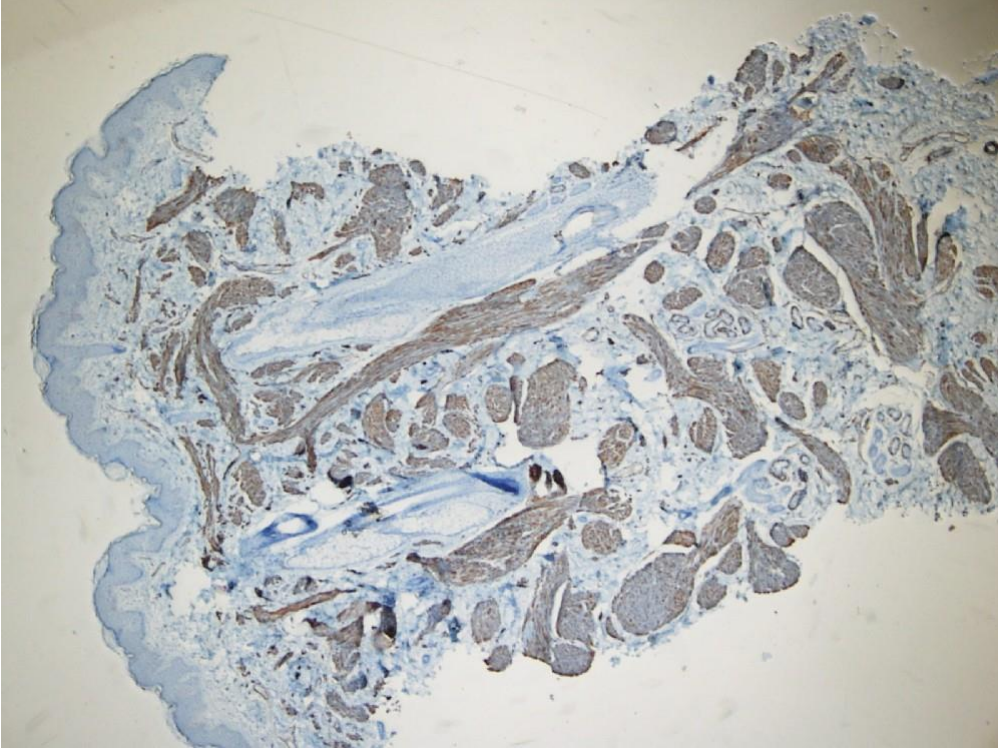
*Resim 4: Ekrin glandlar, matür yağ dokusu, seyrek mononukleer inflamatuvar hücreler, kaba kollojen lifleri ve arada dağınık farklı yönlere uzanım gösteren, belirli bir organizasyon yapmayan düz kas lifleri ve düz kas çekirdeklerinde atipi, mitoz veya nekroz izlenmemektedir. (H&E, x100)*

**resim 5**



*Resim 5: Mavi renkte boyanan kollojen lifleri arasında kırmızı renkte boyanan düz kas lifleri izlenmektedir. (Masson TrikromX40)*

**Resim 6**



*Resim 6: Hamartomatöz düz kaslarda ve pilar düz kaslarda diffüz, kuvvetli sitoplazmik reaksiyon izlenmektedir. ( SMAX40)*

## PS-044

### Sefiksimin tetiklediği akut lokalize ekzantematöz püstüloz: Olgu sunumu

Cemre Yazar<sup>1</sup>, Atiye Akbayrak<sup>1</sup>, Faik Alev Deresoy<sup>2</sup>, Havva Yıldız Seçkin<sup>1</sup>, Ömer Kutlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Tokat

<sup>2</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Tokat

**Giriş ve Amaç:** Akut lokalize ekzantematöz püstüloz (ALEP), tipik olarak yüz, boyun ve göğüste yerleşen çok sayıda nonfoliküler steril püstüller ile karakterize bir klinik tablo olup, akut generalize ekzantematöz püstülozun (AGEP) nadir görülen lokalize bir varyantıdır. Burada sefiksim tedavisi sonrası ortaya çıkan, klinik ve histopatolojik Bulgularla ALEP tanısı alan 11 yaşında bir kız hasta sunuldu.

**Olgu:** On bir yaşında kız hasta, boyun ve koltuk altlarında kaşıntılı kızamık döküntü şikayetiyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünde döküntünün bir gün önce başladığı, 3 gündür idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle sefiksim oral süspansiyon kullandığı öğrenildi. Bilinen sistemik hastalığı ve düzenli kullandığı ilacı yoktu. Ateşi olmayan ve vital Bulguları stabil olan hastanın sistemik muayenesi doğaldı, lenfadenopati saptanmadı. Dermatolojik muayenede, boyun ve aksillalarda bilateral yerleşim gösteren, eritematöz zeminde milimetrik, çok sayıda nonfoliküler püstüller, yer yer püstül gölcükleri ve gerileyen lezyon bölgelerinde sarımsı beyaz kurutlar izlendi (Resim 1 ve 2). Mukozalar doğaldı. Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal aralıktaydı. Eritrosit sedimentasyon hızı (45 mm/saat) ve C-reaktif protein (7,59 mg/L) yüksekliği mevcuttu. Histopatolojik incelemede, epidermiste spongioz, intra ve subkorneal yerleşimli püstüller, bazal tabakada fokal nekrotik keratinositler, yüzeysel dermiste miks tipte inflamatuvar hücre infiltrasyonu saptandı (Resim 3). Hastaya klinik ve histopatolojik Bulgularla ALEP tanısı konuldu. Sefiksim tedavisi sonlandırıldı, metilprednisolon aseponat %0,1 krem ve oral desloratadin süspansiyon tedavisi verildi. 1 hafta sonra lezyonlar tamamen geriledi.

**Sonuç:** ALEP, AGEP'in nadir görülen bir varyantıdır. Pediatrik yaş grubuna ait vaka bildirimini sınırlı sayıdadır. Çocuklarda, özellikle yüz ve gövdede yerleşen lokalize püstüler lezyon varlığında, ayırıcı tanıda ALEP de düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut generalize ekzantematöz püstüloz, akut lokalize ekzantematöz püstüloz, çocuk, sefiksim

#### Resim 1



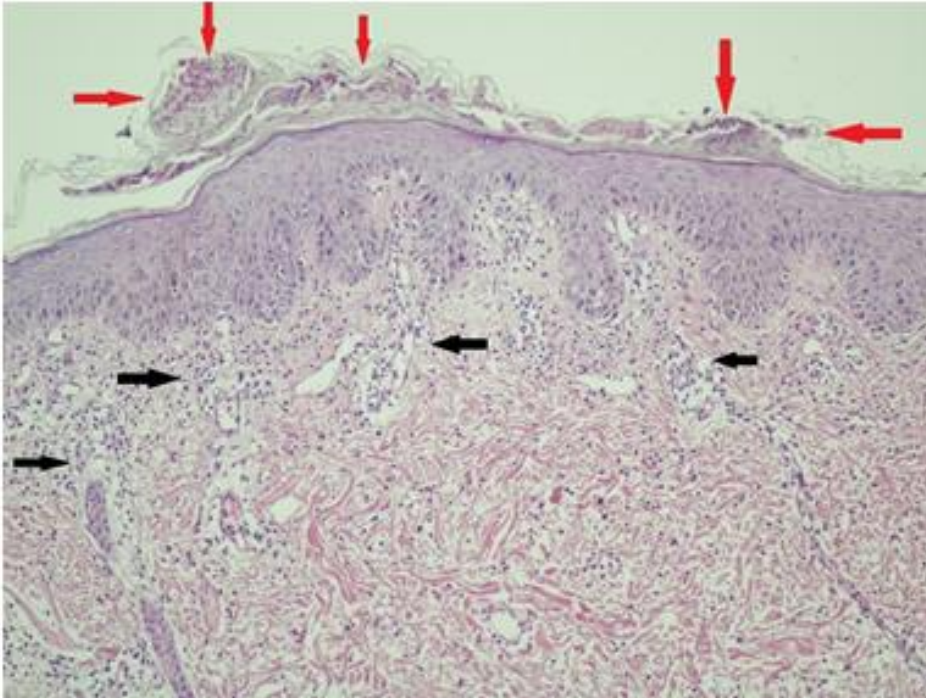
Boyunda eritematöz zeminde nonfoliküler yerleşimli püstüller ve püstül gölcükleri, yer yer sarımsı beyaz kurutlar (\*halka şeklindeki alan, biyopsi işlemi öncesi yapılan işaretlemeye aittir.)

**Resim 2**



*Sağ axillada eritematöz zeminde nonfoliküler yerleşimli püstüller*

**Resim 3**



*Epidermiste spongiöz, korneal ve subkorneal yerleşimli püstüller (kırmızı oklar), dermiste perivasküler ödem ve mikst tipte inflamatuvar hücre infiltrasyonları (siyah oklar) (H&E x10)*

## PS-045

### Ekstremitelerin verrüköz lezyonlarında ayırıcı tanı: Akral mikrokistik lenfanjioma

Burak Akşan<sup>1</sup>, İlknur Okur Akşan<sup>2</sup>, Işıl Deniz Oğuz<sup>1</sup>, İsmet Miraç Çakır<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Giresun

<sup>2</sup>Giresun Üniversitesi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Giresun

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Giresun

Lenfanjiomlar, lenfatik dokunun anormal migrasyonu sonucu oluşan malformasyonlardır. Klinik olarak genellikle deri veya mukozalarda yarı saydam papül ve vezikül grupları olarak yer alırlar. İyi huylu lezyonlar olarak kabul edilse de, lenfanjiomun etkilediği bölgeye ve boyutuna bağlı olarak, hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen lokalize ağrıya veya tekrarlayan enfeksiyonlara yol açabilirler.

Olgumuzda tek bir ayak parmağında sınırlı verrüköz bir plak şeklinde ortaya çıkan geç başlangıçlı lenfanjiomlu bir yetişkin birey sunulmaktadır.

46 yaşında kadın hasta sol ayak 1. parmağında şişlik ve ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hikayesinden şikayetlerinin ilk olarak 3 sene önce başladığı zamanla giderek boyutunun arttığı ve ağrı şikayetinin eklendiği öğrenildi. Herhangi bir travma tarfilemiyordu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde diyabetes mellitus dışında özellik yoktu. Dermatolojik fizik muayenesinde sol ayak birinci parmak distalinde verrüköz görünümlü yumuşak lobüle lezyon izlendi (Resim 1). Laboratuvar incelemelerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Hastanın istenen kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde 1. distal falanks düzeyinde cilt altı dokuda distal falanksı çepçevre çevreleyen T1 ağırlıklı koronal görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı koronal görüntülerde hiperintens ve iv kontrast madde sonrası kontrast tutulumu göstermeyen lobüle konturlu mikrokistik lezyon kistik lenfanjiom ile uyumlu olarak rapor edildi. (Resim 2)

Lenfanjiomlar nadir görülen aynı zamanda lenfatik sistemin konjenital bir anomalisi olarak kabul edilen iyi huylu bir yumuşak doku tümörüdür. Genellikle soliter veya çoğul olarak servikofasiyal bölge başta olarak (%75-90) tüm vücut bölgelerinde görülebilir. Ekstremitelerde yerleşimleri literatürde bildirilen birkaç vakada izlendiği gibi çok nadirdir. Lenfanjiomlar basit (lenfatik kılcal damarlar), kavernoöz (daha büyük fibröz adventisyaya sahip lenfatik damarlar) ve kistik olarak sınıflandırılırlar. Lezyonlar sıklıkla doğumda ortaya çıkar ve %90'dan fazlası 2. yılın sonundan önce tespit edilirler. Lokalize lenfatik malformasyonlar makro veya mikrokistik olabilir. Mikrokistik lenfatik malformasyonlar, ayrıca lenfanjiyom sirkumskriptum olarak bilinen iki santimetreden daha küçük kistik lezyonlardır. Etiyolojileri belirsizdir; bununla birlikte bazı çalışmalarda travmaya ikincil olabilecekleri belirtilmektedir. Ağrı, lokal enfeksiyon, ülserasyon ve en ufak bir travmayı takiben kanama olası komplikasyonlardır.

Olgumuzda olduğu gibi yetişkinlerde geç başlangıç genellikle yerel travmaya ikincil olarak rapor edilmiştir. Olgumuzun hikayesinde herhangi bir sebebiyet verecek durum veya hastalık yoktu. Ayrıca ekstremitelerde ortaya çıkması çok nadirdir. Olgumuz ekstremitede bulunan bir lenfanjiyomun MRG Bulguları ile ilk klinik tanımlamalarından biridir. MRG ile görüntüleme özellikle tanı ve uygulanacaksa ameliyat öncesi evrelemede non-invaziv yöntemler olarak son derece önemlidir. Bu olgu sunumu, yetişkinlikte tek bir ayak parmağıyla sınırlı verrüköz bir plak şeklinde gelişen geç başlangıçlı lenfanjiomlu bir hastayı tanımlamaktadır. Bu nadir görülen durum görüntüleme yöntemleri ile kolayca doğrulanabilir.

Sonuç olarak, vurgulamak isteriz ki, ekstremitelerin verrüköz lezyonlarının ayırıcı tanısında lenfanjiomların dahil edilmesi tanı ve tedavi için önemli yer tutmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** alt ekstremitelerde, kistik lenfanjioma, lenfatik anormallikler

**Resim 1**



*olgu ayak görünüm*

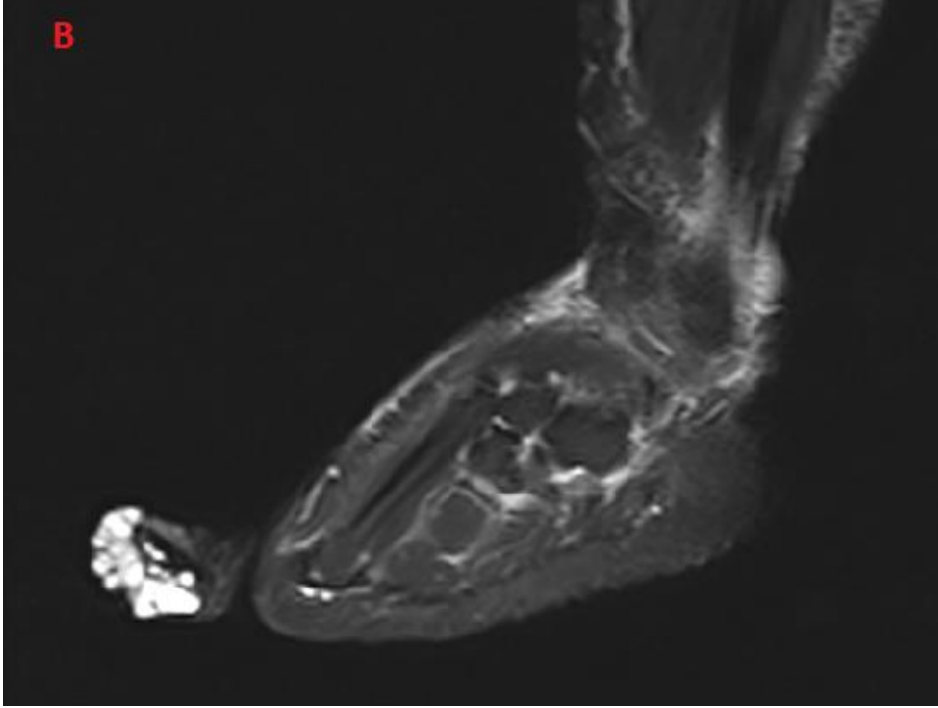
**resim 2a**



*MRG T1 ağırlıklı koronal görüntülerde hipointens*

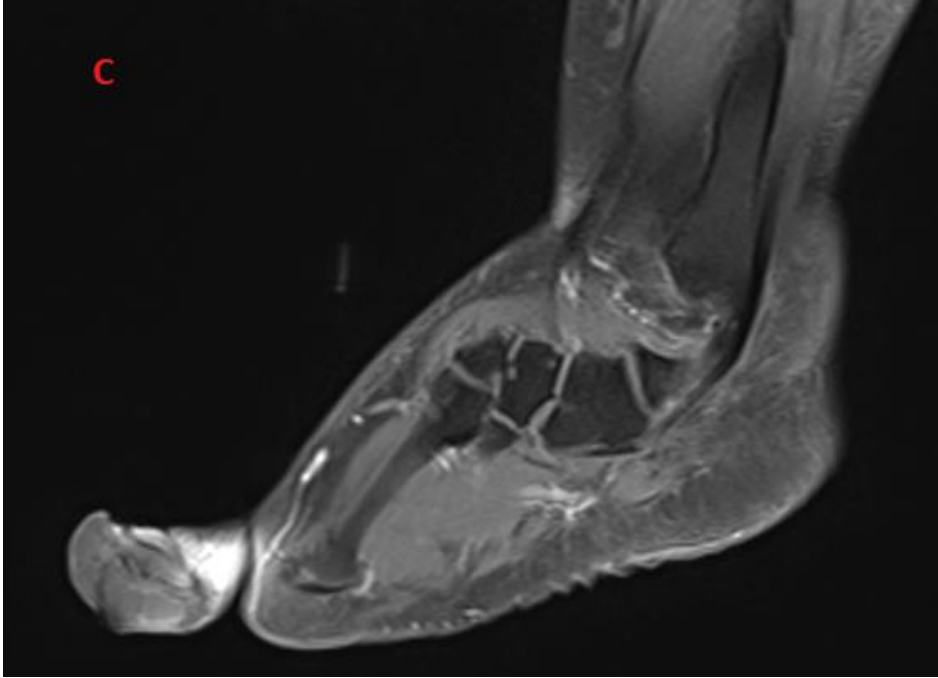


**resim 2b**



*MRG T2 ağırlıklı koronal görüntülerde hiperintens*

**resim 2c**



*MRG iv kontrast madde sonrası kontrast tutulumu göstermeyen lobüle konturlu mikrokistik lezyon*

**PS-046****Kutanöz Munchausen sendromu**

Merve Bingöl, Mehmet Melikoğlu, Merve Hatun Erkayman, Erdal Pala, Handan Bilen  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

Munchausen Sendromu (yapay bozukluk), istemli bir şekilde fiziksel veya psikolojik hastalık belirtileri üretme; hasta rolü oynama ve bunlar aracılığıyla emosyonel doyum sağlama olarak tanımlanabilir. Munchausen sendromlu hastalar tipik olarak hastanelere akut, genellikle olağanüstü hastalıklar ve birden fazla hastaneye yatış öyküsü ile başvururlar. Bu hastalar, tıbbi personelin sürekli ilgilenmesi konusunda ısrarcı olma; ilaç, konsültasyon, laboratuvar testleri ve teşhis prosedürü talep etme eğilimindedirler. Sıklıkla zekidirler, durumları ile oldukça ilgilenirler ve tıbbi terminolojiye hakimdirler. Derinin yapay hastalık oluşturmaya müsaitliği göz önüne alındığında literatür çalışması şaşırtıcı derecede az bildirilen Kutanöz Munchausen sendromu, klinisyenler tarafından bu durumun nadiren teşhis edilebildiğini düşündürmektedir. Burada, hastayı bir bütün olarak değerlendirmenin ve faktisyel hastalıkları her daim akılda tutmanın önemini vurgulamak amacıyla kliniğimizde tanı konulan Kutanöz Munchausen sendromlu bir olgu sunulmuştur. 20 yaşında kadın hasta, bir haftadır sol bacakta yürürken sendeleme ve bacaklarda döküntü şikayetiyle öncelikle hastanemiz Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine başvurdu. FTR kliniğince muayene ve ileri tetkik edilip akut nöromuskuler sistem patolojileri dışlandıktan sonra döküntüler sebebiyle kliniğimize konsulte edildi. Hastanın genel muayenesi doğal, vitalleri stabildi. Yapılan dermatolojik muayenesinde sol diz eklem, yine sol ayak medial malleol ve 1.metatarsofalangeal eklem çevresinde ortası morumsu, kenarlara doğru pembe-kırmızı renkte, basmakla ağrılı ve solmayan, kaşıntısız maküler lezyonlar mevcuttu. Hastadan alınan anamnezde, lezyonların bir hafta önce evde istirahat halindeyken bir anda belirdiği ve fazlaca ağrılı olduğu, yürümekte çok zorlandığı, geçmeyince hastaneye başvurduğu ifade edildi. Ek hastalık yoktu. İlaç, enfeksiyon, allerjen veya iritan maddeyle temas öyküsü vermemekteydi. Fazlasıyla ajite olan hasta, fix ilaç erüpsiyonu? Berloque dermatiti? Covid- 19 ile ilişkili vaskülitik reaksiyon? ön tanıları ile ileri tetkik-tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Covid-PCR, viral seroloji, otoantikörler dahil geniş tetkik edilmesi, lezyonlardan punch biyopsi alınması planlandı. Laboratuvar tetkikleri normal olarak sonuçlandı.

Alınan anamnez ve klinik tablo dermatolojik açıdan fazlasıyla çelişkiliydi.. Sıradışı hikayesi ve lezyonlarının olması sebebiyle nöbetçi doktor tarafından lezyonlar alkolle silinmek istendi. O esnada hasta midisinin bulandığını ifade ederek tuvalete gitmek istedi. Sonrasında, lezyonların alkollü gazlı bez yardımıyla silinmesi ve dermoskopik görünüm ile eksojen pigmentasyon olduğu doğrulandı. Hastaya boya olduğu söylenildiğinde inkar etti. Geçmiş hastane kayıtları araştırıldığında iki yıl önce hipoglisemiyle acil servise başvurduğu, etiyolojik araştırma amaçlı Pediatrik Endokrinoloji kliniğince yatırılıp organik bir neden bulunamayınca taburcu edildiği görüldü. Anamnezde evde insülin kullanan yakını olduğu öğrenildi. Ani gelişen göz çevresi morluğu şikayetiyle defalarca Genel Pediatri polikliniğine başvurduğu, fakat yapılan laboratuvar ve görüntüleme Yöntemlerinin normal olarak sonuçlandığı görüldü. Yine bir yıl önce şiddetli karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurduğu, Çocuk Cerrahi kliniğince acil operasyona alındığı fakat akut patoloji saptanamadığı görüldü. Bilinen kronik rahatsızlığı olmayan 20 yaşındaki kadın hastanın 2015 yılında 24 kez, 2016-2021 yılları arasında da ortalama yılda 10 kez, çeşitli şikayetlerle farklı polikliniklere başvurduğu görüldü. Munchausen sendromu ön tanısıyla Çocuk Psikiyatri kliniğine konsulte edildi. Hasta ve hastanın annesiyle yapılan psikiyatrik muayene sonrası Munchausen Sendromu tanısı konuldu ve psikiyatrik tedavi düzenlendi.

Munchausen sendromunun geç tanı alması, gereksiz tekrarlanan tıbbi test ve operasyonları beraberinde getirmektedir. Derinin kolay ulaşılabilir bir organ olması ve yapay hastalıklar açısından risk altında olması nedeniyle özellikle biz dermatologlara önemli bir görev düşmektedir. Bu açıdan faktisyöz hastalıkları akılda tutmak ve şüpheli durumlarda hastaları ilgili kliniklere yönlendirmek gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Munchausen, faktisyel, kutanöz

**Figür 1.a**



**Figür 1.b**



**Figür 2.a**



**Figür 2.b**



## PS-047

### Bier's Spots ve çomak parmak birlikteliği

Nurcan Metin, Çağrı Turan

Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü

**Giriş:** Bier lekeleri, gelip geçici beyaz maküllerle karakterize fizyolojik bir fenomendir. Çomak parmak parmak uçlarının kütleşmesi, yuvarlak ve belirgin bir hal almasıdır. Bier lekeleri çoğunlukla idiyopatiktir ancak; gebelik, aortik malformasyonlar, kriyoglobulinemi, trombofili, skleroderma renal krizi gibi çeşitli durumlarla da ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Çomak parmak ise en sık; kronik akciğer ve kalp hastalıklarında görülmekle beraber, farklı nedenlerle veya bazen nedeni bilinmeden de olabilir. Bugüne kadar iki durumun birlikteliği bildirilmemiştir.

**Olgu:** 31 yaşında erkek hasta el parmak uçlarında şişlik ve ve görünüm farklılığı nedeniyle başvurdu. Ayrıca ellerinde zaman zaman oluşup geçen beyaz renkli küçük noktacıklardan şikayetçiydi. Dermatolojik muayenesinde her iki el tüm parmak uçlarında, tırnaklarda morumsu renk değişikliği ve çomaklaşma vardı (Resim 1). Ayrıca eller aşağı sarkıtılıp bir süre bekledikten sonra her iki el dorsumunda oluşan düzensiz beyaz makuller dikkat çekiciydi (Resim 2). Eller tekrar yukarı kaldırıldığında kısa süre içinde bu beyaz makuller kayboluyordu. Özgeçmişinde bilinen kronik bir hastalık, sigara, alkol kullanımı, operasyon, travma öyküsü yoktu. Soygeçmişinde babaannesinde de parmaklarında benzer görünüm vardı. Laboratuvar tetkikleri olarak yapılan tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, kriyoglobülin, trombofili paneli, anti nuklear antikor, Anti dsDNA, Anti- Scl antikorları normal düzeylerdeydi. Arteryal ve venöz doppler ultrasonunda patoloji saptanmadı. Kronik akciğer hastalıklarının araştırılması için göğüs hastalıklarına, kronik kalp hastalıklarının araştırılması için de kardiyolojiye yönlendirilen hastada herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Hasta idiyopatik bier lekelerinin ve çomak parmağın eşlik ettiği olgu olarak değerlendirildi. Takip önerildi.

**Sonuç:** Bier lekelerinin ve çomak parmağın nasıl ortaya çıktığı konusunda net bir bilgi yoktur. Ancak bier lekelerinin ariyollerdeki adrenerjik reseptör fonksiyon bozukluğuna bağlı vazospazm sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Çomak parmağın ise bilinmeyen bir sebebe bağlı tırnak yatağında vazodilatasyon ve vasküler konnektif doku da artış sonucu oluştuğu söylenmektedir. Patogenezdeki tam mekanizmanın ne olduğu net bilinmese de her iki durum da vasküler bir patoloji sonrası gelişmektedir. Buda iki fenomen arasında ilişki olabileceğini akla getirir. Patolojideki benzerliğe dikkat çekmek adına bu iki durumun birlikte görüldüğü olguyu sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Çomak parmak, bier lekeleri, vasküler patoloji

**Resim 1**



*El parmak uçlarında morumsu renk değişikliği ve çomaklaşma*

**Resim 2**



*El dorsumunda beyaz düzensiz maküller*

## PS-048

### Otoimmün poliendokrinopati-kandidiyazis-ektodermal distrofi sendromlu bir olgu

Büşra Demirci<sup>1</sup>, Mehmet Şimşek<sup>2</sup>, Vefa Aslı Erdemir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Dermatoloji AD

<sup>2</sup>Bursa İnegöl Devlet Hastanesi Dermatoloji

**Giriş:** Otoimmün poliendokrinopati-kandidiyazis-ektodermal distrofi (APECED) otoimmün regülatuar gen (AIRE) mutasyonunun neden olduğu nöroendokrin ve nonendokrin tutulumun eşlik ettiği nadir görülen otoimmün bir hastalıktır. Klinik tanı için kronik mukokutanöz kandidiyazis, hipoparatiroidizm ve primer adrenal yetmezlik Bulgularının en az ikisinin olması gerekir. Sendromda kandidal onikomikoz, paronişi, alopesi areata, vitiligo ve enamel hipoplazisi de görülebilen dermatolojik Bulgular arasındadır(1).

**Olgu:** 9 yaşında kız hasta 2 ay önce koltuk altlarından başlayıp giderek yayılan beyaz lekeler şikayeti ile başvurdu.

Hasta 5 yıl önce hipoparatiroidik hipokalsemi nedeniyle Tip 1 otoimmün poliglandüler sendrom tanısı almıştı. Adrenal yetmezlik nedeni ile kortizon ve kalsitriol tedavisi başlanmıştı. Çocuk endokrinoloji tarafından takip edilen hastanın 3 yıl önce yapılan renal ultrason incelemesinde medüller kalsinozis saptanmıştı ve lobar bronşit geçirmişti. Büyüme-gelişme geriliği yoktu. Erkek kardeşi 7 yaşındayken kalp hastalığı nedeniyle ölmüştü.

Dermatolojik muayenede hastanın vücudunda yaygın, çok sayıda, dağınık yerleşimli çapları 1-6 cm arasında değişen asemptomatik keskin ve düzenli sınırlı elips şeklinde depigmente yamaları, saçlı deri sağ frontoparietal bölgede poliyozisi vardı. Wood muayenesinde depigmente yamalar fildişi renginde parlak refle verdi. Hastanın sağ 1. ve sol 2. tırnak distalinde subungual hiperkeratoz ve lökonşi saptandı. Oral mukoza normaldi. Dişlerde enamel hipoplazisi vardı. Diğer deri ekleri ve mukoza muayenesinde bir özellik yoktu.

Hastaya vitiligo tanısı konuldu ve topikal takrolimus tedavisi başlandı. Tırnaktan direkt mantar bakısında hif ve sporlar tespit edildi, kültürde üreme olmadı. Tırnaklar için topikal antifungal (klotrimazol) tedavi başlandı. Tırnak distrofisi, dental displazisi ve dirençli hipokalsemi olan hastada APECED başta olmak üzere ektodermal displazilerle seyreden sendromlar ön tanı olarak düşünüldü. Tıbbi genetiğe yönlendirilen hasta klinik Bulgularla APECED sendrom tanısı koyuldu. Genetik inceleme henüz sonuçlanmadı.

**Tartışma:** APECED sendromu nadir, erken tanı konulmazsa ölümcül olabilecek bir sendromdur. Kronik mukokutanöz kandidiyazis, alopesi areata ve vitiligo hastalığın erken bir bulgusu olarak karşımıza çıkabilir. Dermatologların deri Bulguları ile karşılaşan ilk klinisyenler olması nedeni ile bu hastalığın erken tanısında, deri ve sistemik tutulumu ilişkilendirebilmesi önemlidir. Erken tanı konulması endokrinolojik tedavinin de erken başlanmasını sağlayıp hayat kurtarıcı olacaktır. Olgumuz nadir görülmesi ve kronik mukokutanöz kandidiyazis, alopesi areata, vitiligo ve enamel hipoplazisi gibi deri Bulgularının birlikteliğinde APECED sendromunun akla gelmesini vurgulamak amacı ile sunulmaktadır.

#### Kaynaklar

1. Collins SM, Dominguez M, Ilmarinen T, Costigan C, Irvine AD. Dermatological manifestations of autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy syndrome. Br J Dermatol. 2006 Jun;154(6):1088-93.
2. Sharifinejad N, Zaki-Dizaji M, Tebyanian S, Zainaldain H, Jamee M, Rizvi FS, Hosseinzadeh S, Fayyaz F, Hamedifar H, Sabzevari A, Matloubi M, Heropolitańska-Pliszka E, Aghamahdi F, Abolhassani H, Azizi G. Clinical, immunological, and genetic features in 938 patients with autoimmune polyendocrinopathy candidiasis ectodermal dystrophy (APECED): a systematic review. Expert Rev Clin Immunol. 2021 Jun 3:1-11.

**Anahtar Kelimeler:** apeced, vitiligo, alopesi

**Poliozis**



*Poliozis*

**Tinea Unguium**



*Tinea Unguium*



**Tinea Unguium**



*Tines Unguium*

**Vitiigo**



*Vitiligo*

## PS-049

### Coronavac aşısına bağlı gelişen bilateral lokalize akneiform aşı reaksiyonu

Büşra Karaman, Fadime Kılınc, Ayşe Akbaş  
Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Bilim Dalı, Ankara

2020 yılının başından itibaren Covid 19 pandemisi tüm dünyayı etkileyen bir sorun olmaya başladı. Ağustos 2021 itibarıyla 202,608,306 vaka 4,293,591 ölüm bildirildi. 2020 sonlarında immün sistem cevabını sağlayacak aşilar geliştirilmeye başlandı. Bu aşiların piyasaya sürülmesi ile vaka sayıları, ölüm oranları ve hastaneye yatışlar azaldı. Bununla birlikte, aşiların yaygınlaşması sonucunda aşı ilişkili yan etkiler bildirilmeye başlandı. Aşılama sonrası enjeksiyon yerinde ağrı, halsizlik, baş ağrısı, kas-eklem ağrısı, ateş gibi yan etkiler görülebilir. En sık görülen kutanöz reaksiyon lokal enjeksiyon bölgesi reaksiyonlarıdır. Morbiliform erüpsiyon, perniyo, pitriyazis rosea, eritema multiforme gibi çok çeşitli dermatolojik yan etki bildirilmiştir. Biz de burada Coronavac aşısı her iki dozu sonrası ortaya çıkan lokalize akneiform aşı reaksiyonunu sunmak istiyoruz. 43 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta 2.doz Coronavac aşısı yaptırdıktan 2-3 gün sonra başlayan yüzde sivilce benzeri döküntü ve yanma şikayeti ile başvurdu. Sorgulandığında 1. doz aşısı sonrası 3. günde yüzünde yine benzer döküntünün olduğunu, ancak 3-4 gün içinde kendiliğinden gerilediğini belirtti. Dermatolojik muayenesinde yüzde bilateral preaurikuler bölge alt kısımda lokalize eritemli zeminde püstüler lezyonlar izlendi. Lokalize akneiform aşı reaksiyonu olarak düşünüldü. Semptomatik olarak oral antihistaminik, depo steroid ve sulfasetamid losyon verildi Bir hafta sonraki kontrolünde lezyonları büyük oranda gerilemişti.

**Anahtar Kelimeler:** Coronavac, aşı reaksiyonu, akneiform erüpsiyon

#### Akneiform erüpsiyon



2. doz aşısı sonrası görülen akneiform erüpsiyon

#### Akneiform erüpsiyon



2. doz aşısı sonrası görülen akneiform erüpsiyon

**akneiform erüpsiyon tedavi sonrası**



*akneiform erüpsiyon tedavi sonrası gerilemiş*

**akneiform erüpsiyon tedavi sonrası**



*akneiform erüpsiyon tedavi sonrası gerilemiş*

## PS-050

### Çocuk hastada COVID-19 enfeksiyonu ve EBV reaktivasyonu beraberinde varisella-benzeri ekzantem

Eda Hasa<sup>1</sup>, Tuğba Demirel Güğül<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Dermatoloji, Düzce

<sup>2</sup>Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları, Düzce

COVID-19 enfeksiyonu beraberinde başta morbiliform raş, ürtiker, papüloveziküler erüpsiyon, akral lezyonlar ve livedoid erüpsiyonlar olmak üzere çeşitli kutanöz semptomlar izlenebilmektedir. Bu semptomlar, COVID-19'un ilk belirtisi olabilmektedir(1,2). COVID-19 vakalarının %6'sından azını çocuklar oluşturmaktadır ve çocuklarda deri Bulguları daha nadir bildirilmiştir(3). COVID-19'un hücrel immun disfonksiyona neden olarak, Epstein-Barr virus(EBV) gibi latent virüslerin reaktivasyonuna neden olduğu da saptanmıştır(4). EBV ile koenfekte COVID-19 enfeksiyonunun daha şiddetli seyrettiği belirtilmiştir(5). Bizler burada varisella-benzeri döküntü ile başvuran ve EBV koenfekte COVID-19 tanısı alan çocuk hastayı literatür ışığında sunduk.

Yedi yaşında erkek hasta, 3 gün önce başlayan burun akıntısı, öksürük ve 38,5°C ölçülen ateşlenme sonrasında gövdede başlayan, hafif kaşıntılı döküntü şikayeti nedeniyle polikliniğimize konsülte edildi. Varisella enfeksiyonunu 18 aylıkken geçirmişti. Dedesine COVID-19 tanısı konulmuştu. Fizik muayenesinde ateşi 36,5°C idi. Dermatolojik muayenesinde, karında yaygın monomorfik papüloveziküller izlendi (Resim-1). Oral mukoza salimdi ve palmoplantar lezyon yoktu. Nazofaringeal sürüntüsünde COVID-19 real time PCR pozitif saptandı. Laboratuvarında ASO 405 IU/mL (0-200), EBV VCA IGG pozitif, EBV VCA IGM pozitif, EBV EBNA IGG pozitif, EBV EBNA IGM pozitif, Varisella zoster IGM negatif saptandı. Direkt akciğer grafisinde pulmoner tutulum izlenmedi. Hasta COVID-19 beraberinde EBV reaktivasyonu olarak değerlendirildi. Hastaya difenhidramin, kafur, çinko oksit, kalamın içeren losyon ile semptomatik tedavi verildi. Bir hafta sonra kontrol muayenesinde lezyonların skarsız gerilediği gözlemlendi.

Kutanöz belirtiler COVID-19'un çocuklardaki ilk ve bazen de tek belirtisi olabileceğinden akılda tutulmalı, şüphelenildiğinde PCR örneği alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, EBV, varisella-benzeri ekzantem

#### Resim-1



*Karında yaygın, monomorfik papüloveziküller*

## PS-051

### Verruka genitalis tedavisinde %85 Tca Uygulaması: Olgu sunumu

Malik Güngör, Ayşe Akman Karakaş

Akdeniz Üniversitesi,Deri Ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Antalya

Giriş ve Amaç: İnsan papilloma virüsü (HPV) zarfı olmayan,sferik protein kapside sahip ve çift sarmallı DNA taşıyan bir virüsdür.HPV tip 1 genellikle ayak tabanlarını enfekte eder ve plantar verrukalara neden olurken,HPV tip 6 ve 11 anogenital bölgeyi enfekte eder ve anogenital verrukalara neden olur. Anogenital verrukaların tedavisinde imikvimod, podofilotoksin, kriyoterapi, Tricloroasetik asit(TCA), elektrocerrahi ve cerrahi eksizyon tedavileri uygulanmaktadır. Biz burada olguyu TCA uygulamasının genital verrukada tedavi seçenekleri arasında olduğunu vurgulamak için sunmayı amaçladık.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta 4-5 aydır subrapubik bölgede var olan 3\*2 cm boyutlarında verrüköz plak şikayetiyle başvurdu.Hastanın lezyonuna kaşıntı eşlik ediyordu. Dermoskopik muayenesi verruka ile uyumluydu. Hasta daha önce bu hastalığı için herhangi bir tedavi almamıştı. Hastaya birer hafta arayla %85 TCA 2 seans uygulandı. 2 seans sonunda lezyon tamamen geriledi,4 aylık izlemde rekürrens gözlenmedi.

Sonuç: TCA deri ve mukozalarda uygulama sayısı ve konsantrasyonuna göre değişen seviyelerde kontrollü hasar oluşturarak uygulanan bölgede soyulmaya neden olmaktadır.Doktor tarafından, ahşap veya pamuk uçlu bir aplikatör ile doğrudan siğil yüzeyine dikkatli bir şekilde uygulanır. Genellikle haftalık olarak uygulanır. Papüler lezyonlara uygulamak daha uygun olmakla birlikte keratinize ve büyük lezyonlarda çevreye taşma olasılığına dikkat edilmesi önerilmektedir. Aşırı ve çevredeki sağlam alana uygulamalar skara neden olabilir, bu nedenle çevredeki sağlam derinin vazelin ile korunması tavsiye edilir.Uygulanan yer ise su ve %5'lik sodyum bikarbonat ile nötralize edilebilir ancak çevre dokuyu koruyan bu uygulamalar yapılmadığında çevre dokuda rekürrens daha az olduğu da düşünülmektedir.Optimal olarak kullanıldığında, skar bırakmadan iyileşir.Literatürde TCA uygulaması %56-94 tam kür oranları ve %36 tekrarlama oranı olup hamilelik sırasında güvenle kullanılabilir. Bu olgu, tek,plak verruka genitaliste pratikte,doktor tarafından uygulanan TCA %85 ile tedavinin etkili,güvenli bir seçenek olabileceğini hatırlatmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Genital Verruka,İnsan Papilloma Virüsü,Trikloroasetik Asit

**Figür 1**



*Suprapubik bölgede genital verruka*

**Figür 2**



*İlk seans Tca %85 uygulamasından bir hafta sonra*

**Figür 3**



*İkinci seans Tca %85 uygulamasından bir hafta sonrası*

## PS-052

### Bilateral nevoid telenjektazi: Olgu sunumu

Ahmet Demir, Aslı Bilgiç, Cumhur İbrahim Başsorgun, Erkan Alpsoy  
Akdeniz Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya

Unilateral nevoid telenjektazi (UNT), genellikle gövdenin üst kısmında görülen ve tipik olarak C3-T4 dermatomları bölgesinde unilateral dermatomal yerleşim gösteren yüzeysel telenjektazilerdir. Tam olarak nedeni bilinmese de puberte, hamilelik ve karaciğer hastalıklarında prevalansı daha yüksek olduğu için hiperöstrojenik durumlarla ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Telenjektazilerin olduğu dermatomal alanda, östrojen reseptör artışının olduğu düşünülmektedir. Bilateral nevoid telenjektazi (BNT) ise unilateral nevoid telenjektazinin bilateral dağılım gösteren atipik, oldukça nadir görülen bir varyantıdır.

Biz, nadir görülmesi ve diğer bazı vasküler ve tümoral dermatolojik hastalıklarla ayırıcı tanıya girebilmesi nedeniyle bilateral nevoid telenjektazili hastamızı sunuyoruz.

49 yaşında erkek hasta kliniğimize sırttaki yaygın döküntü şikayeti ile başvurdu. Hasta asemptomatik ve herhangi bir kardiyovasküler, romatolojik, hematolojik ve karaciğer rahatsızlığı yoktu. Aile öyküsünde benzer lezyonlara sahip biri yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sırtta; yüzeysel telenjektazilerin yaygın olarak izlendiği, eritematöz makül ve yamalar mevcuttu. Dermoskopik muayenesinde yaygın telenjektaziler görüldü. Hastanın laboratuvar testleri normaldi. Hastanın lezyonlarından alınan biyopsi sonucu yapılan histopatolojik çalışmada epidermis ve dermiste çapı artmış, çok sayıda kapiller damar gözlemlendi. Hastaya; klinik, dermoskopik ve histopatolojik değerlendirmelerin sonucunda bilateral nevoid telenjektazi tanısı konuldu. BNT dermatomal dağılımda tipik spider telenjektazilerle prezente olan UNT'nin bir analogudur. Şu ana kadar yaklaşık olarak 100 den fazla nevoid telenjektazi vakası tanımlanmıştır ve bunlardan sadece birkaçı unilateral nevoid telenjektazinin bir tipi olan bilateral nevoid telenjektazidir. Benzer klinik görünüm ile gelen olgularda BNT tanısı düşünülmeli ve etiyolojideki sebepler araştırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** bilateral, östrojen, telenjektazi, unilateral

**Figür 1**



*Olgunun gövde arka yüzü*

## PS-053

### Sadece Pigmenter Değişikliklerle Karakterize Segmental Nörofibromatozis; Nadir Bir Olgu

Secil Yigen İritas<sup>1</sup>, İlter İritas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Afyonkarahisar Sandıklı Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Afyonkarahisar

<sup>2</sup>Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Oftalmoloji Kliniği, Afyonkarahisar

Nörofibromatozis (NF) heterojen bir genetik hastalıktır. Segmental NF (nörofibromatozis tip V) ise, NF'nin nadir bir alt tipidir ve çoğunlukla dermatolojide cafe´-au-lait maküllerinin, çillenmenin ve/veya nörofibromların genellikle tek taraflı olarak sınırlı dağılımını tanımlamak için kullanılır. Segmental NF sıklığı yaklaşık %0.0014 - %0.0018 arasındadır. Segmental NF klinik olarak, sadece pigmenter değişiklikleri olan, sadece nörofibromları olan, hem pigmenter değişiklikleri hem de nörofibromları olan ve izole pleksiform nörofibromları olanlar şeklinde dört gruba ayrılabilir. 30 yaşında kadın hasta çocukluktan beri bulunan ve giderek sayıları artan vücuttaki kahverengi lekeler nedeniyle başvurdu. İlk kez 12 yaşında lekeleri fark ettiği öğrenildi. Özgeçmişinde özellik ve ilaç kullanımı yoktu. Dermatolojik muayenesinde sol gövde ve sol sırt bölgesinde çok sayıda 3x1, 2x1, 1,8x1cm ve daha küçük çaplarda cafe-au-lait makülleri, sol aksiller bölgede çillenme mevcuttu. Nörofibromu yoktu. Göz hastalıkları konsültasyonunda lish nodülleri saptandı. Nörolojik muayenesinde patoloji izlenmedi ve kranial MRI incelemeleri normaldi. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi.

NF 'li hastalar belirli maligniteler açısından yüksek risk altındadır. Bu fenomen Segmental NF hastalarında da gözlenir. Segmental NF ile ilişkili maligniteler arasında periferik sinir kılıfı tümörü, malign melanom, meme kanseri, kolon kanseri, mide kanseri, akciğer kanseri ve Hodgkin lenfoma yer alır. Olgumuzdaki gibi nörofibrom bulunmadan sadece pigmenter değişiklikler ile karakterize Segmental NF'li olgular hem hastaların dermatoloji hekimine başvurmaması hem de nörofibrom eşlik etmediği için Segmental NF tanısı akla gelmemesi sebebiyle atlanabilir. Hastaların malignite açısından taranması ve takip edilmesi, gerekli durumlarda genetik danışmanlık alabilmesi için Segmental NF tanısının akla gelmesi önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Nörofibromatozis tip 5, Segmental nörofibromatozis,

#### Resim 1



Sol koltuk altında çillenme ve cafe´-au-lait makülü



**Resim 2a ve 2b)**



*Slit lamp biomikroskopik muayenesinde x6 vex25 büyütmeye lish nodülleri*

## PS-054

### Pemfigusun klinik özellikleri ve seyri

Cahit Ülker

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Pemfigusun klinik seyrini çok sayıda faktör etkilemektedir. Bu çalışmada, literatürde bildirilenlerin yanı sıra tanıda gecikme, tedavi ve kontrollere gösterilen uyum, tedavi protokolleri, lezyon yerleşim yeri, tedaviye dirençli lezyonların yerleşim yeri gibi faktörlerin pemfigusun klinik seyri üzerine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Burada retrospektif olarak büllü hastalıklar polikliniğinde 2005-2010 yılları arasında takip edilen ve histopatolojik incelemeye ek olarak DİF, İİF, ELİSA Yöntemleriyle tanı konan 61 pemfigus hastası (ortalama yaş=53.03±13.9; K/E=1.7/1; takip süresi=37.7±32.2 ay) alındı. Hastaların demografik özellikleri, klinik Bulguların ortaya çıkışı kronolojik olarak incelendi. Sosyodemografik özelliklerin, tanıda gecikmenin, tedavi ve kontrollere gösterilen uyumun klinik seyre etkisi değerlendirildi. Dirençli lezyonların gelişimini, hastalık şiddetini ve remisyonu etkileyebilecek faktörler araştırıldı

**Bulgular:** Hastalarımızın % 65'inde başlangıçta oral lezyon bulunmaktaydı. Ağız içerisinde en sık tutulum yeri yanak (%37) mukozasıydı. Başlangıç lezyonu ağız mukozası olanların takipleri sırasında atakların ve tedaviye dirençli lezyonların yine daha çok ağızda ortaya çıktığı saptandı (p=0.01). Takip ve tedaviye uyum gösteren hastalarda göstermeyenlere göre PDAI değerlerinde belirgin bir azalma saptandı (p=0.02). Sistemik kortikosteroid (KS) tedavisine ek olarak kullanılan intralezyonel KS tedavisinin, tek başına KS kullanımına göre VAS ve ağız PDAI değerlerinde belirgin derecede azalma sağladığı gösterildi (p=0.03). Kombine tedavinin KS tedavisine bağlı osteoporoz ve Diyabetis Mellitus (DM) gelişim riskini arttırmadığı saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Takip ve tedavilere uyumun hastalığın klinik seyrini olumlu etkileyebileceği hastalara anlatılmalıdır. Tedaviye dirençli lezyonların ve atakların yerleşim yerlerinin daha çok hastalığın başlangıç yerinde olduğu dikkate alınmalıdır. İntralezyonel KS, özellikle ağız bölgesindeki dirençli lezyonların tedavisinde sistemik KS'ye ek olarak önerilebilir. Osteoporoz gelişiminin, KS kullanım süresiyle, DM gelişiminin ise daha çok aile öyküsü ve başlangıç VKİ ile ilişkili bulunması, yan etkilerin saptanması ve önlenmesi açısından uyarıcı olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Pemfigus, Klinik, Seyir

## PS-055

### Meme kanseri tanısını kutane metastaz ile alan bir erkek hasta: Olgu sunumu

Gülnihal Yavuz<sup>1</sup>, Zennure Takçı<sup>1</sup>, Faik Alev Deresoy<sup>2</sup>, Atiye Akbayrak<sup>1</sup>, Havva Yıldız Seçkin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

<sup>2</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Tokat

**Giriş:** Amaç: Erkeklerde meme kanseri kadınlarla kıyaslandığında nadirdir. Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de meme kanseri insidansı yaşla birlikte artmaktadır ve erkekler tanı anında kadınlardan yaklaşık 5 ila 10 yaş daha büyüktür. Bir rapor insidansın son 25 yılda %26 arttığını göstermektedir. Biz de burada meme kanseri tanısını kutane metastaz ile alan bir erkek hasta sunduk.

**Olgu:** 59 yaşında erkek hasta, 1 ay önce sol memesinde fark ettiği ağrısız, deride çekilme yapan kırmızı sertlik şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın genel durumu iyi olup sistemik muayenesi normaldi. Dermatolojik muayenesinde sol meme subareolar bölge lateral segmentte yaklaşık 1,5 cm çapında ağrısız, eritemli, merkezinde çekinti gösteren, palpasyonda sert ve yaklaşık 5 cm çapında infiltrate plak saptandı. Bilateral aksiller lenfanopati saptanmadı. Plaktan meme kanseri kutane metastaz ön tanısıyla 4mm punch bx alındı. Histopatolojik incelenede, hafif akantotik epidermis altında yüzeysel dermisten itibaren hemen hemen tüm dermal alanlarda izlenen tümöral infiltrasyon dikkati çekti. Tümör, epidermis ile hiçbir alanda temasta olmayıp, yüzeysel dermal sahalarda dilate lenfatik vasküler yapılar içerisinde izlenmekteydi. Tümör, 8-10 hücreli küçük solid gruplar ve adalar halinde organize olan, iri veziküler nükleuslu, soluk eozinofilik boyanan poligonol sitoplazmalı, sitoplazma sınırları belirgin epiteloid karakterde hücrelerden oluşmaktaydı. Tümöral odaklarda bazıları atipik mitotik figürler izlenmekteydi. Tümörün natürünü ortaya koymak amacıyla, hazırlanan kesitlere mikropolimer bazlı otomatize sistem kullanılarak (Leica Bond Max©) östrojen reseptörü (ER), progesteron reseptörü(PR), GCDFFP-15, NY-BR-1, C-ERB-B2 ve Ki-67 immünohistokimyasal markerları uygulandı. Tümörde ER ve PR ile kuvvetli nükleer ekspresyon, GCDFFP-15 ile sitoplazmik ve membranöz ekspresyon mevcuttu. NY-BR-1 ve C-ERB-B2 ile zayıf ekspresyon görülmekle birlikte, Ki-67 ile proliferasyon yaklaşık %20 olarak hesaplandı. Mevcut histomorfolojik ve immünohistokimyasal Bulgular sonucunda olgu, kutanöz meme karsinomu metastazı ile uyumlu olarak değerlendirildi. PET de sol memede tanımlanan lezyonda, sol aksillada ve mediastende tanımlanan lenf nodunda patolojik artmış 18FDG tutulumu izlendi. Mevcut durumuyla cerrahi operasyon uygun görülmeyen hastaya 12 haftalık paklitaksel kemoterapisi planlandı ve hasta şimdiye kadar 3. dozunu aldı.

**Sonuç:** Meme kanserli erkeklerin çoğu genellikle ağrısız olan ve yine genellikle subareolar yerleşen bir kitle ile başvururlar. Sol meme sağ memeden biraz daha sık tutulur ve vakaların %1'inden azı iki taraflıdır. Meme başı retraksiyonu, ülserasyon veya kitlenin cilde veya alttaki dokulara fiksasyonu gibi cilt değişiklikleri görülebilir. Aksiller lenfadenopati daha çok ileri vakalarda görülür. Kadınlarda görülen meme kanseri histolojik alt tiplerinin çoğu erkeklerde de mevcut olsa da %85-90 invaziv duktal karsinom şeklindedir ve nadiren lobüler karsinom teşhisi konur. Lobuler alt tipin az görülmesi normal erkek memesinde asin ve lobül yapısı azlığından kaynaklanır ancak bu yapılar da östrojenik stimülasyon bağlamında indüklenebilirler. Meme kanseri olan erkeklerin yaklaşık %15 ila 20 sinde aile öyküsü vardır ve bu oran genel erkek nüfusunun sadece %7 sidir. Burada deri metastazı sonucunda meme karsinomu tanısı alan bir erkek hasta nadir görünümü nedeniyle sunulmuştur.

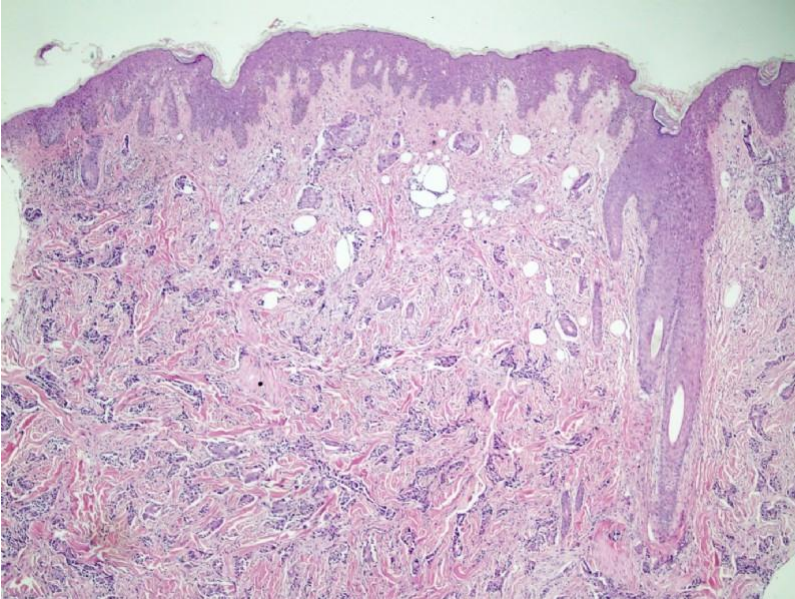
**Anahtar Kelimeler:** erkek, meme kanseri, metastaz

**RESİM 1:**



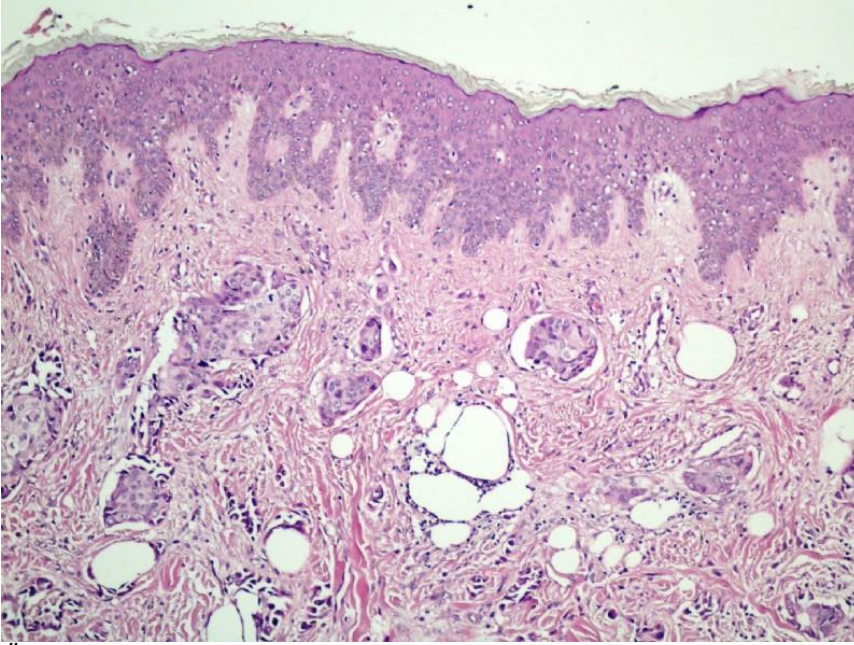
*Sol meme subareolar bölgede dış kadranda yaklaşık 1,5 cm çapında olan ağrısız, eritemli, sert plak*

**RESİM 2:**



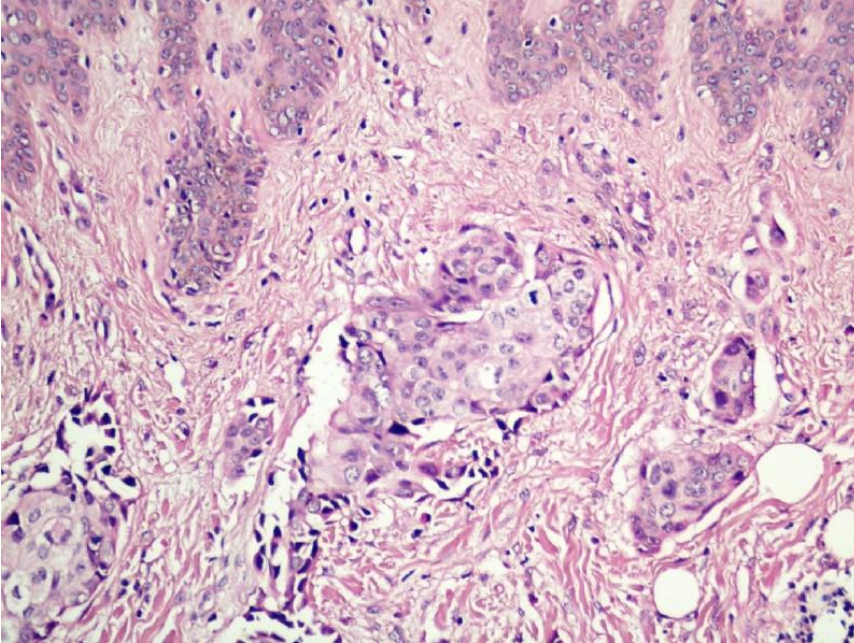
*Deri punch biyopsi örneğinin H&E kesiti. Yüzeşte hafif irregüler akantotik epidermis ve altında, hemen hemen tüm dermal alanlarda pleksiform tümöral infiltrasyon adaları izlenmektedir. (Büyütme: x4).*

**RESİM 3:**



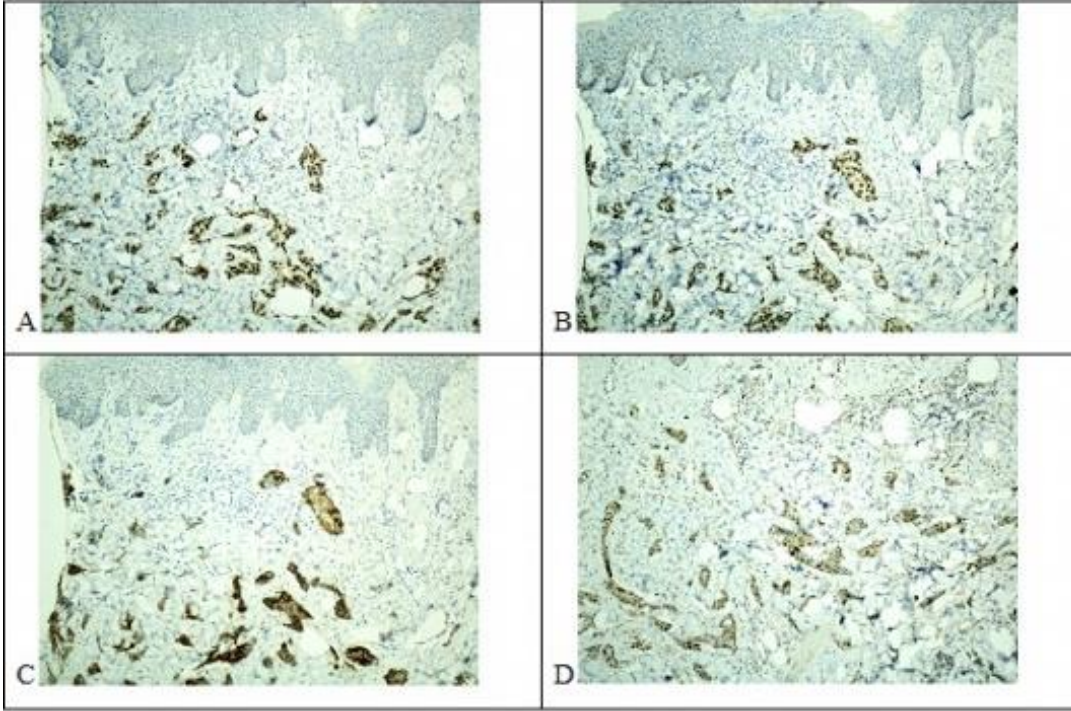
*Özellikle yüzeysel dermiste belirgin olarak lenfatik vasküler yapılar içinde tümör adaları izlenmektedir ( Büyütme: x10).*

**RESİM 4:**



*Tümörü oluşturan hücreler, bazıları belirgin nükleol içeren düzensiz veziküler nükleuslu, sınırları belirgin soluk eozinofilik sitoplazmalı poligonal karakterde izlenmektedir. Tümörde atipik mitotik figürler mevcuttur (Büyütme: x20).*

**RESİM 5:**



*İmmünohitokimyasal analiz sonuçları. A: ER, B:PR, C:GCDFP-15, D:Ki-67*

**PS-056****Geç çocukluk döneminde başlayan bir eritrokeratoderma variabilis olgusu**İsmail Dağ<sup>1</sup>, İlkay Can<sup>2</sup>, Sevgül Dayar Kırılmaz<sup>3</sup><sup>1</sup>Ezine Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Çanakkale<sup>2</sup>Burhaniye Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Balıkesir<sup>3</sup>Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği, Çanakkale

Giriş ve Amaç: Eritrokeratoderma variabilis (EKV) nadir rastlanan ve otozomal dominant geçiş gösteren bir genodermatozudur. Sabit, kahverengimsi eritematöz hafif keratotik plaklar ve gezici karakterde, eritemli maküler lezyonlarla karakterizedir. Hiperkeratotik plaklar özellikle yüz, kalça ve ekstremitelerin ekstensör yüzlerine yerleşir. EKV'de palmoplantar keratoderma görülebilir. Bu hastalıkta saçlar, tırnaklar ve müköz membranların tutulması beklenmez. EKV'de lezyonlar genellikle asemptomatik ve kronik seyirlidir. Bazen yanma, kaşıntı eşlik edebilir. Lezyonlar genellikle doğumda ya da doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde ortaya çıkar. Ancak nadiren başlangıcı çocukluğun daha geç dönemlerine rastlayan ya da erişkin dönemde olan olgular da bildirilmiştir. EKV aile içi ve aileler arası penetransı değişkenlik gösteren bir genodermatozudur. Yapılan çalışmalarda EKV'li ailelerin bir kısmında "connexin 31" adlı proteini kodlayan gende mutasyonlar gösterilmiştir. Bu mutasyonların hücreler arası iletişimi ve epidermal diferansiyasyonu bozarak hastalığın etyopatogenezinde rol oynayabileceği düşünülmektedir. Hastalığın ayırıcı tanısında figüre eritemler, tinea korporis, iktiyozis linearis sirkumfleksa ve progresif simetrik eritrokeratoderma düşünülür. Hastalığın özgün histopatolojik özelliği yoktur, hiperkeratoz, parakeratoz ve akantoz gibi epidermal değişiklikler saptanır. Tanı çoğunlukla klinik Bulgular ile konur. Hastalığın tedavisinde lokal olarak üre, salisilik asit ve retinoit içeren preparatlar kullanılabilir. Ayrıca topikal kortikosteroidten faydalanan olgular da bildirilmiştir. Kronik seyir gösteren EKV'nin tedavisinde ise etretinat, asitretin ve izotretinoin ile başarılı sonuçlar alınabilir. Bizim olgumuzun Bulgularının, beklenenin aksine geç çocukluk döneminde ortaya çıkmış olmasının, nadir görülen bu hastalığı daha da dikkat çekici hale getirdiğini düşünerek olguyu sunmayı uygun bulduk.

Olgu: 17 yaşında erkek hasta, yaklaşık üç yıldır var olduğunu belirttiği, kollarda, bacaklarda, bel bölgesi ve gluteal bölgede daha belirgin olmak üzere yer yer hafif kabuklu, pullanan, hafif kızarıklık lezyonlar şikayetiyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Lezyonların ara sıra hafif kaşınması dışında Bulgular hastaya rahatsızlık vermiyordu. Yapılan dermatolojik muayenede, üst koldan aksiller bölgeye doğru uzanan ve sakral bölgeden gluteal bölgeye doğru uzanan kahverengimsi hafif keratotik plaklar ile bacaklarda ve gövdede yer yer hafif eritemli maküler lezyonlar saptandı. Hastanın kasık bölgesinde uzun süre topikal steroidli krem kullanımına bağlı olduğu düşünülen striaların oluşmuş olduğu gözlemlendi. Hasta mevcut hastalığı için dönem dönem hastaneye başvurduğunu ama verilen tedavilerden (orta-güçlü potent steroidli krem ve sistemik antihistaminik) kısmen fayda görse de tedaviyi bıraktıkça şikayetlerinin tekrarladığını belirtti. Benzer şikayetlerinin ailede babasında da dönem dönem oluştuğunu, ancak ona çok rahatsızlık vermediği için doktora gitmediğini söyledi. Hastanın yapılan tetkikleri (hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, lipid parametreleri, tam idrar tetkiki) normaldi ve bilinen ek hastalığı yoktu. Hastadan alınan punch biopside hafif hiperkeratoz, hafif akantoz ve yüzeysel dermiste perivasküler lenfosit infiltrasyonu izlendi. Hastanın anamnez, klinik ve histopatolojik Bulguları değerlendirilerek hastaya EKV tanısı konuldu. Hastaya 0,5 mg/kg/gün dozunda sistemik izotretinoin ve % 10 üre içeren topikal nemlendirici losyon tedavisi başlandı.

Sonuç: EKV, nadir görülen ailesel geçişli bir dermatozdur. Özellikle çok erken yaşta başlıyor olması, kronik bir seyir göstermesi ve tekrarlama eğilimli olması nedeniyle akılda tutulması gereken bir hastalıktır. Bizim olgumuzun Bulgularının, beklenenin aksine geç çocukluk döneminde ortaya çıkmış olmasının, nadir görülen bu hastalığı daha da dikkat çekici hale getirdiğini düşünerek tebliğini uygun bulduk.

**Anahtar Kelimeler:** eritrokeratoderma variabilis, genodermatoz, keratinizasyon bozukluğu,

**aksiller bölgede kahverengimsi hafif keratinize plak**



*aksiller bölgede kahverengimsi hafif keratinize plak*

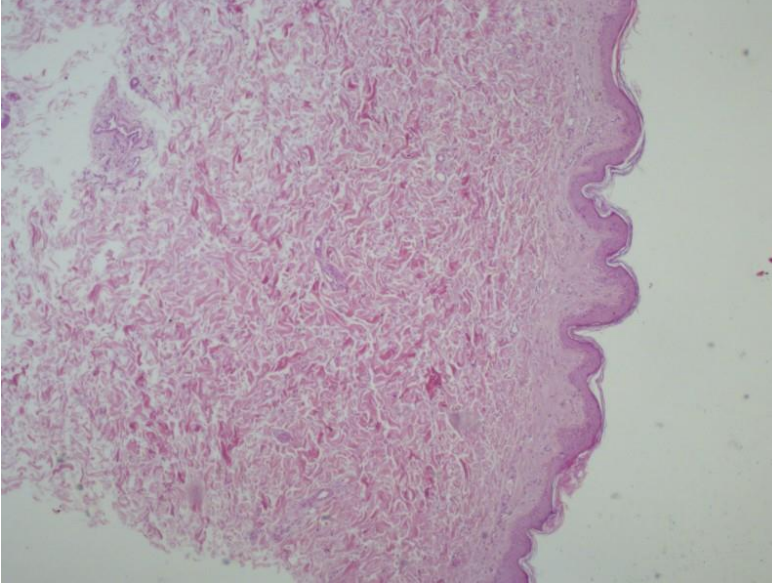
**bacak arka yüzden gluteal bölgeye uzanan kahverengimsi plak**



*bacak arka yüzden gluteal bölgeye uzanan kahverengimsi plak*



**olgunun histopatolojisi**



*olgunun histopatolojisi*

**üst bacak ön yüzde eritematöz maküler lezyon**



*üst bacak ön yüzde eritematöz maküler lezyon*

## Ps-057

### Medial kantus komşuluğunda olan keratoakantom lezyonunun eksizyonu

Sabir Hasanov<sup>1</sup>, Metin Suleymanzade<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicana International Ankara Hastanesi, Dermatoloji, Ankara

<sup>2</sup>Beylikdüzü Kolan Hastanesi, Göz Hastalıkları, İstanbul

**Giriş:** Son zamanlarda dermatoloji camiası içinde dermatolojik cerrahi işlemler giderek artan sıklıkta uygulanmaktadır. Bu cerrahi işlemlerin arasında dermatolojik benign veya malign tümörlerin tanısız veya tedavi amaçlı eksizyonu ve cerrahi alanın primer veya farklı flepler yardımı ile kapatılması da sık yapılmaktadır. Bu vakamızda size sağ göz medial kantusuna yakın yerleşimli lezyonun patolojik incelemeye gönderilmek üzere keratoakantom ön tanısı ile eksizyonu ve cerrahi alanın primer kapatılması vakasını paylaştık.

**Olgu:** 65 yaş kadın hasta 1 yıldır sağ göz yakınında olan kabarık yara şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hastanın özgeçmişinde daha önce meme kanseri nedeniyle operasyon ve radyoterapi hikayesi mevcuttu. Fiziki muayenede sağ göz medial kantusun 4 mm superomedialinde yerleşmiş, 4-5x6-7 mm ebatlarında, deriden kabarık, sert, eritemli, üzerinde telenjiektazik vasküler yapıların olduğu, orta kısmının basık olduğu ve bu bölgeyi sarı renkli keratotik dokunun doldurduğu nodüler lezyon mevcuttu (Resim 1). Bunun dışında hastanın burun dorsumunda ve aynı göz lateral kantustan yaklaşık 1 cm lateralde yerleşmiş, atrofik skar dokusu da mevcuttu (Resim 2). Hasta bu bölgelerden de "ben" alındığını ve sonuçlarının "iyi" geldiğini belirtti (patolojik raporlara ulaşamadı). Hastadan işlem öncesinde tam kan sayımı, kanama profili, hepatit ve HIV markerleri ve VDRL bakıldı. İşlem öncesinde hastaya damar yolu açıldı ve midazolam ile sedasyon sağlandı. Cerrahi alan povidon iyodür ile temizlendi ve çevre alan cerrahi steril örtü ile kapatıldı. Eksizyon yapılacak bölge kalem ile işaretlendi ve eksizyon hattı boyunca adrenalini lidokain ile infiltrasyon anestezi yapıldı (adrenalinin vazokonstriktif etkisinden de faydalanmak için). Lezyonun inferolateral sınırı medial kantusa yakın olduğundan o bölgede lezyon çevresinde 1 mm sağlıklı deri bırakıldı. Lezyonun diğer kısımlarında ise 2 mm sağlam deri bırakılarak elips eksizyon ile lezyon total olarak alındı. Eksizyon alanının medial hattına subsizyon işlemi yapıldı. İşlem alanında kanama kontrolü yapıldıktan sonra kesi ağızları 6-0 vikril suture ile primer olarak kapatıldı (Resim 3). Hastaya işlem yerine 2 gün su değdirmemesi ve sabah-akşam olmak üzere günde 2 kez antibiyotikli sürmesi önerildi. 1 hafta sonraya kontrole çağırılan hastanın sütürleri alındı. Kontrol muayenesinde işlem bölgesinde pürülan akıntı, hassasiyet, yara ağızları arasında krut izlenmedi. Alınan dokunun patolojik inceleme sonucu da keratoakantom ile uyumlu olarak raporlandı.

**Sonuç:** Son yıllarda benign veya malign deri tümörlerinin cerrahi olarak alınması ve tırnak cerrahisi gibi cerrahi girişimlerin dermatologlar tarafından yapılma sıklıklarında artış izlenmektedir. Bu konuda Türk Dermatoloji Derneğinin, dermatolojik cerrahi ile meşgul olan dermatologların ve bireysel arkadaşlıklar çerçevesinde diğer cerrahi branş doktorlarının büyük katkısı olmaktadır. Dermatocerrahi işlemlerde öncelikli olarak işlem yapılacak bölgenin cerrahi anatomisinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Cerrahi işlemden önce işlemin tekniksel olarak nasıl yapılacağı ve bu süreçte hangi malzemelere ihtiyaç olacağı planlanmalıdır. Lezyonun periokuler bölge gibi özel bir bölgede yerleşmesi sebebiyle bu eksizyon vakasını paylaşmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** dermatocerrahi, dermatolojik cerrahi, eksizyon, keratoakantom, keratoakantom eksizyonu

**Resim 1**



*Lezyonun makro görüntüsü*

**Resim 2**



*Burun dorsumunda ve sağ göz lateralinde temporal bölgede önceki cerrahi işlemlere ait skar dokular*

**Resim 3**



*Lezyon total olarak eksize edildikten sonra cerrahi alan vicryl sutureler ile primer olarak kapatıldı*

## Ps-058

### Sülük tedavisi sonrası gelişen osteoma kutis olgusu

Emine Argüz

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

38 yaş kadın hasta sırtta sağ scapula inferiorunda kızamık bir lezyonu olduğunu ve lezyonun 1,5 yıldır değişiklik göstermediğini belirtti. Bu lezyona sülük tedavisi uygulanması sonrası sertlik ve beyazlama eklenmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Sülük tedavisi öncesinde beyazlık ve sertlik olmadığını belirtti. Lezyon inspeksiyonda düzensiz kenarlı, deriden kabarık, beyaz, kenarları eritemli, yaklaşık 2,5x3 cm genişliğinde palpasyonda normal dokudan oldukça sert olarak değerlendirildi (Resim 1). Hasta özgeçmişte hashimato tiroiditi, bu hastalık için levotiroksin kullanımı dışında ek özellik belirtmedi. Lezyondan yapılan punch biyopsi sonucu dokuda osteoid alanları masson boyama ile gösterilmiş olup "Osteoma Kutis" olarak raporlandı. Yapılan tetkiklerinde parathormon yüksekliği, B12 ve ferritin düşüklüğü saptanan hasta endokrin kliniğine konsülte edildi. Parathormon yüksekliği endokrinoloji tarafından D vitamini eksikliğine sekonder hiperparatiroidi olarak değerlendirildi. Hastaya cerrahi eksizyon önerildi. Primer lezyonu bilinmeyen hastanın sülük tedavisi sonrasında altta yatan sekonder hiperparatiroidiye bağlı sekonder osteoma cutis vakası olarak değerlendirildi. Yerleşim bölgesi atipik olmakla birlikte travma (sülük tedavisi) öyküsü olan hastada sekonder hiperparatiroidinin eşlik etmesinin osteoma kutis kliniğine neden olduğu düşünüldü. Daha çok skalpte yerleşen ve muayenede beyaz-mavimsi-morumsu renkte olabilen, sert papül ve nodüler lezyonlar görüldüğünde ön tanılardan birisi olarak osteoma cutis de düşünülmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Osteoma Cutis, Sekonder Hiperparatiroidizm, Travma

**Resim 1**



## PS-059

### Familiyal büllöz pemfigoid

Zeynep Arslan, Mehmet Salih Gürel, İlknur Özcan, Vefa Aslı Erdemir

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

**Giriş:** Büllöz pemfigoid (BP) genellikle yaşlılarda görülen ürtikeryal papül ve plaklar, subepidermal ayrışma ve bül ile seyreden en sık otoimmün büllöz hastalıktır<sup>1</sup>. Burada nadir görülen familiyal büllöz pemfigoid tanılı anne ve kızı ele alınacaktır.

**Olgu:** Ellidört yaşında kadın hasta kendisine BP tanısı konduktan üç yıl sonra yirmiyedi yaşındaki kızında ürtikeryal plak ve büllöz lezyonlar gelişti. Direkt immünfloresan ve histopatolojik inceleme BP ile uyumluydu. Hastada anti-BP 180 pozitif, anti-BP 230 negatif idi. Her iki hastanın da öncesinde etyolojide suçlanan ilaç kullanımı yoktu. Anne ve kızı farklı yerlerde yaşıyorlardı. Süperpotent topikal steroidle lezyonlar kontrol altına alındı.

**Sonuç:** Büllöz pemfigoid özellikle yaşlı hastalarda sık görülürken familiyal olgular nadirdir. Etyopatogenezi pek çok faktör bulunur. Genetik olarak en fazla HLA sınıf II antijenlerinin (DQ, DR, DP) alleleri ile ilişkilendirilmiş; birçok çalışmada HLA-DQB1\*0301 ile ilişkili bulunmuştur<sup>1</sup>. Bu genetik yatkınlığın muhtemel tetikleyici faktörler (ilaç, viral enfeksiyonlar, fiziksel ajanlar) ile hastalığın ortaya çıkışını kolaylaştırabileceği düşünülmektedir. T helper ve T regüluar hücreleri arasında imbalans geliştiğinde dermoepidermal bileşkede bulunan hemidesmosomların BP180 ve BP230 komponentine karşı gelişen otoantikorlar dermoepidermal ayrışma ve bül formasyonuna yol açmaktadır<sup>2</sup>. Tedavide tüm vücuda uygulanan topikal süperpotent steroid, oral steroid, dapson, azatiopürin, mikofenolat mofetil gibi ajanlar etkili bulunmuştur<sup>3</sup>.

**Anahtar Kelimeler:** familiyal, büllöz pemfigoid, genetik

## PS-060

### COVID-19 (m-RNA, BioNTech™) aşılantıları sonrası yaygın fiks ilaç döküntüsü

Baha Zaben<sup>1</sup>, Özlem Apti Şengün<sup>1</sup>, Züleyha Özgen<sup>1</sup>, İlknur Hotmanoğlu Şahin<sup>2</sup>, Leyla Cinel<sup>1</sup>, Andaç Salman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Fiks ilaç döküntüsü, ilaç veya belirli maddenin her alımından sonra hep aynı yerde oluşan eritem, ödem ve bazen büll oluşumu ile karakterize tip IV aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Morbiliform döküntülerden sonra ikinci en sık görülen kutanöz ilaç reaksiyonudur. Burada COVID-19 m-RNA 2. doz aşısı sonrası yaygın Fiks ilaç döküntüleri tekrarlayan bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** Hipotiroidi dışında ek hastalığı olmayan 44 yaşında kadın hasta 1. doz COVID-19 (m-RNA, BioNTech™) aşısından 4 gün sonra gelişen el ve uyluk ve bacaklarda ortaya çıkan döküntü kaşıntı ve su dolu kabarcık şikayetiyle polikliniğimize başvurdu.

Hastanın her 2 el dorsumunda morumsu zeminde erode büll artıkları ve birkaç adet intakt büll, her 2 bacakta Hiperpigmente yamalar izlendi. Yerel kortikosteroid ve oral antihistaminik tedavisi ile hastanın şikayetleri 2 hafta sonra geriledi.

Hasta 48 saat sonra aynı aşı markasının 2. dozundan 48 saat sonra hasta aynı şikayetlerle tekrar tarafımıza başvurdu. Aşıdan 2 hafta öncesine kadar ek başka ilaç alım öyküsü yoktu.

Fizik muayenesinde her 2 el dorsal yüzlerde morumsu eritemli yamasal lezyonlar ve yer yer büll artıkları mevcuttu. Her iki uyluk, bacak ve ayakta dağınık soluk eritemli yamasal lezyonları izlenirken mukozalarda lezyon saptanmadı.

Alınan biyopsinin histopatolojik incelemesi. 'İnterface dermatit' ile uyumlu olarak raporlandı.

Hasta klinik ve histopatolojik olarak yaygın büllöz fiks ilaç reaksiyonu olarak değerlendirildi ve hastaya yerel güçlü kortikosteroid ve oral antihistaminik tedavileri başlandı.

Hasta öyküsünde 3 yıl öncesinde Naproksen sodyum alımından birkaç gün sonra benzer şikayetlerin olduğunu belirtti. Her iki tedavi içerikleri incelendiğinde Naproksen sodyum tablet ve BioNTech™ Covid-19 aşısının ortak maddesi olarak polietilen glikol saptandı. Hastanın olası polietilen glikol allerjisini doğrulamak için yama testi planlandı.

**Tartışma:** Biontech™ Covid-19 aşısına bağlı birçok yan etki bildirilmiştir. En sık görülen yan etkiler, enjeksiyon yerinde ağrı ve baş ağrısıdır. Bunun dışında enjeksiyon yerinde lokalize deri reaksiyonu, morbiliform ilaç reaksiyonu, kaşıntı, ürtiker ve anjioödem gibi kutanöz yan etkiler de raporlanmıştır. Bildiğimiz kadarıyla olgumuz mRNA -COV-19 (BioNTech™) aşısı sonrası Yaygın büllöz fiks ilaç reaksiyonu bildirilen ilk olgudur.

Daha önce aynı aşısının ilk dozundan 2 hafta sonra sol kolda 7 cm çapında çevresi eritemli ortası erode lezyonu olan 26 yaşında bir kadın hasta bildirilmiştir.

Bunun dışında; ikinci doz moderna aşısından 24 saat sonra vücutta yaygın eritemli morumsu yamasal zeminde gevşek büllöz lezyonları olan 66 yaşında erkek hasta bildirilmiş olup alınan deri biyopsisi Stevens-Johnson sendromu veya eritema multiforme ile uyumlu olarak değerlendirilebilir ancak muayenede müköz membran tutulumu veya target lezyon görülmediği için hastanın yaygın büllöz fiks ilaç reaksiyonu tanısı ile izlendiği not edilmiştir.

Fiks ilaç döküntüsü, sık görülen bir kutanöz ilaç reaksiyonudur. Tekrarlayan ilaç alımlarından birkaç saat veya günler içinde lezyonlar ortaya çıkar. Yeni çıkan lezyonlar eritemli ve mor renkli yuvarlak keskin sınırlı kaşıntılı yama ve plak şeklindedir. Lezyon ortasında vezikül ya da büll oluşumu görülebilir. Dudaklar, oral mukoza, genital ve perianal bölge en çok etkilenen bölgelerdir. Tedavide sorumlu olan ajan ve yapısal olarak benzer ilaçların saptanarak kesilmesi önerilmektedir.

Daha önce influenza, HPV ve sarı humma aşılardan sonra fiks ilaç reaksiyonu vakaları bildirilmiştir. Ancak burada COVID-19 m-RNA aşısı sonrası daha önce bildirilmemiş yaygın Fiks ilaç reaksiyonu geliştiren bir olgu sunmayı planladık.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, BioNTech™, Fiks ilaç Döküntüsü.

**Figür 1**



*Naproxen sodyum alımından sonra ellerde morumsu yamasal lezyonlar (2018)*

**Figür 2**



*BioNTech aşısından sonra bilateral el dorsal yüzlerde morumsu yamasal lezyonlar ve bül artıkları*

**Figür 3**



*BioNTech aşısından sonra bilateral ayaklarda Fiks ilaç reaksiyon ile uyumlu lezyonlar*



## PS-061

### Fox-Fordyce hastalığı: Olgu sunumu

Senay Açırgöl, Ozan Yıldırım, Zafer Türkoğlu

SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş: Fox-Fordyce hastalığı; apokrin miliaria olarak bilinir ve apokrin bezlerin bulunduğu deri bölgelerinde görülen inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık ilk kez 1902 yılında George Henry Fox ve John Addison Fordyce tarafından tanımlanmıştır, ulaşılabilen literatürde 100' den az olgu bildirilmiştir. Kadın cinsiyet üstünlüğü mevcuttur ve sıklıkla ergenlik çağında ortaya çıkar. Hastalık aksilla, peri-areolar bölge, perine, pubis, labium major gibi apokrin glandın yaygın olduğu bölgelerde çok kaşıntılı deri renginde foliküler papüller ile karakterizedir. Etyopatogenez net olarak belirlenmemiştir, tetikleyici faktörler arasında apokrin kanalda inflamasyon, lazer epilasyon ve hormonal bozukluklar yer alır. Tedavisinde topikal retinoidler, topikal steroid, antihistaminik, oral isotretinoin, topikal kalsinörin inhibitörleri kullanılabilmeyle beraber ortak konsensüs yoktur.

Burada 17 yaşında Fox- Fordyce hastası ve tedavi yönetimi hastalığın nadir görülmesi nedeni ile paylaşmıştır.

Olgu: 17 yaşında kadın hasta; her iki koltuk altında kaşıntılı lezyonlar nedeni ile başvurdu. Hasta şikayetlerinin ergenlik dönemi ile beraber başladığını ve giderek arttığını ifade etti. Topikal veya oral ilaç kullanım öyküsü yoktu. Yapılan dermatolojik muayenede; her iki aksillada multiple, yumuşak, kubbe şeklinde en büyüğü 2 mm çapında monomorf kahverengi-deri renginde papüller lezyonlar ve yer yer likenifikasyon görüldü. Ayrıca kıllanma azlığı mevcuttu ve hasta terleme azlığı tarifliyordu. Hastanın periumbilikal, perine, pubis, inguinal, labium majör ve periareolar bölgelerinde lezyon saptanmadı. Koltuk altının dermatoskopik muayenesinde ise yapısız alanlar, azalmış kıl folikülleri, kıl folikülü merkezinde papül ve hiperkeratotik foliküler tıkaçlar izlendi. Hastanın diğer mukokutanöz, tırnak ve saç muayeneleri doğaldı. Hastadan Fox-Fordyce hastalığı, erüptif siringom, liken nitidus, trikostasis spinuloza ve akantozis nigrikans hastalığı ön tanılarıyla sağ aksiller bölgeden 4 mm punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede kıl folikülleri çevresinde köpüksü histiyosit ve lenfosit infiltrasyonu derin dermis ve subkutan yağlı doku bileşkesinde apokrin duktuslarda kistik genişleme lümenlerinde soluk eozinofilik sekret birikimi izlendi. Mevcut klinik ve histopatolojik sonuçlar ile hasta Fox- Fordyce hastalığı olarak değerlendirildi ve mometazon furoat pomad, adapalen jel 3 haftalık süreler ile verildi. Hastanın likenifikasyonu geriledi fakat kaşıntı şikayeti devam ettiği için mometazon furoat-kalsipotriol pomad ile halen takip ve tedavi altındadır.

Tartışma: Fox-fordyce hastalığı nadir görülen apokrin glandı tutan inflamatuvar bir hastalıktır. Hastaların çoğunluğu genç kadın hasta ve tetikleyici faktörler arasında apokrin kanalda inflamasyon, lazer epilasyon ve hormonal bozukluklar yer alır. Lezyonlar gebelik, oral kontraseptif kullanımı ile artmakta, sıcak, sıcak su, menstrüel döngüler ve stres ile alevlenmektedir. Histolojik Bulgular çok farklı olabilmektedir. İnflamasyon infundubular hiperkeratoz, dilastasyon ve tıkaçlarla ilişkilidir, patofizyolojide de kilit konumdadır. En spesifik bulgu perifoliküler ksantomatözdür. Uzun süreli inflamasyon fibrozis, akantoz ve ödeme neden olabilir. Tedavisinde topikal retinoidler, topikal steroid, oral antihistaminik, oral isotretinoin, topikal kalsinörin inhibitörleri kullanılabilmeyle beraber ortak konsensüs yoktur.

Apokrin glandın yaygın olduğu bölgelerde deri renginde-kırmızı kaşıntılı papüller klinisyeni Fox Fordyce hastalığı açısından uyarmalıdır ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken nadir bir hastalık olarak hatırlatılmak istenmesi nedeni ile olgu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** apokrin miliaria, apokrin ter bezleri, fox-fordyce hastalığı

## PS-062

### Griseofulvinle tedavi edilen *Trichophyton violaceum*'a bağlı keriyon olgusu

Kübra Çakı<sup>1</sup>, Mehmet Salih Gürel<sup>1</sup>, Müge Aslan<sup>2</sup>, Abdurrahman Sarmış<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İSLAB-2 Laboratuvarı

**Amaç - Giriş:** Çocuklarda daha sık görülen saçlı derinin enflamatuvar mantar enfeksiyonu tinea kapitis profundusta etkenler zoofilik ve antropofilik dermatofitlerdir. *Trichophyton violaceum* neden olarak saptanarak oral steroid ve griseofulvinle tedavi edilen bir keriyon olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** Tanzanya'da yaşayan 6 yaşında erkek hasta 2 ay önce başlayan saçlı deride ağrılı yapışık kurutlu kabarıklık lezyon ile tarafımıza başvurdu.. Dermatolojik muayenede saçlı deri oksipital bölgede 4 cm çapında üzerinde birbirine yapışarak keçeleşmiş kurutlu saçların olduğu enflamatuvar nodül izlendi (Resim 1 ve 2). Birbirine yapışan saçlar kaldırıldığında erode alan üzerinde püye ve püstüllerden oluşan sızıntılı ıslak enflamatuvar vejetatif plak görüldü. Vertekste oksipital bölgedeki ile benzer karakterde 1 cm çapında plak lezyon ve subaurikuler bölgede lenfadenopati saptandı (Resim 2). Lezyondan alınan örnekler kanlı agara ve Sabouraud dekstroza ekildiğinde *T. violaceum* üremiştir (Resim 3 ve 4). Mikrobiyolojik ve klinik özelliklerle tinea kapitis profundus tanısı konuldu. Hasta bir aydır terbinafin kullanmaktaydı. Ancak lezyonlarda gerileme olmamıştı. Hastaya griseofulvin 250 mg/gün, metilprednizolon 16 mg/gün, amoksisilin klavulonat 400 mg/gün 2x1 ve povidon-iyot solüsyonu ile pansuman başlandı.. Saçlı derideki ağrılı enflamatuvar nodül hızlı bir şekilde geriledi (Resim 5 ve 6). Steroid dozu azaltılarak 3 haftada kesildi. Griseofulvin 250 mg/gün tedavisine yaklaşık 2 ay kadar devam edilerek kesildi (Resim 7). Dördüncü ayın sonunda saçlar da çıkmaya başlamıştı.

**Tartışma:** Seyahatler ve göçler dermatofitlerin coğrafi dağılımını etkilemektedir. r. Ülkemizde Ege, İç Anadolu, Doğu Anadolu bölgelerinde yapılan çalışmalarda en sık etken *M. canis* iken, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde *T. violaceum* olarak bildirilmiştir. İç Anadolu ve Doğu Anadolu'da ayrıca *T. verrucosum* da sıklıkla etken olarak saptanmıştır. Risk faktörleri arasında evde dermatofitik enfeksiyonlu bireylerin olması, kontamine ev içi eşyalar, hayvanlarla yakın temas, düşük sosyoekonomik durum yer alır. Olgumuzda *T. violaceum* kanlı agarda 3 gün içerisinde üretilebilmesi önemli bir özelliktir. Terbinafine cevapsız olgumuz Griseofulvinle tedavi edilmiştir. Griseofulvin eski bir tedavi seçeneği olmakla birlikte diğer tedavi seçenekleri etkinlik, güvenlik profili ve daha kısa tedavi süreleri sebebiyle tercih edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Griseofulvin, *T.violaceum*, *Tinea capitis*

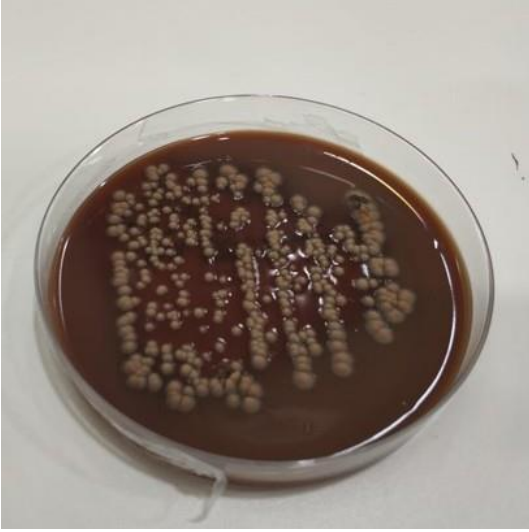
**Resim 1**



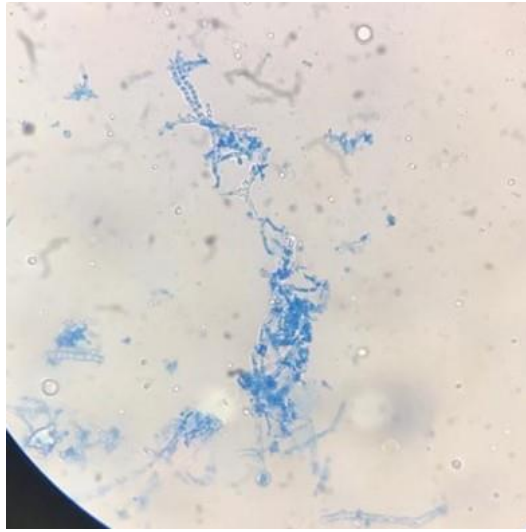
**Resim 2**



**Resim 3**



**Resim 4**



**Resim 5**



**Resim 6**



**Resim7**



## PS-063

### Nazal tip NK/T-hücreli lenfoma: Nadir bir olgu

Serkan Yazıcı<sup>1</sup>, Emel Bülbül Başkan<sup>1</sup>, Cüyan Demirkese<sup>2</sup>, Cansu Irmak Ünlü<sup>1</sup>, Nihal Lermi<sup>3</sup>, İbrahim Ethem Pınar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>4</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş ve Amaç:** Ekstranodal doğal öldürücü (NK)/T hücreli lenfoma, nazal tip, Epstein-Barr virüsü ile ilişkili nadir görülen, agresif seyirli periferik T hücreli lenfomadır. Burada Wegener Granulomatozu ile karışan nadir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** Öncesinde DM ve Parkinson dışında hastalığı olmayan 56 yaşında erkek 1,5 yıl önce burun ameliyatı sonrası başlayan, burundan dudağa büyüyen burun kıkırdağını destrükte eden kitle (Resim-1) nedeniyle konsulte edildi. Nazal biyopsisi coğrafik nekroz ve kronik aktif inflamasyon gösteren mukoza parçaları ile uyumlu olan olguya ANCA pozitifliği ve paranazal sinüs tomografisindeki pansinuzit görünümü nedeniyle Wegener granulomatozis tanısıyla sistemik steroid tedavisi başlanmış. Öncesinde alınan 3 biyopsi non-spesifik olan olguda yüksek klinik şüphe üzerine yapılan dudak üzeri ve burun biyopsileri T Hücreli Lenfoid Neoplazi ile uyumlu saptandı. Sistemik tutulum açısından yapılan tetkikler ve periferik yaymasında ek patoloji saptanmayan olgunun BT incelemesinde boyunda zon 2, zon 3 ve zon 6 bilateral birkaç adet subsantimetrik lenf nodları saptandı. Metotreksat (20mg/hf ) ve 32 mg prednol tedavisi altında damakta destrüktif lezyon (Resim-2) gelişen hastanın biyopsi preparatları ikinci görüş ile değerlendirildi. Klinik, histopatolojik ve immünohistkimyasal olarak Nazal tip NK/T Hücreli Lenfoma tanısı konulan olgunun PET-BT incelemesinde dudak düzeyinden başlayıp buruna, nazal kaviteye, nazofarenks ve orofarenkse uzanım gösteren artmış FDG tutulumu (Suvmax: 7.2) saptanması üzerine olguya hematoloji ile birlikte 1 kür CHOP tedavisi sonrası Radyoterapi planlandı. Kemoterapi ve 5 seans RT sonrası lezyonu damak lezyonu iyileşen (Resim-3) olgu halen RT almaktadır.

**Sonuç:**

Başvuru anında sıklıkla üst solunum yollarında destrüktif lezyonlarla karakterize NK/T cell lenfoma olguları erkeklerde daha fazla görülmektedir ve ortanca tanı yaşı 53 olarak bildirilmiştir. Lezyondaki yaygın nekroz nedeniyle yüksek klinik şüpheli olgularda tanı için birden fazla biyopsi gerekebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Agresif seyir, NK/Tcell, Nazal destrüksiyon, T Hücreli Lenfoma, Wegener Granulomatozu

#### Resim-1



*Burundan dudağa büyüyen kitle*

**Resim-2**



*Damakta gelişen destrüktif lezyon*

**Resim-3**



*Tedavi ile klinik iyileşme*

## PS-064

### Nadir görülen bir olgu: Konjenital dermatofibrosarkoma protuberens

Tuğba İlter<sup>1</sup>, Dilara İlhan Erdil<sup>1</sup>, Sevil Savaş Erdoğan<sup>1</sup>, Duygu Erdil<sup>1</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>, Cem Leblebici<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Dermatofibrosarkoma protuberens invaziv büyüme ve lokal nüks riski yüksek ancak metastaz potansiyeli sınırlı, nadir görülen bir yumuşak doku tümörüdür. Genellikle orta yaşlarda gövde ve ekstremitelerde proksimallerinde yavaş büyüyen, eritemli-viyolase renkli, sert kıvamlı plak veya nodül olarak ortaya çıkar. Prognozu oldukça iyi olan bu tümör subkutan adipoz doku, kas ve fasyaya invaze olabilmektedir.

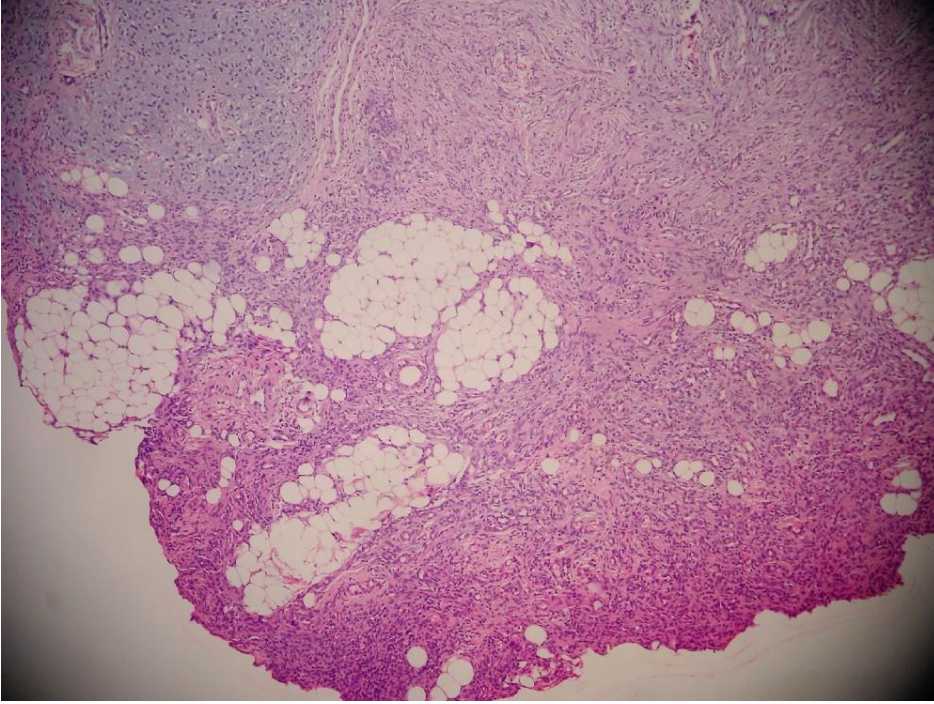
**Anahtar Kelimeler:** dermatofibrosarkoma, konjenital, storiform patern

#### Resim 1



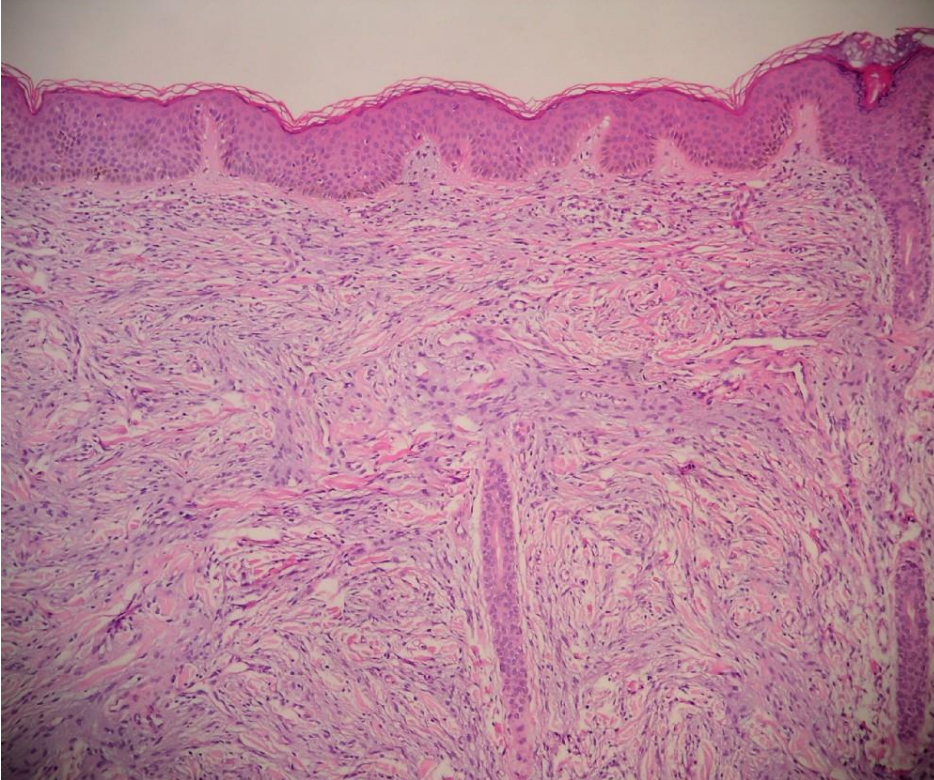
*Sağ lomber bölgede yaklaşık 4x10 cm çapında palpasyonla hassas, düzensiz, yüzeysel kırmızı-kahverengi birkaç adet sert kıvamlı nodülden oluşan infiltrate tümör*

**Resim 2**



*Derin dermisi dolduran, subkutan yağ dokusunu infiltre eden iğsi hücrelerden oluşan tümöral infiltrasyon*

**Resim 3**



*Dermiste kısa fasiküller ve yer yer storiform patern oluşturan neoplastik iğsi hücreler*

## PS-065

### Romatoid artritli olguda yanlış ve yüksek dozda metotreksat kullanımına bağlı toksisite;mukozit ve vakülit birlikteliği

Gizem Özge Öztürk<sup>1</sup>, Aylin Türel Ermertcan<sup>1</sup>, Cemal Bilaç<sup>1</sup>, Peyker Temiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Manisa

<sup>2</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi,Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı,Manisa

Romatoid artrit(RA) sinoviyal hücre çoğalması ve inflamasyona bağlı eklem harabiyeti ile karakterize sistemik,kronik bir hastalıktır.Hastalığın progresif olmasından dolayı erken dönemde antiinflamatuvar etki yapan modifiye edici ilaçlar kullanılmaktadır.Bunların başında metotreksat gelir.Metotreksat malignitelere yüksek dozda kullanılmasına rağmen,romatoid artritte düşük dozda kullanılmaktadır.Metotreksat antiproliferatif etki mekanizması ile kemik iliğini etkileyerek sitopeni;deri ve mukozayı etkileyerek ülser ve mukozit yapabilmektedir.

Burada RA tedavisi için sistemik (peroral) metotreksat reçetelenen ancak haftalık toplam dozu yanlışlıkla her gün alan,metotreksat toksisitesine bağlı hem mukozit, hem vaskülit gelişen bir olgu sunulmaktadır.

50 yaşında kadın hasta, ağız içi-dudakta yara,yutmakta zorluk,deride yaygın döküntü,ateş, halsizlik,bulantı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu.Özgeçmişinde 10 yıldır romatoid artritli olduğu öğrenildi.Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar ile hastalık aktivitesi kontrolü sağlanamayan hastaya 10 gün önce haftada 10 mg metotreksat (po) ve yanında sistemik folik asit başlandığı öğrenildi.Ayrıntılı sorgulamada ise hastanın bu ilacı her gün 10 mg aldığı ve reçetelenen folik asidi kullanmadığı öğrenildi.

Hastanın dermatolojik muayenesinde ağız içi ve dudaklarda ülserler,vücutta eritemli makülopapüller erupsiyon saptandı. Ateş yüksekliği mevcut olan hastada metotreksat toksisitesi düşünülerek kliniğimize yatışı yapıldı.Hastanın deri lezyonlarından biyopsi alındı. Alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde: damarlar çevresinde ve yer yer damar duvarını infiltre eden eozinofilleri de içeren yangısal hücreler (HE, x100) gözlendi.Vaskülit olarak tanı konuldu.Yapılan laboratuvar incelemelerinde WBC:2.7, RBC:4.4, HGB:10.8, HCT:35.5, MCV:80.7 ve PLT:128 olarak değerlendirilen hasta,sitopenisi nedeniyle hematolojiye danışıldı.Sitopeniyi açıklayacak diğer nedenler dışlandıktan sonra yüksek doz metotreksat kullanımına bağlı sitopeni olarak değerlendirildi.Metotreksat kesilerek folik asit başlandı. Ateş kontrolü sağlandı, ağız gargarası ve topikal kortikosteroid tedavileri başlandı.

1 haftalık tedavi sonrasında hastanın ağız lezyonlarında düzelme başladı,yutma güçlüğü azaldı ve oral alımı arttı. Deri lezyonlarında belirgin düzelme sağlanan hastanın genel durumunda düzelme tespit edildi.

Tedavi öncesinde ılımlı yüksek olan (ALT:47 ve AST: 79) karaciğer fonksiyon test değerleri normal sınırlara geriledi.GM-CSF'ye gerek kalmadan hastanın WBC: 5.3,HGB:11.4 değerlerine yükseldi.Metotreksat dihidrofolat redüktaz enzimini inhibe ederek,DNA sentezini azaltarak vücuttaki özellikle hızlı çoğalan hücreleri(deri,kemik iliği,oral mukoza ve gastrointestinal sistem) etkilemektedir. Düşük dozda kullanıldığında sitopeni yapıcı etkisi %1-2 iken doz arttıkça oran ivmeli olarak artmaktadır.

Metotreksatın yüksek doz kullanımında bir diğer yan etki de ilacın epitel hücrelerinde birikmesi ile ortaya çıkan mukozit yan etkisidir.Mukozit gelişmesi sitopeni gelişeceğine dair de bir belirteçdir. Sonuç olarak metotreksatın uzun süreli düşük dozda kullanımı her ne kadar güvenli ve etkili olsa dahi yüksek doz ve yanlış kullanımında yan etkileri kaçınılmazdır. Hangi nedenle olursa olsun sistemik metotreksat kullanan hastalarda bulantı, kusma, ateş,deri döküntüsü ve/veya mukozit saptandığında metotreksat toksisitesi akla gelmeli ve ilaç kullanım şeması sorgulanmalıdır. İlaç uyumu olmayan ve kontrol muayenesi yapılamayacak hastalarda metotreksat dışında bir medikasyon düşünülmelidir. Mutlaka metotreksat verilmesi gerektiği durumlarda da yanlış kullanımı önlemek açısından peroral kullanım yerine subkutan uygulama tercih edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** vaskülit,mukozit,metotreksat



## PS-066

### Sklerozan perinöroma: Olgu sunumu

Ozan Erdem<sup>1</sup>, Yusuf Kelleci<sup>1</sup>, Harbiye Dilek Canat<sup>1</sup>, Zeynep Betül Erdem<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Perinöroma, neoplastik perinöral hücrelerden kaynaklanan, nadir görülen, benign bir periferik sinir kılıfı tümörüdür. Sklerozan perinöroma ise genellikle çocuklar ve genç erişkinlerde ortaya çıkan, en sık akral ve palmar bölgeye yerleşim gösteren, storiform patern oluşturmuş içsi hücreli tümöral proliferasyonu çevreleyen belirgin hiyalinize kollajen stroma ile karakterize bir perinöroma alt tipidir. Tümöral hücreler tipik olarak EMA, CD34 (sıklıkla fokal) ve GLUT-1 ile yaygın olarak boyanırken, S100 ve diğer nöral belirteçler ile boyanma göstermez. İyi seyir gösteren sklerozan perinöromanın tedavisi tümörün cerrahi eksizyonudur. Bu bildiri tipik klinik, histopatolojik ve immünohistokimyasal Bulgularıyla bir sklerozan perinöroma olgusu sunulmak istenmiştir.

**Vaka:** On üç yaşında kız çocuğu sağ el 1. parmak uç kısmında yaklaşık 2 yıldır olan şişlik şikâyeti ile tarafımıza başvurdu. Bilinen kronik rahatsızlığı ve sürekli kullandığı ilacı bulunmayan hasta öyküsünde lezyonu ilk olarak 2 yıl önce hafif bir kabarıklık şeklinde fark ettiğini ve zamanla büyüme gösterdiğini ifade etmekteydi. Dermatolojik muayenesinde sağ el 1. parmak distal uç medialinde, yaklaşık 1 cm çaplı, üzerindeki deride hafif telenjektaziler dışında değişiklik yapmamış, palpasyonla orta sertlikte ve hafif hassas subkutan nodüler lezyonu mevcuttu. Direkt grafisinde belirgin patoloji izlenmeyen hastanın yüzeysel doku ultrasonografisinde ise 12x5x4 mm çaplarında, iyi sınırlı, oval şekilli, hipoekoik subkutan nodülü dikkati çekmekteydi.

Bu Bulgular ışığında lezyonun schwannoma ön tanısı ile eksizyonu planlandı. Lezyonun uzun aksına paralel şekilde yapılan insizyonu takiben künt diseksiyon ile tümör çevre dokudan kolayca ayrılarak eksize edildi. Makroskopik olarak tümörün oval şekilli, kirli beyaz renkte olduğu görüldü. Lezyonun histopatolojik incelemesinde içsi hücrelerden oluşan storiform patern gösteren tümöral hücre proliferasyonu ve hiyalinize kollajenden oluşan stroma dikkati çekmekteydi. İmmünohistokimyasal olarak tümörün EMA ve GLUT-1 ile diffüz pozitif, CD34 ile seyrek pozitif, S100, CK7, ERG, SMA ve Desmin ile ise negatif olarak boyandığı saptandı. Ki-67 proliferasyon indeksi ise %1-2 oranında izlendi. Tüm bu histopatolojik ve immünohistokimyasal Bulgularla hastaya sklerozan perinöroma tanısı konuldu. Hastanın 6 aylık takibinde nüks izlenmedi.

**Sonuç:** Sklerozan perinöroma, ilk kez 1997 yılında tanımlanmış olmakla birlikte literatürde 50'den az olgu bildirilmiştir. Hemen tamamen çocuk ve genç erişkinlerde, akral ve palmar bölgede yerleşim gösteren sklerozan perinöromanın tanınması, bu yaş grubu ve bölgede yerleşim gösteren subkutan nodüler lezyonların ayırıcı tanısına sklerozan perinöromanın da alınması açısından önem taşıyacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** akral, periferik sinir kılıfı tümörü, sklerozan perinöroma

## PS-067

### Nonobez Behçet hastalarında insülin direnci var mı?

Filiz Cebeci Kahraman<sup>1</sup>, Kadir Kayataş<sup>2</sup>, Sevil Savaş Erdoğan<sup>3</sup>, Nahide Onsun<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, İstanbul Türkiye

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup>Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Behçet hastalığı (BH) ve insülin direnci ile ilişkili bazı çalışmalar bulunmaktadır ancak çalışmaların çoğunluğunda obez hastalar dışlanmadığı için insülin direncinin obezitenin bir tezahürümü olduğu yoksa Behçet hastalığının kendisinin obeziteden bağımsız olarak insülin direncine yol açtığı aslında aydınlığa kavuşmamıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmamız bir vaka-kontrol çalışmasıdır ve çalışma protokolü yerel etik komite tarafından onaylandı (Bezmi Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu, tarih: 24/06/2009, karar no: 7/16). Çalışma BH'li 60 hasta ve yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi (VKİ) eş 45 sağlıklı kontrol içermektedir (Tablo 1). VKİ  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> olan obez hastalar çalışmadan dışlandı. Tüm katılımcıların HOMA-IR (homeostasis model assessment for insulinresistance) ve QUICKI' ye (quantitative insulin sensitivity check index) göre insülin direnci, açlık plazma glukozu, oral glukoz tolerans testinde 1. saat ve 2. saat plazma glukozu (OGTT 1. saat PG ve OGTT 2. saat PG) değerlendirildi.

**Bulgular:** Kontrollerle karşılaştırıldığında BH hastalarında ortalama açlık plazma glukoz seviyeleri ( $p=0,002$ ) ve OGTT 2. saat PG seviyesine göre bozulmuş glukoz toleransı olanların oranı ( $p=0.04$ ) anlamlı olarak daha yüksekti. HOMA-IR ( $p=0.02$ ) ve QUICKI'ye ( $p=0.001$ ) göre insülin direnci olanların oranı BH'li hastalarda kontrollerden fazlaydı (Tablo 2). Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında aktif hastalarda inaktif hastalardan farklı olarak bozulmuş açlık glukozu ( $p=0.025$ ) ve bozulmuş glukoz toleransı ( $p=0.019$ ) olanların oranı anlamlı daha fazla ve ortalama QUICKI ( $p=0.034$ ) değeri kontrollerden anlamlı azdı.

**Tartışma ve Sonuç:** Sonuçlarımız gösterdi ki nonobez katılımcılardan oluşan çalışma grubumuzda BH'li hastalarda kontrollere göre insülin direnci ve bozulmuş glukoz toleransı olanlar anlamlı fazlaydı. Dahası aktif Behçet hastalarında, inaktif hastalardan farklı olarak bozulmuş açlık glukozu, bozulmuş glukoz toleransı ve QUICKI'ye göre insülin direnci olanlar kontrollerden anlamlı fazlaydı. Diyabet gelişme riski VKİ > 35 olan kişilerde, obez olmayan kişilere göre 40 kat daha yüksektir. Diyabet gelişimi ve glukoz intoleransında insülin direnci önemli bir rol oynamaktadır. Adipositlerin, metabolizma, inflamasyon ve hemostaz üzerinde çok çeşitli biyolojik etkilere sahip birkaç hormon (topluca adipokin olarak tanımlanır) salgılaması yoluyla endokrin fonksiyonu olduğu gösterilmiştir. Obez hastalardaki yüksek resistin ve düşük adiponektin içeren adipokin profili insülin direncini artırır. Yakın zamanlı bir metaanalizde adipokinlerin BH'nin patogenezinde muhtemelen önemli bir rol oynadığı, BH'li hastalarda sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde daha yüksek resistin, leptin ve adiponektin ve daha düşük visfatin düzeyleri ile gösterilmiştir. Obezite, insülin direnci ve Behçet hastalığındaki bu ortak patogeneze dolay, çalışma popülasyonumuzu nonobez gruptan oluşturarak, obezitenin karbonhidrat metabolizması üzerindeki etkilerini dışlamış olduk. BH'li hastalarda insülin direncini araştıran çalışmalar incelendiğinde; bu çalışmaların az hasta sayısı veya obez çalışma grubu da içermesi gibi handikapları mevcuttu. Sadece birinde VKİ'ye göre subgrup analizi yapılmıştı. Bizim çalışmamızda açlık plazma glukozu, açlık plazma insulini, bozulmuş glukoz toleransı, hem HOMA-IR hemde QUICKI'ye göre insülin direncinin incelendiği tetkiklerde, Behçet hastalarında insülin direncine ve diyabete yatkınlık ortaya çıkarılmıştır. İnsülin direnci Behçet hastalarında obeziteden bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır. Behçet hastalarının özellikle aktif hastaların takiplerinde klinisyenler diyabet gibi önemli morbiditelere sebep olacak bir hastalığın erken tanısı için gerekli taramaları belli aralıkla yapmalıdırlar. Sadece açlık kan şekeri değil; HOMA-IR, QUICKI ve OGTT gibi tanıya yardımcı testleri hastaların tetkik panellerine eklenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, glukoz toleransı, HOMA-IR, insülin direnci

**Tablo 1**

Tablo 1 Hasta ve kontrol grubunda demografik bulgular

		BH grup (n=60)		Kontrol grup (n=45)		p değeri
		Ortalama ± SS	Medyan (min-mak)	Ortalama ± SS	Medyan (min-mak)	
Yaş	yıl	34.03 ± 8.05	34.5 (18-50)	30.87±8.4	30 (18-57)	0.053
Cinsiyet	kadın	n	%	n	%	0.057
	erkek	16	27	20	44	
VKİ	kg/m <sup>2</sup>	Ortalama ± SS	Medyan (min-mak)	Ortalama ± SS	Medyan (min-mak)	0.87
		24.41 ± 3.06	24.75 (17.3-29.5)	24.31±2.85	25 (18.4-29)	
	<25	n	%	n	%	0.43
	≥25	34	57	22	49	
		26	43	23	51	

BH: Behçet hastalığı, SS: Standart sapma, VKİ: vucut kitle indeksi

**Tablo 2**

Tablo 2 Laboratuvar parametrelerinin hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması†

		BH grup (n=60)	Kontrol grup (n=45)	p değeri
APG (mg/dl)	ort ± SS (Medyan)	97.86 ± 18.74 (97)	91.2 ± 9.82 (91)	<b>0.002</b>
	n (%) <100	36 (60)	36 (80)	0.08
	100-125	23 (38)	9 (20)	
	≥126	1 (2)	0	
OGTT (mg/dl)	ort ± SS (Medyan)	128.75 ± 36.02 (120)	117.86 ± 37.93 (116)	0.089
1-s PG	ort ± SS (Medyan)	103.39 ± 26.23 (99.5)	93.35 ± 21.18 (93)	0.136
2-s PG	n (%) <140	52 (87)	44 (98)	<b>0.04</b>
	140-199	8 (13)	1 (2)	
API (µIU/ml)	ort ± SS (Medyan)	8.89 ± 4.99 (7.86)	7.31 ± 2.12 (7.4)	0.231
	n (%) <10.58	46 (77)	43 (96)	<b>0.01</b>
	≥10.58	14 (23)	2 (4)	
HOMA-IR	ort ± SS (Medyan)	2.17 ± 1.29 (1.88)	1.67 ± 0.55 (1.66)	0.151
	n (%) ≤2.5	44 (73)	41 (98)	<b>0.02</b>
	>2.5	16 (27)	4 (2)	
QUICKI	ort ± SS (Medyan)	0.35 ± 0.04 (0.35)	0.36 ± 0.02 (0.36)	0.109
	n (%) ≥0.328	46 (77)	44 (98)	<b>0.0011</b>
	<0.328	14 (23)	1 (2)	

BH: Behçet hastalığı, ort ± SS: ortalama ± standard sapma, APG: açlık plazma glukozu, OGTT 1-s PG: oral glukoz tolerans testi birinci saat plazma glukozu, OGTT 2-s PG: oral glukoz tolerans testi ikinci saat plazma glukozu, API: açlık plazma insulini, HOMA-IR: homeostatic model assessment for insulin resistance, QUICKI: quantitative insulin sensitivity check index

†Parametrenin sınır değerleri: APG (normal&lt; 100, bozumuş açlık kan glukozu= 100-125, diyabet= 126 ve üstü), OGTT 2-s (normal&lt; 140, bozumuş glukoz toleransı= 140-199, diyabet= 200 ve üzeri), API (normal&lt; 10,58, yüksek= 10,58 ve üzeri)

## PS-068

### Nadir görülen bir diskromatozis universalis herediteria olgusu

İsmail Dağ<sup>1</sup>, İlkey Can<sup>2</sup>, Sevgül Dayar Kırılmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ezine Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Çanakkale

<sup>2</sup>Burhaniye Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Balıkesir

<sup>3</sup>Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği, Çanakkale

**Giriş ve Amaç:** Diskromatozis universalis herediteria, sıklıkla otozomal dominant olmakla birlikte nadiren otozomal resesif geçiş te gösterebilen, hatta sporadik te olabilen bir genodermatozdur. Gövde ve ekstremitelerde daha belirgin olmak üzere, asemptomatik hipo ve hiperpigmente retiküler görünümli maküler lezyonlarla karakterizedir. Diskromatozis universalis herediteriaya saç, tırnak veya diş anormallikleri ve çeşitli sistemik tutulumlar eşlik edebilse de Bulgular sıklıkla ciltle sınırlıdır. Oldukça nadir görülen bir genodermatoz olduğundan, hipo ve hiperpigmente retiküler görünümli maküler lezyonlarla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda ilk akla gelmesi gereken öntanılardan olması nedeniyle olgunun sunumu uygun bulunmuştur.

**Olgu:** 25 yaşında erkek hasta, gövde, sırt, kol ve bacaklarda koyulu-açıklı lekeler nedeniyle başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde gövde, sırt ve proksimal ekstremitelerde daha belirgin olmak üzere düzensiz retiküler görünümli hipo ve hiperpigmente maküler lezyonlar saptandı. Saç, tırnak ve oral mukoza muayenesi normaldi. Anamnezde lekelerin ona herhangi bir rahatsızlık vermediğini belirtti. Vücudundaki lekelerin doğduğundan beri var olduğunu söyledi. Ailesinde dedesinin vücudunda da benzer lekelerin olduğunu belirtti. Hastanın ek bir hastalığı yoktu ve yapılan tetkiklerinde (hemogram, tam idrar tetkiki, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, açlık kan şekeri) herhangi bir anormallik saptanmadı. Hastamızın lezyonlarının dağınık ve düzensiz yerleşimli olması nedeniyle diskromatozis simetrika herediteriadan, lezyonların fotosensitif alanlardan çok gövde ve proksimal ekstremitelerde daha belirgin olması nedeniyle kseroderma pigmentosumdan, telenjiektazi ve atrofi Bulgularının eşlik etmemesiyle de poikilodermadan klinik olarak ayrımı yapıldı. Hastamızdan alınan punch biopside epidermiste bazal tabakada melanosit birikimi saptandı. Dermiste ise melanosit artışı gözlenmedi. Hastanın şikayetlerinin doğuştan itibaren olması ve aile öyküsünün de bulunması sebebiyle hastamıza diskromatozis universalis herediteria tanısı konuldu. Hastalığın bilinen etkin bir tedavisi olmaması nedeniyle, hastamız hastalığı hakkında bilgilendirildi ve tedavisiz takibe alındı.

**Sonuç:** Diskromatozis universalis herediteria, genellikle asemptomatik ve sistemik tutulumun pek beklenmediği bir hastalık olsa da oldukça nadir görülen bir genodermatoz olduğundan tebliğini uygun bulduk.

**Anahtar Kelimeler:** diskromatozis universalis herediteria, genodermatoz, pigmentasyon bozukluğu

**olgunun bacağındaki lezyonlar**



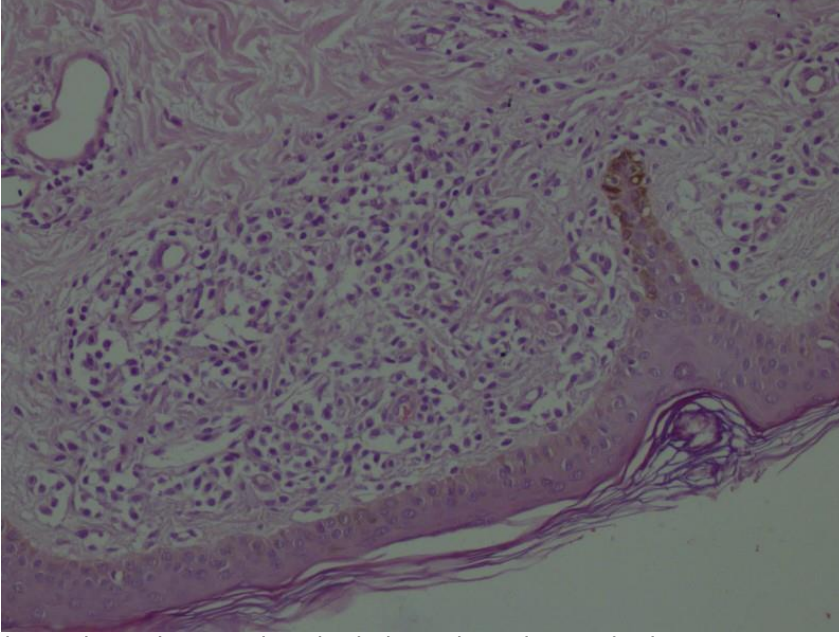
*olgunun bacak proksimalinde retiküler lezyonlar*

**olgunun gövde lezyonları**



*olgunun gövdesinde yaygın düzensiz retiküler lezyonlar*

**olgunun histopatolojisi**



*biopside epidermisin bazal tabakasında melanosit birikimi*

**olgunun sırt lezyonları**



*olgunun sırt bölgesinde retiküler görümlü lezyonlar*

## PS-069

### 10 yaş erkek hastada akkiz akuajenik sringeal akrokeratoderma: Olgu sunumu

Özge Kaya, Selda Işık Mermutlu, Sevilay Oğuz Kılıç  
Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Uygulam ve Araştırma Hastanesi

Akuajenik siringeal akrokeratoderma (ASA); 2-4 dakika su teması sonrası oluşan ödematöz beyaz renkli papül ve plaklarla karakterize, etiyolojisi bilinmeyen, nadir, edinsel bir palmoplantar keratoderma türüdür. Lezyonlar sıklıkla palmar alanda görülmesine rağmen, el dorseli ve ayaklar da etkilenebilir. Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen hastalığın genetik predispozisyona ya da kistik fibrozis, fokal hiperhidrozis ve Raynaud fenomeni gibi hastalıklara bağlı gelişebileceği öne sürülmüştür. Genellikle adolesanları ve genç erişkin kadınları etkiler, bildirilen erkek olgu sayısı sınırlıdır. Olgumuz 10 yaşında erkek hasta. Yaklaşık 2 aydır her iki el iç yüzünde su ile kısa temas (1-2 dakika) sonucunda oluşan beyaz renk değişikliği ve kabarıklık oluşumu şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. 2 ay öncesine kadar benzer şikayeti olmayan hastayı poliklinikte yaklaşık 2 dk musluk suyu teması sonrasında değerlendirdik. Dermatolojik muayenesinde her iki el palmar yüzde beyazımsı, keratodermik, masere plaklar ve bu plaklar içinde dilate açıklıklar gözlemlendi. Hastanın lezyonları yaklaşık 40 dk içinde tamamen geriledi. Hastaya anamnez ve klinik Bulgularla ASA tanısı koyduk. Hastayı etyolojik açıdan sorguladığımızda her iki el palmar yüzde hiperhidrozu olduğunu öğrendik. Aynı zamanda hasta Periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenit (PFAPA) sendromu tanısıyla pediatri tarafından takip ediliyordu ve ara ara kısa süreli kortikoterapi almaktaydı. Ancak son 6 ay içinde herhangi bir ilaç kullanımöyküsü yoktu. Soygeçmişinde de özellik yoktu. Hastamıza hem tedavi hem de eşlik eden hiperhidroz açısından %20 alüminyum klorid tedavisi planladık. ASA nadir görülen ve etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış bir hastalıktır. Hastalığın patogenezinde epidermal sodyum konsantrasyonundaki artış sonucu, epidermal keratinositlerin su bağlama kapasitesindeki artış suçlanmıştır. Benzer mekanizma ile rofekoksib ve selekoksib gibi ilaçların, koksijenaz 2 enzimini inhibe edip terde elektrolit konsantrasyonunu arttırarak ASA gelişimine yol açtığı düşünülmüştür. Sporadik veya ailesel olabilen hastalıktan, bugüne kadar literatürde yaklaşık 70 hasta bildirilmiş ve olguların büyük çoğunluğu kadın hastalardan oluşmuştur. Literatürü incelediğimizde bizim olgumuz gibi 10 yaş civarı ve erkeklerde çok nadiren bildirilmiştir. Ve PFAPA sendromuyla birlikteliği henüz bildirilmemiştir. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamayan bu hastalıkta biz de bu olguyu paylaşarak nadiren görülen bu hastalığı hatırlatmak ve literatüre katkıda bulunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Akuajenik sringeal akrokeratoderma, PFAPA sendromu, hiperhidroz

**Resim 1**



*El palmar yüzde beyaz papüler masere görünümlü lezyonlar*

**Resim 2**



*El palmar yüzde beyaz papüler masere görünümlü lezyonlar*



## PS-070

### Pediyatrik dönemde nadir görülen bir tanı: Santral dev hücreli granülom olgusu

Gülnihal Yavuz, Ömer Kutlu, Akgül Arıcı, Havva Yıldız Seçkin, Atiye Akbayrak  
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Tokat; Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Tokat

**Giriş - Amaç:** Santral dev hücreli granülom (CGCG), değişken derecede agresif bir yapıya sahip, nispeten nadir görülen, etyolojisi tam olarak aydınlatılmamış, neoplastik olmayan proliferatif bir lezyondur. Rutin radyografik inceleme sırasında veya etkilenen çenenin ağrısız ancak gözle görülür genişlemesi sonucu ortaya çıkan sıklıkla asemptomatik intraosseöz bir oluşum olarak karşımıza çıkar. Burada (CGCG) tanısı koyulan bir olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmaktadır.

**Olgu:** On üç yaşında, kadın hasta polikliniğimize 3 aydır sağ üst çene bölgesinde şişlik şikayeti ile başvurdu. Şişlik asemptomatik olsa da tedrici olarak genişlemiş ve yüzdeki şekil bozukluğunun belirginleşmesine neden olmuştu. 6 ay kadar önce lezyon alanında travma öyküsü bulunmaktaydı. Hastanın dermatolojik muayenesinde, intraoral bölgede sağ üst alveolden palatum duruma yayılan üzerindeki derinin normal görünümde olduğu, palpasyonla hassas olmayan tümoral lezyon izlendi. Üst dudakta şişliği olan hastanın ekstraoral muayenesinde, yüzün sağ tarafında, nasolabial kıvrımının hafif obliterasyonuna ve yüz asimetrisine neden olan yaygın ısı artışının eşlik etmediği şişlik gözlemlendi. Hastada baş- boyun bölgesinde eşlik eden lenfadenopatisi yoktu. Rutin hematolojik ve biyokimyasal değerleri normaldi. Santral dev hücreli granülom, sarkoidoz, kutanöz kron ve granümatöz keilit ön tanılarıyla Tıbbi Patoloji biriminde incelenen biyopsi materyali sonucunda; histopatolojide; sellüler görünümlü fibröz bir stromada çok sayıda multinükleer dev hücreler gözlemlendi. Bu klinik ve histopatolojik Bulgularla hastaya (CGCG) tanısı konuldu. İntralezyonel triamsinolon astenoid enjeksiyonu planlandı ve takiplerinde tedaviye iyi yanıt gözlemlendi.

**Sonuç:** (CGCG), baş ve boyun bölgesinde nadir görülen bir kemik lezyonudur. Ağırlıklı olarak çene ve yüz kemiklerinde meydana gelir, ancak vücudun diğer bölgelerinde de görüldüğü az sayıda olgu bildirilmiştir. En sık olarak maksillayı ve ardından mandibulayı etkiler. Olgumuz, pediatrik popülasyonda hızla ilerleyen çene lezyonlarının ayırıcı tanısında (CGCG)'nin dikkate alınmasının önemini göstermektedir. Hızlı tanı ve tedavi, uzun vadeli sonuçları büyük ölçüde iyileştirebilir.

**Anahtar Kelimeler:** granülom, santral dev hücreli granülom, maksilla, mandibula

#### Resim 1



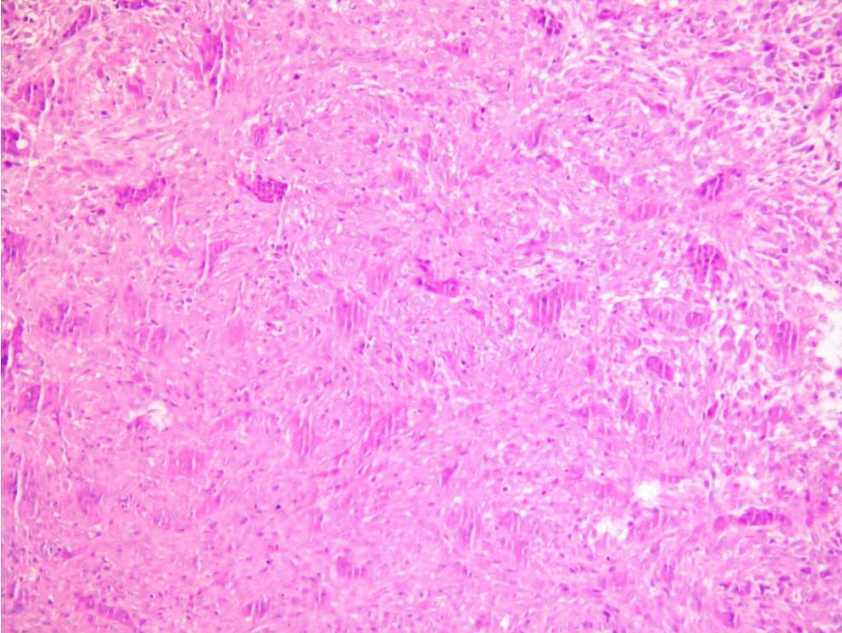
*Ekstraoral muayenede; yüz asimetrisi ve sağ nasolabial olukta abliterasyon*

**RESİM 2**



*İntraoral muayenede; sağ üst alveolden palatum duruma yayılan üzerindeki derinin normal görünümde olduğu, palpasyonla hassas olmayan tümoral lezyon*

**RESİM 3**



*Sellüler görünümlü fibröz bir stromada çok sayıda multinükleer dev hücreler (HE x 100)*

## PS-071

### EGFR inhibitörü afatinib ilişkili eroziv püstüler dermatoz

Elif Bal Avcı<sup>1</sup>, Ecem Zeliha Ergün<sup>2</sup>, Sevil Savaş Erdoğan<sup>1</sup>, Buğra Burç Dağtaş<sup>1</sup>, Cem Leblebici<sup>3</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Eroziv püstüler dermatoz kalın sarımsı kurutlu plaklar, atrofi, erozyon, kalıcı alopesi ile karakterize nadir görülen inflamatuvar bir hastalıktır. Altmış yaş üzerinde ve kadınlarda daha sık görülür. Lokal travma, UV maruziyeti, kriyoterapi, cerrahi, radyoterapi, antineoplastik ilaç kullanımı sonrasında geliştiği bildirilmiştir.

**Olgu:** Kırk sekiz yaşında kadın hasta birkaç aydır olan saçlı deride akıntılı yara şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde temporal bölgeden oksipital bölgeye uzanım gösteren alopesik alanda, yer yer akıntılı düzensiz sınırlı ülser ve vertekste çok sayıda küçük alopesik yama ve dağınık yerleşimli kalın sarı kurutlu plaklar ve sağ ayak başparmak subungual frajil kanamalı nodül ve sol ayak baş parmağında periungual hemorajik kurut saptandı. Akciğer adenokanseri ve beyin metastazı olan hastaya 1 yıl önce afatinib 40 mg/gün tedavisi başlandığı eş zamanlı olarak beyin metastazı nedeniyle baş boyun radyoterapisi aldığı öğrenildi. Hastadan alınan biyopsi örneğinde epidermiste minimal spongioz, yaygın bazal tabakada vakouoler dejenerasyon tüm dermiste perivasküler ve intertisiyel alana yayılan, plazma hücrelerinden zengin, eozinofillerin eşlik ettiği lenfositik hücre infiltrasyonu, mast hücrelerinde artış, seyrek nükleer debris, yer yer fibrin eksudasyonunun izlendiği interfaz dermatiti saptandı. Hastanın mevcut klinik ve histopatolojik Bulguları ile eroziv püstüler dermatoz tanısı koyuldu. Topikal mometazon furoat %0,1 ve salisilik asit %5 krem ve doksisisiklin 100 mg/gün tedavisi başlandı. Hastanın 1 ay sonraki kontrolünde skalpteki alopesik alanda genişleme, ülserde büyük oranda epitelizasyon, paronişisinde tamamen gerileme saptandı.

**Sonuç:** EGFR inhibitörü olan afatinibe bağlı paronişi ve akneiform erüpsiyon ile klinikte sıklıkla karşılaşılmaktadır. Afatinib ilişkili eroziv püstüler dermatoz ise nadir görülmektedir. Literatürde radyoterapi ile sinerjist etki gösteren afatinib ilişkili üç vaka tanımlanmıştır. Olgumuz nadir görülen bir hastalık olması ve tedavi yanıtı açısından da demonstratif bir olgu olması nedeniyle sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** afatinib, eroziv püstüler dematoz, radyoterapi

**Resim 1**



*Paronişi*

**Resim 2**



*Sol temporal bölgeden oksipital bölgeye uzanım gösteren yer yer alopesik alanda akıntılı düzensiz sınırlı ülser ve vertekste çok sayıda küçük alopesik yama ve dağınık yerleşimli kalın sarı kurutlu plaklar*

**Resim 3**



*Paronişi tedavinin 1.ayı*

**Resim 4**



*Skalp lezyonları tedavinin 1.ayı*

## PS-072

### Sırtta tekrarlayan ülser: Siringomiyeli

Yasin Küçük, Mehmet Salih Gürel, Zeynep Arslan

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

**Giriş:** Nöropatik ülser, sıklıkla diyabetes mellitusta travma sonucu özellikle alt ekstremitelerde gibi travmaya maruz kalan alanlarda duyu kusuruna bağlı meydana gelen ülser çeşididir. Diyabet dışında post-herpetik nevralji, B12 vitamin eksikliği, alkolizm, otoimmün hastalıklar, Lyme hastalığı, lepra, HIV pozitifliği, demiyelinizan hastalıklarda görülebilmektedir. Siringomiyeli; konjenital, posttravmatik ve tümöral nedenlerle oluşabilen, spinal kord içerisinde longitudinal seyirli kavite tablosudur. Duysal, motor ve otonom duyu kaybı ile seyredildiği gibi asemptomatik de olabilen bu tabloda nadiren tek bulgu duyu kaybı, ülserasyon veya nöroartropati olabilir (1). Burada nadir görülen siringomiyeli nedeniyle sırtta tekrarlayan nöropatik ülser olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** Kırk beş yaşında erkek hasta sırtta iki aydır mevcut olan yara şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde ilk olarak bir yıl öncesinde sağ paravertebral bölge ve omuz bölgesinde içi su toplayıp sonrasında açılarak ülserleşen ve uygulanan topikal tedaviler sonrasında skar bırakarak iyileşen lezyonlar olduğu, en son iki ay önce sırt sağ tarafta benzer lezyonlar olduğu öğrenildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde; sırt orta hat sağ tarafta omurgaya paralel uzanan oval şekilli 9x2 cm ve 6x1 cm boyutlarında 2 adet yüzeysel ülser, büyük lezyonun ortasında eskar dokusu izlendi (Resim1). Özgeçmişinde 2013 yılında Arnold-Chiari sendromu nedeni ile siringoplevral şant operasyonu öyküsü ve buna bağlı siringomiyeli tanısı vardı. Ülserlerin olduğu bölgede nörolojik muayenede duyu kaybı vardı. Eskar dokusunun debridmanı sonrası topikal gümüş sülfadiyazın ve rifampisin ile atışman tedavisi uygulandı. Hastaya lezyonların travma ile oluştuğu ve nasıl korunacağı anlatıldı. Kontrol muayenesinde lezyonların 3 hafta içinde hızla küçüldüğü ve epitelize olduğu izlendi.

**Sonuç:** Genellikle diyabetes mellitusa bağlı olarak ve alt ekstremitelerde görülen nöropatik ülserler nadiren his kaybının izlendiği merkezi sinir sistemi hastalıklarına bağlı olarak, vücudun çeşitli yerlerinde görülebilmektedir. Lezyonların tedavisinde lokal yara bakımı ve travmadan kaçınma önem arz etmektedir. Özellikle gövde ve ekstremitelerde tekrarlayan ülserasyonlarda his kaybı bulunması durumunda bası ve travmaya bağlı nöropatik ülserasyon akla gelmelidir. Olgumuzda siringomiyeli nedeni ile sırtta his kaybı bulunmaktaydı.

**Anahtar Kelimeler:** Siringomiyeli, Nöropatik Ülser, Arnold-Chiari

#### Resim 1



Sırt orta hat sağ tarafta omurgaya paralel uzanan oval şekilli 9x2 cm ve 6x1 cm boyutlarında 2 adet yüzeysel ülser

**Resim2**



*Hastanın başvurusundan önceki dönemde aynı bölgede oluşan büllöz lezyonlar.*

**Resim3**



*Hastanın başvurusundan önceki dönemde aynı bölgede oluşan büllöz lezyonlar*

## PS-073

### Kutanöz epitelooid hemanjioendotelyoma: Bir olgu sunumu

Ayda Acar<sup>1</sup>, Fatmağül Dirican Ulusoy<sup>1</sup>, Banu Yaman<sup>2</sup>, Taner Akalın<sup>2</sup>, Bengü Gerçeker Türk<sup>1</sup>, Işıl Karaarslan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş - Amaç:** Epitelooid hemanjioendotelyoma, vasküler endotel kökenli nadir görülen malign bir tümördür. Dünya Sağlık Örgütü tarafından metastaz hızının yüksek olması ve diğer hemanjioendotelyomalardan daha agresif davranış göstermesi nedeniyle düşük dereceli, malign vasküler tümör olarak sınıflandırılmaktadır. Esas olarak ekstremitelerde kaslarında, yumuşak dokularda ve karaciğer, akciğer gibi iç organlarda görülür. Primer kutanöz epitelooid hemanjioendotelyoma ise oldukça nadir bir durumdur. Burada belirsiz klinik özellikleri ve nadir görülmesi nedeniyle, klinisyenlerin dikkatini çekmek amacıyla kutanöz epitelooid hemanjioendotelyoma tanısı konularak tedavisi yapılan bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** Yirmi iki yaşında kadın hasta sırtında 3 ay önce sandalyeye oturmayla ağrı olması üzerine fark ettiği sınırları belirsiz, soluk kırmızı lezyon nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede sol lomber bölgede en uzun çapı 4,5 cm olan, sınırları belirsiz, palpasyonla infiltrasyonun hissedildiği, hafif eritemli plak lezyon izlendi. Histopatolojik incelemede dermiste kolajen demetleri arasında yer yer kordonlar şeklinde büyüme paterni gösteren, epitelooid görünümlü hücrelerden oluşan tümör görüldü. İntrasitoplazmik vakuollerin izlendiği tümör hücreleri immünohistokimyasal olarak CD31, CD34, ERG, sitokeratin AE1/AE3 ile pozitif. Bu Bulgularla epitelooid hemanjioendotelyoma tanısı alan olgunun lomber ve torakal vertebra manyetik rezonans görüntülemesinde kemik invazyonu izlenmedi, torakal ve abdomen bilgisayarlı tomografisinde metastaz saptanmadı.

**Sonuç:** Vasküler endotel kökenli nadir bir tümör olan epitelooid hemanjioendotelyoma; bağ dokusu, karaciğer, akciğer, kemik ve deri tutulumuna neden olabilir. Kutanöz epitelooid hemanjioendotelyomaya çoğunlukla alttaki kemik tutulumu eşlik etmektedir. Literatürde sadece deriye sınırlı formu yaklaşık 20 vaka bildiri ile sınırlıdır. Hastalığın kesin tanısı histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme ile konulmaktadır. Histopatolojik incelemede miksocondroid veya hyalinize stromal matriks içinde kordonlar ya da adalar şeklinde gelişim gösteren epitelooid görünümlü endotel hücrelerde intrasitoplazmik vakuollerin görülmesi tipiktir. Epitelooid hemanjioendotelyomanın, lenf nodu veya uzak metastaz riski %20 -30 arasındadır. Tercih edilen tedavi geniş sınırlı cerrahi eksizyondur. Olgumuzda kemik, lenf nodu tutulumu ve metastaz saptanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** kutanöz hemanjioendotelyoma, vasküler tümör, malign



## PS-074

### Temporal arterit: Bir olgu sunumu

Burak Ünlü, Zafer Türkoğlu, Bilgen Erdoğan, Baran Cayhan, Kamer Faruk Coşkun  
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Temporal Arterit, bilinen diğer adlarıyla Dev Hücreli Arterit ya da Horton Hastalığı, aorta ve ana dallarının granülomatoz vaskülit olup başlıca karotid arterin ekstrakranial dallarını, sıklıkla da temporal arteri tutan, orta ila büyük boyutlu arterleri etkileyen sistemik bir vaskülitir. Gelişiminde en büyük risk faktörü yaşlanmadır. 50 yaş altında nadirdir, 8. dekatta insidansı zirve yapar. Gelişmiş ülkelerde vaskülitlerin en sık görülenidir. Damar duvarında granülomatoz bir inflamasyon vardır ve vaskülitik lezyonlar arterleri yamalı bir şekilde tutma eğilimindedir. Hastalarda subfebril ateş, halsizlik ve kilo kaybı gibi nonspesifik klinik belirtilerin yanı sıra temporal bölgede yeni başlayan baş ağrısı, çenede kladikasyon, amorozis fugaks, anterior iskemik optik nöropati, santral retinal arter tıkanıklığı ve sonucunda görme kaybı görülebilir. Kafa derisinde hassas nodüller, nekroz, retiform purpura, eritema nodosum ve aktinik granülom görülebilir. Laboratuvarında normokrom normositer anemi, reaktif trombositoz, artmış eritrosit sedimantasyon hızı (ESR), CRP ve IL-6 değerleri görülebilir. Tanıda klinik, laboratuvar, histopatolojik Bulgular ve görüntüleme Yöntemlerinden yararlanılabilir.

**Olgu:** 73 yaşında kadın hasta yaklaşık 3 ay önce başlayan baş ağrısı, temporal bölgede palpasyonda hassasiyet, saçlı deri ve bitemporal bölgede önce hassas nodüler lezyonlar şeklinde başlayan sonrasında nekrotik, erozyone ve yer yer ülserle görünüm kazanan lezyonlar nedeni ile tarafımıza başvurdu. Laboratuvar analizinde normokrom normositer anemi, artmış ESR, CRP ve IL-6 değerleri görüldü. Temporal arter solda palpabl idi ancak sağda palpe edilemedi. Hastanın göz muayanesi doğal, göz tutulumu mevcut değildi. Hastada her iki temporal arterden biyopsi alınması halinde işlem sonrası yara iyileşmesinin bozulacağı ve nekrotik alanların genişleyeceği düşünülerek bilateral temporal artere yönelik doppler USG yapılmış ve her iki temporal arter duvarında hipoekoik kalınlaşma (Halo bulgusu) tespit edilmiştir. Mevcut Bulgular ile tanı konulan hastaya sistemik steroid ve azatioprin tedavisi başlanmış, lezyonları iyileşmiş ve hastalık kontrol altına alınmıştır.

**Sonuç:** Saçlı deride nekrotik ülserle lezyonların ayırıcı tanısında vaskülitler, özellikle de yaşlı hastalarda temporal arterit düşünülmelidir. Klinik şüphe olan hastalarda histopatolojik tanı ile zaman kaybetmemek adına yüzeysel temporal artere yönelik doppler USG incelemesinin hastanın ilk değerlendirilmesinde tanıda alternatif bir prosedür olarak kullanılabileceğini vurgulamak amacıyla sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Arterit, Doppler, Halo, Temporal

#### Temporal Arterit



## PS-075

### Adölesan çağda tanı konulan bir tuberoskleroz olgusu

Burak Ünlü, Baran Cayhan, Zafer Türkoğlu, Kamer Faruk Coşkun  
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Bourneville hastalığı olarak da bilinen Tuberoskleroz (TS), hamartin ve tuberin proteinlerinin genlerindeki mutasyonların neden olduğu OD, multisistemik kalıtsal bir nörokutanöz hastalıktır. Organlarda tümöral kitleler veya hamartomlar ile karakterizedir. Klinik belirtiler beyin, deri, böbrekler, kalp, gözler, akciğer ve karaciğeri içeren çeşitli iyi huylu tümörlerin oluşumunu içerir. Dermatolojik olarak ise fasiyal anjiyofibromlar (adenoma sebaceum), hipopigmente maküller (ashleaf), shagreen yamaları ve periungal fibroma görülebilir. Fasiyal anjiyofibromlar hastaların %90'ında 2 yaş civarında ortaya çıkar ve papüller nazolabial sulkus, yanaklar ve burun çevresindeki alan üzerinde simetrik olarak görünür. Sistemik tutulumlar incelendiği zaman ise çeşitli kranial hamartom ve tümörlere ek olarak epilepsi ve mental retardasyon ana merkezi sinir sistemi semptomlarıdır. Böbrekte anjiyomyolipomlar, böbrek kistleri ve renal yetmezlik görülebilir. Ayrıca kardiyak rabdomiyom ve retinal hamartomlar açısından da takipte olunmalıdır. Ekstrakutanöz belirtiler için sistemik mTOR inhibitörleri kullanan hastalarda deri lezyonlarında da iyileşme gösterebilir. Topikal mTOR inhibitörleri veya kalsinörin inhibitörleri kullanılarak lezyon iyileşmesi gösterilmiştir.

Olgu: 14 yaşında kadın hasta polikliniğimize yüzündeki "et benleri" şikâyetiyle başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde; 4 yaşından beri olduğunu ifade ettiği, burun ve yanak bölgesinde yerleşen, bilateral, simetrik, açık pembe renkte, multipl, sert papülleri mevcuttu. Adenoma sebaceum ile uyumlu lezyonları olan hastanın özgeçmişinde epilepsi öyküsü ve bilinen ek hastalığı yoktu. Hastanın ebeveynleri 1. Derece akraba idi. Periungal fibrom, shagreen yaması gözlenmeyen hastada ashleaf makülleri mevcuttu. Hastadan radyolojik incelemeler istendi. Kranyal MR'da sağ oksipital lobda kortikal tuber ile uyumlu görünüm saptandı. Üriner ultrasonografide bilateral böbreklerde parankimal korteks yerleşimli anjiomyolipom ile uyumlu olabilecek hiperekoik lezyonlar mevcuttu. Tüm bu Bulgular ışığında Tuberoskleroz tanısı konulan hasta nöroloji, kardiyoloji, nefroloji, tıbbi genetik ve oftalmoloji bölümlerine yönlendirildi. Adenoma sebaceum lezyonlarından şikâyetçi olan hastaya topikal Tacrolimus reçete edildi. Sirolimus kapsül temin ettiğimiz takdirde majistral krem hazırlayarak tedavimize bu molekülle devam etmeyi planlamaktayız.

Sonuç: Sonuç olarak Tuberoskleroz en sık rastlanan nörokutanöz hastalıklardan biri olmasına ve erken yaşlarda bulgu vermesine rağmen, ülkemizde tanı koyma yaşı adölesan döneme kadar uzayabilmektedir. TS ile uyumlu görünen cilt Bulguları varlığında özgeçmiş sorgusu ve nörolojik, nefrolojik, kardiyak ve oftalmolojik incelemelerin önemini bir kez daha vurgulamak istiyoruz. Bu tip hastalar tanı sonrası multidisipliner bir yaklaşımla takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Anjiyofibrom, hamartin, mTor inhibitörleri, tuberin, tuberoskleroz

#### Fasiyal Anjiyofibromlar



## PS-076

### Nadir bir oftalmik zona komplikasyonu: Orbital apeks sendromu

Fatma Kaya Kırac<sup>1</sup>, Sedat Arıkan<sup>1</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>, Hülya Güngel<sup>2</sup>, Tuğba İltir<sup>1</sup>, Ebru Sankaya Tellal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Varisella zoster virüsü damlacık yoluyla bulaşarak enfeksiyon oluşturan nöronlarda latent kalan bir virüsdür. Yaş, cinsiyet, ırk, immünsüpresyon, fiziksel travma ve kronik sistemik hastalıklar gibi etkenlerle tekrar aktive olabilir. Sınırlı bir dermatomal dağılımda ortaya çıkan ağrılı, tek taraflı veziküler bir döküntü ile karakterizedir. Hastalık sürecinde oküler, nörolojik ve visseral organlar ile ilişkili komplikasyonlar gelişebilir. Vakamız, nadir bir oftalmik zona komplikasyonu olan orbital apeks sendromunu incelemek ve şiddetli cilt dışı tutulum olan olgularda immünsüpresyonun araştırılmasının önemini vurgulamak amacı ile sunulmuştur.

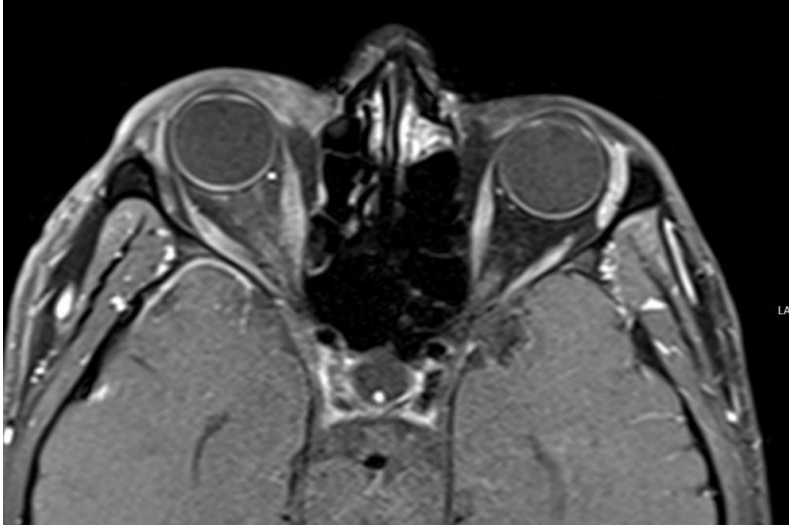
**Anahtar Kelimeler:** apeks, orbital, zoster

#### Resim 1: Hasta Fotoğrafı



Sağ V1 dermatomuna lokalize, sağ frontal bölge ve burun dorsumunda yer yer nekrotik ve hemorajik kurutlu, çok sayıda aktif vezikül ve püstül, sağ göz kapağında eritem ve ödem

#### Resim 2: Orbital MR horizontal kesit görüntüsü



Sağ tarafta ekstraokuler göz kaslarında tutulum ve kavernoöz sinüs asimetrisi

## PS-077

### Covid-19 ilişkili Eritema Multiforme benzeri erüpsiyon

Canan Arı<sup>1</sup>, Müzeyyen Gönül<sup>1</sup>, Lütfi Işık<sup>1</sup>, Volkan Buran<sup>1</sup>, Ünsal Han<sup>2</sup>, Aysun Gökçe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Covid-19 ilişkili giderek artan çeşitlilikte deri Bulguları bildirilmekte ve bunların çoğunu eritematöz makülopapüller, ürtikeryal, chicken pox-like, peteşiyal-purpurik, livedo retikularis ve perniyo benzeri lezyonlar oluşturmaktadır. Son zamanlarda eritema multiforme benzeri lezyonlarla seyreden az sayıda olgu bildirilmiştir. Burada eritema multiforme majör tablosu ile ortaya çıkan bir Covid-19 olgusu sunuyoruz

**Olgu Sunumu:** 25 yaşında kadın hasta ağız ve gövdesindeki yaralar nedeniyle başvurdu. 5 gün önce ateş, boğaz ve baş ağrısı ile birlikte vücutta yaygın kırmızı pembe döküntüler başlamış ve dış merkezde yapılan SARS-CoV-2 PCR testi negatif sonuçlanmıştı. Hasta lezyonlarının verilen tedaviye rağmen şiddetlenmesi üzerine kliniğimize başvurdu ve yeniden negatif sonuçlanan PCR testi sonucuyla kliniğimize yatırıldı. Dermatolojik muayenesinde yüzde, gövde alt ve üst ekstremitelerde birleşme eğiliminde eritemli-mor renkli yer yer targetoid görünümde makülopapüler lezyonlar izlendi. Bukkal ve labial mukozada erode lezyonlar ve beyaz plaklar dudaklarda yaygın hemorajik kurutlar ve anogenital mukozada çok sayıda milimetrik erozyonlar izlendi. Hastanın laboratuvar testlerinde akut faz reaktanlarının yüksekliği ve lenfopeni mevcuttu. Covid-19 dışı viral hastalıklara yönelik istenen tetkikler negatifti. Deri lezyonlarından biyopsi alındı. Hastaya metilprednizolon 60 mg IV ve topikal tedaviler başlandı. Takibinde 4. Günden itibaren lezyonlarda solma başladı. Biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde epidermal nekroz, belirgin eozinofilik sitoplazmalı keratinositlerde ayrışma, dermoepidermal bileşkede yaygın vakuoler dejenerasyon, çoğunlukla papiller dermiste lokalize plazma hücrelerinin eşlik ettiği lenfositer inflamasyon izlendi. Direkt immunfloresan inceleme negatifti. Histopatolojik olarak viral etkiyi düşünen patoloğun uyarısı ile Covid-19 PCR tekrarlandı ve pozitif bulundu. Favipiravir başlanan hasta mevcut lezyonlarının da gerilemesi nedeniyle steroid tedavisi kesilerek taburcu edildi. 2 hafta sonraki kontrolünde hasta Covid-19 ve dermatolojik açıdan iyileşmişti.

**Tartışma:** Covid-19 ile ilişkili eritema multiforme (EM) son zamanlarda bildirilmeye başlanmış bir deri bulgusudur ve az sayıda olguda raporlanmıştır.

Literatürde Covid-19 ile ilişkilendirilmiş EM olgularının bir kısmında kutanöz Bulgular ortaya çıktığında enfeksiyon Bulguları gerilemiş ve Covid-19 PCR testleri negatifleşmiş olarak belirtilmiştir. Hastamıza benzer şekilde Covid-19 testleri başlangıçta negatif iken takipte Covid-19 tanısı alan olgular da bulunmaktadır. Eritema multiforme benzeri lezyonlarla gelen hastalarda Covid-19'un etiyolojide rol alabileceği akılda tutulmalı ve eritema multiforme-benzeri ekzantemi olan hastalarda özellikle sistemik Bulgular varlığında PCR testlerinin erken dönemde negatif olabileceği unutulmayarak testin tekrarlanmasında ısrarcı olunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, eritema multiforme, SARS-CoV-2 kutanöz Bulgular

## PS-078

### Nadir Bir Olgu Sunumu: Çocukluk Çağının Kronik Büllöz Hastalığı ? Lineer IgA ve IgG Dermatozu?

Memduh Veysi Seyit, Duygu Gülseren Büyükdoğan, Sibel Doğan Günaydın, Deniz Ateş Özdemir, Sibel Ersoy Evans  
Hacettepe Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Çocukluk çağının kronik büllöz hastalığı, subepidermal yerleşimli bül oluşumu ve direkt immünfloresan incelemede dermoepidermal bileşkede lineer paternde Immunglobulin A (IgA) depolanması ile karakterize, çocukluk çağının nadir görülen otoimmün büllöz hastalığıdır. Çocukluk çağının kronik büllöz hastalığı tanısı koyduğumuz bu olgu sunumunda hastalığın klinik ve histopatolojik Bulgularını vurgulamayı, direkt immünfloresan incelemede IgA depolanması ile birlikte eşlik edebilecek IgG depolanmasına dikkat çekmeyi amaçladık. 1 yıl 10 aylık erkek hasta; tüm vücudunda yaygın, kaşıntılı, sulu kabarcıklar ve yaralar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hikayesinden sulu kabarcıkların bir buçuk ay önce bez bölgesinden başlayarak bacaklara ve gövdeye yayıldığı, topikal steroid tedavileri kullandığı fakat fayda görmediği öğrenildi. Yaraların gelişiminden önce herhangi bir topikal ya da sistemik ilaç kullanımı olmamıştı. Özgeçmişinde bilinen dahili bir hastalığı olmayan hastada tekrarlayan bir enfeksiyon öyküsü de yoktu. Soygeçmişinde anne baba arasında akrabalık bulunmadığı, ailede bilinen bir hastalık olmadığı öğrenildi. Dermatolojik incelemede genital bölgede yoğun olmak üzere, saçlı deri, yüz, gövde ve üst ekstremitelerde dağınık yerleşimli bazılarının üzeri hemorajik krutla kaplı, bazıları erode, konflue anuler plaklar, intakt bül ve veziküller izlendi (Resim 1-2). Çocukluk çağının kronik büllöz hastalığı, herpes virüs enfeksiyonu, hipereozinofilik sendrom ve büllöz mastositoz ön tanılarıyla Hematoksilin & Eozin ve direkt immünfloresan inceleme için hastadan iki adet punch biyopsi alındı. Rutin histopatolojik incelemede subepidermal ayrışma ve ayrışma alanında nötrofilik mikroabseler, yüzeysel dermiste interstisyel ve perivasküler alanda nötrofil lökosit içeren orta şiddette inflamasyon; direkt immünfloresan incelemede bazal membran boyunca IgA ile lineer kuvvetli pozitif, IgG ile zayıf kesintili lineer pozitif floresan izlendi, IgM ve C3 ile boyanma izlenmedi. Biyopsi ve klinik Bulguları ile çocukluk çağının kronik büllöz hastalığı tanısı konan hastaya prednizolon 1 mg/kg/gün tedavisi planlandı. Çocukluk çağının kronik büllöz hastalığı, ani başlangıçlı, normal veya eritematöz deri üzerinde yerleşen gergin, şeffaf veya hemorajik içerikli vezikül ve büllerle karakterize otoimmün bir deri hastalığıdır. Yeni gelişen büller, genellikle merkezdeki kurutun çevresinde rozet paterni veya mücevher kümesi olarak da isimlendirilen ariform veya annüler görünüm oluşturur. Lezyonlar özellikle alt gövde, genital bölge ve uyluk iç kısımlarına yerleşme eğilimindedir. Genital bölge başlangıçlı büller çocuklarda siktir ve cinsel istismar ile karışabilir. Histopatolojik olarak subepidermal bül oluşumu, papiller dermiste nötrofilik infiltrat, nadir mononükleer hücre ve eozinofil izlenimi ile birlikte direkt immünfloresan incelemede bazal membran boyunca lineer IgA boyanma görülür. Ek olarak IgG ve komplaman 3 depolanımı da olabilir. Ancak IgA ve IgG'nin birlikte depolandığı olgular konusunda literatürde farklı görüşler bildirilmiş olup hastalığın bir alt tipi ya da yeni bir antite, lineer IgA ve lineer IgG dermatozu olabileceği bildirilmektedir. Olgumuz nadir bir hastalığın tipik klinik Bulguları ile demonstratif bir vaka olup direkt immünfloresan incelemede IgA dışı ek immünkompleks birikimlerinin de eşlik edebileceğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Derinin otoimmün büllöz hastalığı, Çocukluk çağının kronik büllöz hastalığı, Lineer IgA ve IgG dermatozu

**Resim 1**



**Resim 2**



**Resim 3**



**Resim 4**



## PS-079

### Dipeptidil peptidaz 4 inhibitörleri ile ilişkili büllöz pemfigoid: İstanbul'da çok merkezli bir çalışma

Ece Uğurer<sup>1</sup>, Ezgi Özkur<sup>2</sup>, İlknur Kıvanç Altunay<sup>2</sup>, Esra Çil Şen<sup>3</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>4</sup>, İlknur Özcan<sup>5</sup>, Yüksel Altuntaş<sup>3</sup>, Mehmet Salih Gürel<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Kırklareli

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Büllöz pemfigoid (BP) genellikle yaşlı popülasyonu etkileyen, gergin, kaşıntılı, bül ve erozyonlar karakterize otoimmün büllöz bir hastalıktır. Dipeptidil peptidaz 4 inhibitörleri (DPP4i) tip 2 diyabetli hastalar için yeni bir oral antidiyabetik ilaç grubudur. Son yıllarda yapılan çalışmalar DPP4i ile BP gelişimi arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamızın temel amacı ülkemizde DPP4i kullanımı ile BP gelişimi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. İkincil olarak DPP4i ilişkili BP vakalarının klinik özellikleri ve biyokimyasal parametrelerinin non-DPP4i ilişkili BP vakaları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:**1 Kasım 2008-1 Ocak 2019 tarihleri arasında İstanbul'da üç dermatoloji bölümü büllü polikliniğinde takipli 58 tip 2 diyabetik BP hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Kontrol grubuna ise endokrinoloji polikliniğinden takipli 75 tip 2 diyabetik hasta dahil edildi. Hastalara ait demografik bilgiler, hastalığa ait klinik özellikleri, kullandıkları ilaçlar ve laboratuvar verileri hastane otomasyon sistemine kayıtlı hasta dosyalarından elde edildi.

**Bulgular:** Hasta ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel bir fark yoktu. BP grubunun yaş ortalaması 74,4±9,4 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması 74,3±6,0 yıl idi (p=0,932). BP grubunun ortalama diyabet süresi 128,8±90,8 ay, kontrol grubunun ortalama diyabet süresi 159,8±86,1 aydı (p=0,027). Her iki grup için de en yaygın reçete edilen oral antidiyabetik metformindi. En yaygın reçete edilen DPP4i ise vildagliptin idi. 58 diyabetik BP hastasından 14'ü (%24,1) vildagliptin, 12'si (%20,7) linagliptin, 6'sı (%10,3) sitagliptin, 1'i (%1,7) saksagliptin kullanıyordu. DPP4i kullanımı açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark yoktu. DPP4i tedavisi alan BP hastaları DPP4i tedavisi almayan BP hastalarıyla karşılaştırıldığında klinik özellikler, lokalizasyonlar, hastalık şiddetleri, tedavi yanıtları ve laboratuvar Bulguları açısından anlamlı fark saptanmadı. Sadece DPP4i tedavisi alan BP hastalarının DPP4i tedavisi almayan BP hastalarına göre istatistiksel olarak daha az mukozal tutulumu mevcuttu (p=0,044).

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızın limitasyonu retrospektif doğada olmasıdır. Buna rağmen ülkemizde DPP4i ilişkili BP hastalarının klinik özellikleri ile ilgili veri oluşturulmasına katkı sağlayacaktır. Bizim çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olmamasına rağmen diyabetik hastalarda BP geliştiğinde DPP4i kullanımı sorgulanmalı ve klinisyenlerle işbirliği yapılarak tedavi planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** büllöz pemfigoid, dipeptidil peptidaz 4 inhibitörleri, diyabetes



## PS-080

### Dize osteoartrit tedavisi için uygulanan trombositten zenginleştirilmiş plazma tedavisini takiben gelişen ekstragenital liken sklerotrofik olgusu

Defne Özkoca, Tuğba Kevser Üstünbaş Uzunçakmak, Zekayi Kutlubay

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Liken sklerotrofik, genellikle kadın genitalinde tutulum gösteren kronik inflamatuvar bir rahatsızlıktır. Tutulan bölgede fildişi rengi sklerotik plaklar ile bulgu verir. Elli üç yaşındaki kadın hasta karnında, omuzlarında ve göğüslerinde sekiz aydır varolan beyazlaşma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Lezyonlar hastanın dizine Mayıs 2019'da osteoartrit tedavisi için ortopedi kliniğinde uygulanan trombositten zenginleştirilmiş plazma (TZP) tedavisini takiben ilk olarak karnında gelişmişti ve vücuda yayılmıştı. Hasta daha önce aynı yıl içinde iki seans ve 2018 ile 2016 yıllarında da çoklu seanslarda TZP tedavisi almış idi. Dermatolojik muayenede abdominal bölgede, göğüslerde ve omuzlara dağılmış, düzensiz ancak kesin ve eritemli sınırları olan, gruplaşma eğilimi gösteren fildişi rengi atrofik plaklar mevcut idi. Yapılan wood muayenesinde hipopigmente lezyonlarda parlaklık artışı saptanmadı. Abdominal bölgedeki lezyondan ekstragenital liken sklerotrofik ön tanısı ile 4 mm punç biyopsi alındı. Biyopsi liken sklerotrofik ile uyumlu olarak raporlandı. Ekstragenital liken sklerotrofik tanısının kesinleşmesi ile hastaya günde iki defa, topikal olarak klobetazol propionat tedavisi başlanıp bir ay sonra kontrole çağrıldı. Liken skleroz hastalarının %15-20'sinde ekstragenital tutulum gözlenir. Hastalığın patogenezinde otreaktif T hücrelerinin rolü olup, hastaların kanında yardımcı T1 hücre sitokin seviyelerinde artış ve lezyonlarda immünohistokimyasal Yöntemlerle yoğun T hücre infiltratları saptanmıştır. Trombositten zenginleştirilmiş plazma tedavisinde hastanın kendi trombositlerinde varolan büyüme faktörleri sentrüfije edilerek ayrıştırılıp açığa çıkartılır. TZP tedavisi yara iyileşmesi ve doku rejenerasyonu üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle kronik yaralar; kas, kıkırdak, tendon ve ligaman yaralanmaları; saç dökülmesi ve rejüvanasyon amacıyla kullanılmaktadır. Trombositlerden açığa çıkan büyüme faktörleri PDGF, TGF-beta, VEGF, EGF, bFGF ve IGF-1'dir. Bunlardan TGF-beta'nın tip 1 ve tip 3 kollajen yapımını hızlandırdığı ve kollajen yıkımını yavaşlattığı bilinmektedir. TZP tedavisi otoimmun hastalıkları tetikleyebilesi nedeniyle bilinen otoimmun hastalığı olan kişilerde dikkatli uygulanmalıdır. Liken sklerotrofik otoimmun bir deri hastalığıdır ve lezyonlarda artmış kollajen yoğunluğu mevcuttur. Trombositten zenginleştirilmiş plazma (TZP) tedavisinin de içerdiği büyüme faktörleri nedeniyle otoimmun hastalıkları tetiklediği bilinmektedir. Ayrıca trombositlerden salınan TGF-beta aracılığı ile kollajen yoğunluğunu arttırmaktadır. Dize osteoartrit için uygulanan TZP tedavisini takiben gelişen ekstragenital liken sklerotrofik olgusunu literatürde benzer bir vaka ile karşılaştığımız için paylaşmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** liken sklerotrofik, osteoartrit, trombositten zenginleştirilmiş plazma

## PS-081

### Dev bül oluşumu ile seyreden herpes zoster olgusu

Muazzez Çiğdem Oba, Kürşat Göker

Sancaktepe Şehit Prof.Dr.İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş - Amaç:** Herpes zoster, varisella-zoster virüsü (VZV) reaktivasyonu ile gelişir ve klinik tablo tipik olarak dermatomal yerleşimli veziküllerle karakterizedir. Büllöz herpes zoster, herpes zosterin literatürde nadir bildirilmiş bir varyantıdır.

**Olgu:** Diğer açılardan sağlıklı 62 yaşında kadın hasta bacakta ağrı ve su toplama şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenede sağ femoral bölge medialinde, çevresinde eritemli zeminde veziküllerin eşlik ettiği seröz mayi içeren dev bül oluşumu mevcut idi. Uyluk proksimali ve distalinde de grupe veziküller görüldü. Ekstremitelerde ısı artışı olmayan hastanın bakılan akut faz reaktanları da normaldi. Bül sıvısının bakteriyolojik incelemesi negatif saptandı. Hastaya klinik olarak herpes zoster tanısı konuldu.

**Sonuç:** Herpes zosterin immunkompetan bireylerde dev bül oluşumu ile seyretmesi nadir bir klinik tablodur. Bu durumun büllöz erizipel gibi herpes zosterine sekonder infeksiyonlar, diğer büllü hastalıklar, alerjik ve inflamatuvar hastalıklar ve mekanobüllöz hastalıklardan ayırt edilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** bül, herpesvirus 3, herpes zoster, varisella-zoster virüsü, vezikülobüllöz dermatozlar

#### Resim 1



*Dev bül ile seyreden herpes zoster*

**Resim 2**



*Bül sıvısından örnekleme sonrası bül artığı ve seröz mayi drenajı görülmektedir.*

## PS-082

### Yenidoğanın subkutan yağ nekrozu

Cemre Yazar<sup>1</sup>, Zennure Takcı<sup>1</sup>, Şahin Takcı<sup>2</sup>, Filiz Eren<sup>3</sup>, Atiye Akbayrak<sup>1</sup>, Havva Yıldız Seçkin<sup>1</sup>, Ezgi Alptekin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Tokat

<sup>2</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tokat

<sup>3</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Tokat

**Giriş - Amaç:** Yenidoğanın subkutan yağ nekrozu (YSYN) yenidoğan döneminde görülen nadir, benign bir pannikülittir. Tipik olarak miadında yenidoğanlarda, yaşamın ilk altı haftasında sırt, kalça, proksimal ekstremiteler ve yanaklarda yerleşen kırmızı, kırmızı- kahverengi veya viyolase subkutan nodüller ve endure plaklar şeklinde görülür. Göğüs ve karın korunma eğilimindedir. Burada miadında bir yenidoğanda herhangi ek laboratuvar ve klinik bulgunun eşlik etmediği bir YSYN olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** On bir günlük kız bebek, annesi tarafından bir gün önce fark edilen sırtta kırmızı sertlik şikayetiyle dermatoloji polikliniğine getirildi. Özgeçmişinde; sağlıklı annenin ilk gebeliğinden ilk yaşayan olarak miadında, 3.000gr ağırlığında sezaryen ile doğduğu, annenin diyabet, preeklampsi gibi herhangi bir hastalığı olmadığı, doğumdan önce 3 gün süren yüksek ateş nedeniyle hastane yatışı olduğu, bebeğin kalp atışlarının yavaşlaması üzerine sezaryen ile doğuma alındığı öğrenildi. Olguda zor doğum ve küvöz öyküsü yoktu. Soygeçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, vital Bulguları stabil olan hastanın vücut ağırlığı, boyu, baş çevresi yaşı ile uyumluydu. Dermatolojik incelemede sırt üst orta hatta yaklaşık 10x8 cm boyutlarında eritemli endürasyon gösteren plak mevcuttu (Resim 1). Tetkik edilmek ve yakın takibi yapılmak üzere yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum kalsiyum ve elektrolitleri normal aralıktaydı. Lezyondan alınan deri biyopisinin histopatolojik incelenmesinde; subkutan yağ dokusunda geniş nekroz alanları, seyrek dev hücre formasyonları saptandı.(Resim 2-3). Klinik ve histopatolojik Bulgularla YSYN olarak değerlendirilen hasta genel durumunun iyi olması, sistemik herhangi bir klinik ve laboratuvar bulgusunun olmaması nedeniyle tedavisiz takibe alınarak taburcu edildi.

**Sonuç:** Subkutan yağ nekrozu tipik olarak miadında doğmuş yenidoğanlarda, yaşamın 2. ve 3.haftalarında ortaya çıkan lokalize, mobil, kırmızı -mor renkli subkutan nodül ve endure plaklar ile karakterize lobuler pannikülittir. Etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Asfiksi, hipotermi, sepsis, mekonyum aspirasyonu, gestasyonel diyabet ve preeklampsi gibi perinatal komplikasyonlar suçlanmaktadır. İyi prognozlu olup, çoğunlukla kutanöz sekel gelişmeden haftalar içerisinde kendiliğinden geriler. Hayatı tehdit edici olabilen hiperkalsemi yanında, anemi, trombositopeni, hipoglisemi ve trigliserit yüksekliği gibi laboratuvar anomalileri görülebilir. Tanı klinik olarak konulur, şüphe varsa deri biyopisi ile histopatolojik inceleme yapılır. Ayırıcı tanıda ilk sırada yer alan sklerema neonatarum çok daha nadir görülen, subkutan yağ dokunun diffuz endürasyonu ile karakterize, mortalitesi oldukça yüksek bir tablodur. Bu olgu YSYN'nin nadir görülmesi, yenidoğan için önemli komplikasyonlarla birlikte olabilmesi nedeniyle sunulmuştur.

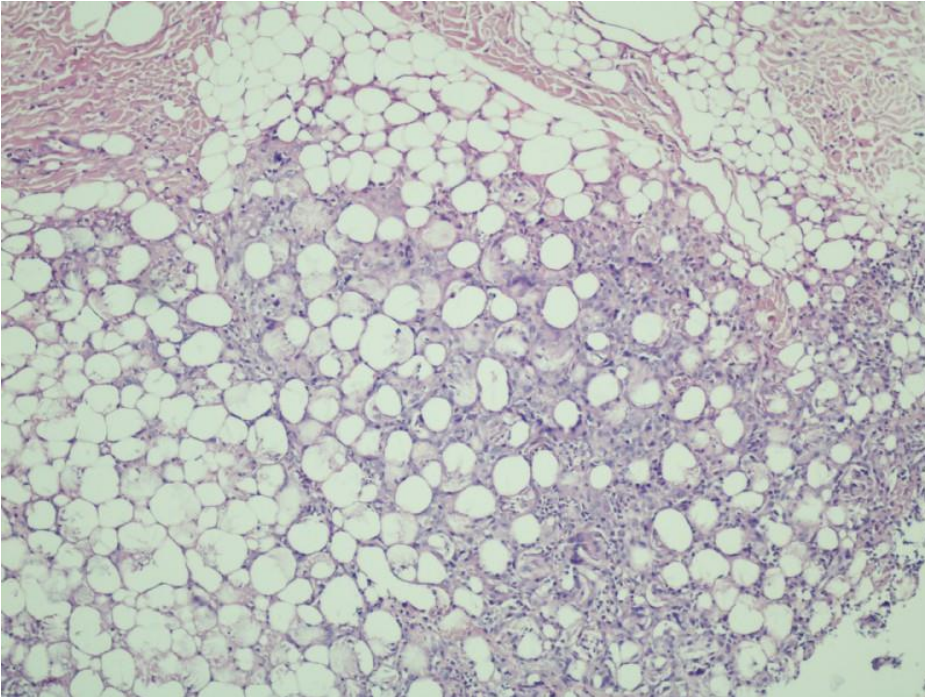
**Anahtar Kelimeler:** pannikülit, subkutan yağ nekrozu, yenidoğan

**Resim 1**



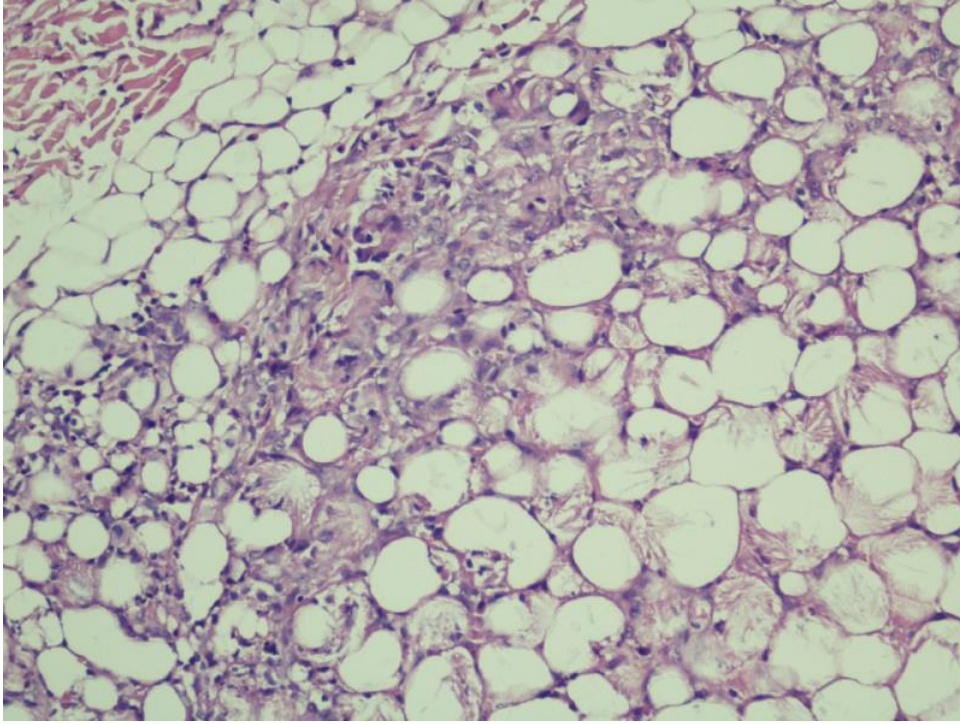
*İnterskapular bölgede yaklaşık 10x8 cm boyutlarında eritemli endüre plak*

**Resim 2**



*Subkutan yağ dokuda geniş nekroz alanları (H&E x100)*

**Resim 3**



*Subkutan yağ nekrozu, seyrek dev hücreler (H&E x200)*

## PS-084

### Ordu ilinde görülen bir kutanöz larva migrans olgusu

Sevda Önder<sup>1</sup>, Murat Öztürk<sup>2</sup>, Hilayda Karakök<sup>1</sup>, Havva Erdem<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu

<sup>2</sup>Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Van

<sup>3</sup>Ordu Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ordu

**Giriş - Amaç:** Kutaneous larva migrans (KLM) dünyada bazı bölgelerde endemik olarak görülür. Tropikal ve subtropikal bölgelere seyahatten sonra görülen en sık deri hastalığıdır. Ancak literatüre baktığımızda ülkemiz gibi endemik olmayan Avrupa ülkelerinde de vakalar görülmektedir. Ülkemizde az sayıda KLM olgusu bildirilmiştir. Bunlardan 4 olgu otokontoz olgu iken 4 olguda endemik bölgeye seyahat öyküsü vardır. Bizim olgumuzda yurtdışı seyahat öyküsü olmayan yerli bir olgu idi. Her ne kadar ülkeler arası ulaşımın kolaylaşması hastalığın görülmesini kolaylaştırırsa da küresel ısınma ve etkileri hem iklim hem de çevre üzerine yaptığı değişiklikler sonucunda bazı paraziter hastalıkların non endemik bölgelerde de görülmesini kolaylaştırmaktadır. Ülkemiz gibi endemik olmayan bölgelerde KLM görülmesi bizlere global warmingin ve buna bağlı olarak iklim ve ekolojik çevre değişiklikleri sonucunda görüldüğünü düşündürmektedir. Burada non endemik bir bölgede görülen ve albendazole iyi yanıt alınan bir kutanöz larva olgusunu ülkemizde nadir görülmesi ve non endemik bölgelerde de görülebileceğini vurgulamak amacıyla sunduk.

**Olgu:** Polikliniğimize 45 yaşındaki erkek hasta 2 haftadır uylukta başlayıp zamanla kalçalardan gövdeye doğru yayılan kaşıntılı kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Hasta bir ofis çalışanıydı ancak hafta sonu bahçe işleriyle uğraştığını ifade ediyordu. Hastanın son yurt dışı seyahat öyküsü yoktu. Bilinen başka bir hastalığı yoktu. Şiddetli kaşıntıdan şikayetçiydi ve giderek koltukaltına doğru uzanan kızarıklık nedeniyle korku duymaya başlamıştı. Dermatolojik muayenesinde gövde sağ yan tarafta sırta doğru yayılan eritemli bir zeminde serpiginoz seyreden 10 cm uzunluğunda plak vardı. Laboratuvar tetkiklerinde eosinofili dikkat çekiyordu. Hastanın hikayesi, dermatolojik Bulguları, laboratuvar ve patoloji sonuçları eşliğinde KLM tanısı konuldu. Tedavi olarak 800 mg albendazol 3 gün süreyle verildi. Tedavi sonrasında hastanın şikayetleri tamamen kayboldu.

**Sonuç:** Sonuç olarak ülkemiz kutanöz larva migrans için endemik olmayan bir bölgedir ancak bölgemiz iklimi ılık ve nemli bir kıyı şehridir. Küresel ısınmanın etkileriyle de larvalar için uygun yaşam alanı oluştuğunu düşünmekteyiz ancak bu konuda ülkemizde ve non endemik bölgelerde yapılmış çalışma sayısı azdır. Olgumuzda lezyonlar doktor tarafından tanınmamış ve bunun sonucunda uyluktan gövdeye doğru ilerlemiştir. Albendazol tedavisine ise hızlı ve iyi yanıt vermiştir. Olgumuzu non endemik bölgelerde de hastalığın görülebileceğine dikkat çekmek amacıyla sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** kutanöz larva migrans, non endemik bölge, kaşıntı

## PS-085

### Dil dorsumunda piyojenik granülom: Bir olgu sunumu

Funda Kuşcu Akdeniz<sup>1</sup>, Ayşe Hande Yoldaş<sup>1</sup>, Ali Mızrak<sup>2</sup>, Ali Veral<sup>2</sup>, Ayda Acar<sup>1</sup>, İlgen Ertam Sağduyu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş – Amaç:** Piyojenik granülom, parlak kırmızı, hassas, kanama eğilimi gösteren benign vasküler bir lezyondur ve oral mukozada da görülebilir. Kronik lokal tahriş, travmatik yaralanma veya hormonal faktörler gibi çeşitli uyarılara yanıt olarak ortaya çıkar. Çocuklarda ortalama tanı yaşı 6-10 yaşdır ve erkeklerde daha sık görülür. Klinik olarak, oral piyojenik granülom, genellikle hemorajik, saplı veya sapsız bir taban üzerinde küçük, eritematöz papüller olarak kendini gösteren düz veya lobüle ekzofitik bir lezyondur. Erişkinlerde en sık gövde veya ekstremitelerde görülürken çocuklarda lezyonlar daha çok baş ve boyunda görülür. Tedavisinde ülserasyon ve kanama nedeniyle genellikle eksizyon yapılmaktadır, bu nedenle uzun dönem seyri net bilinmemektedir ancak spontan remisyonlar da bildirilmiştir. Diğer tedavi seçenekleri arasında pulse dye lazer, karbondioksit lazer, neodimiyum katkılı itriyum alüminyum garnet (Nd:YAG) lazer, kryoterapi, skleroterapi, gümüş nitrat ile kimyasal koterizasyon, topikal fenol, imikimod, beta bloker, intralezyonel bleomisin, intralezyonel ve sistemik steroid bulunmaktadır. Mevcut olgu dil dorsumundaki plak lezyonların ayırıcı tanısını hatırlatmak amacıyla sunulmaktadır.

**Olgu:** Beş yaşında erkek hasta, dil yüzeyinde kabarıklık nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden, mevcut yakınmasının 1 ay önce başladığı, özgeçmişinde 4 yaşında juvenil miyelomonositik lösemi tanısı nedeniyle allojenik kemik iliği transferi yapıldığı, halihazırda asiklovir ve proton pompa inhibitörü tedavisinin sürdüğü öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde dil dorsumunda lobule, kırmızı yer yer sarı membranla örtülü papüllerden oluşan bir plak mevcuttu. Dil dorsumundan alınan punch biyopisinin histopatolojisi 'Piyojenik Granülom' olarak sonuçlandı, eş zamanlı alınan mikolojik doku kültüründe üreme olmadı. Lezyonun asemptomatik olması nedeniyle çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimi ile de istişarede bulunularak tedavisiz takibe alındı.

**Sonuç:** Oral granüloamatöz lezyonlar kemik iliği transferi ve uygulan kemoterapi rejimi sonrası sık görülen bir komplikasyon değildir ve özellikle dilde nadirdir. Literatürde bildirilen bu tür nadir lezyonlar, oral kronik greft versus host hastalığı ve kemik iliği transferinden sonra gelişmiştir. Piyojenik granülom da bu nadir lezyonlardan biridir. Nispeten sık görülür ve her zaman klasik klinik özelliklere sahip olmayabilir. Klasik görünümü ülser olabilen, kanamalı, lobule kırmızı papül veya papüllerin oluşturduğu plak şeklindedir. Etiolojisinde kronik travma ve hormonlar suçlanmaktadır. Ayırıcı tanıya amelanotik melanom, bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom, kaposi sarkomu gibi maligniteler de girebildiğinden histopatolojik tanı önemlidir. Histopatolojik olarak tanı doğrulandıktan sonra mevcut tedavi seçeneklerinden biri ile yönetilebilir ya da tedavisiz izlenebilir. Bu vaka dil dorsumunda yerleşen plak lezyonların ayırıcı tanısını hatırlatma amacıyla sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** dil, kit, piyojenik granülom, kemik iliği transferi, lösemi



**PS-086****Ixekizumab Tedavisi Alan İki Hastada Sorunsuz Geçirilen Covid-19 Enfeksiyonu: Olgu Sunumu**

Özge Kaya, Selda Işık Mermutlu, Sevilay Oğuz Kılıç  
Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Uygulam ve Araştırma Hastanesi

Covid-19 ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan, pandemiye yol açmış oldukça bulaşıcı bir virüstür. Pandemi boyunca acil olmayan sağlık imkanlarına ulaşımın azalması pek çok hastalıkta olduğu gibi psoriasis hastalarında da tedavi devamlılığını sekteye uğratmıştır. Özellikle immünsupresif tedavi alan hastalarda bu tedavilerin pandemi sırasında devamı açısından klinisyenler arasında görüş ayrılıkları ortaya çıkmıştır. Biz de literatüre katkısı olabileceğini düşündüğümüz için ixekizumab tedavisi alırken Covid-19 enfeksiyonu geçiren ve hiçbir komplikasyon gelişmeyen iki psoriasis vulgarisli hastamızı paylaşmak istedik. İlk hastamız 52 yaşında psoriasis vulgaris ve psoriatik artrit tanılarıyla polikliniğimizde takipli bayan hasta. Hastanın yaklaşık 26 yıldır psoriasis tanısı mevcut ve bu süreçte sırasıyla topikal tedaviler, fototerapi, siklosporin, metotreksat, infliximab, etanersept, adalimumab ve sekukinumab gibi birçok topikal ve sistemik tedaviler almış. Özgeçmişinde hipertansiyon ve vertigo hastalıkları, soygeçmişinde kardeşinde psoriasis öyküsü mevcut. Kullandığı tedavilerden yeterli yanıt alamayan ve Ağustos 2020'de polikliniğimize başvuran hastanın o andaki Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) 10.8 idi. Tetkiklerinde anti Hbc IgG pozitifliği olması nedeniyle enfeksiyon hastalıkları görüşü de alınarak ixekizumab ve tenofovir tedavisine başlandı. Tedavinin 7. ayında hasta poliklinik kontrolüne başvurdu. Son ixekizumab enjeksiyonundan 5 gün sonra, yakınlarının Covid-19 geçirmesi nedeniyle kendisinden de nazal sürüntü örneği alınmış ve Covid-19 PCR sonucu pozitif gelmişti. Hastanın aktif Covid-19 semptomu olmaması üzerine evde tedavisi planlanmış ve hasta 5 gün favipravir kullandıktan sonra bulantı-kusması olduğu için tedaviyi kendisi bırakmıştı. Hastanın son PAŞİ değeri 0'di. Hastanın aktif şikayeti olmaması ve kendi isteği üzerine ixekizumab tedavisine planlandığı şekilde devam edildi. İkinci hastamız 46 yaşında erkek hasta. Yaklaşık 24 yıldır psoriasis vulgaris tanısıyla takip ediliyor. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik bulunmayan hasta topikal tedaviler, fototerapi, siklosporin, asitretin, metotreksat ve ustekinumab gibi birçok tedavi almış ancak fayda göremediği için tarafımızca İxekizumab tedavisi başlanmış. İxekizumab tedavisine pandemi döneminde de ara vermeyen hasta son ilaç dozundan yaklaşık 2 hafta kadar sonra hafif gribal semptomları olması üzerine Covid-19 enfeksiyonu için PCR testi yapılmış ve sonuç pozitif olarak gelmiş. Hastaya evde tedavi önerilmiş. Ancak hasta çok hafif semptomları olduğu için herhangi bir tedavi almamış. Hiçbir komplikasyon yaşamadan sıkıntısız bir şekilde Covid-19 enfeksiyonunu geçirmiş. Covid-19 enfeksiyonu sonrasında da psoriatik lezyonlarında herhangi bir aktivasyon izlenmedi. Hastanın en son PAŞİ değeri 2.4'tü. İxekizumab tedavisine halen devam etmekte. Pandemi sürecinde immünsupresif ve biyolojik tedavilerin enfeksiyon riskini artırabileceğine dair görüş psoriasis hastalarında tedaviyi zorlaştırmaktadır. İxekizumab IL-17 inhibisyonu yaparak etki gösteren bir moleküldür. Hatta yapılan birkaç kısıtlı çalışmada İxekizumab gibi IL-17 inhibitörlerinin şiddetli Covid-19 enfeksiyonunda tedavide antivirallere eklenebileceği bildirilmiştir. IL-17 inhibisyonu inflamasyonda kilit rol oynayan IL-6 ve TNF- $\alpha$  gibi sitokinleri baskılayarak sitokin fırtınasını azaltabilir. Bu etkisi sayesinde de Covid-19 enfeksiyonu sırasında gelişen sitokin fırtınasını engelleyebilir. Yapılan çalışmalarda da ixekizumabın lenfopeni yapmadan sitokin fırtınasını engelleyerek Covid-19 enfeksiyonunun şiddetini azaltabileceği savunulmuştur. Covid-19 enfeksiyonu sırasında lenfositopeni gelişebilmektedir. İxekizumab gibi IL-17 inhibitörlerinin TNF- $\alpha$  inhibitörlerinin aksine lenfositopeni yapmadığı düşünülmekte bu açıdan da Covid-19 enfeksiyonu açısından önem kazanmaktadır. Sonuç olarak az sayıdaki çalışmalar ve olgu bildirimleri değerlendirildiğinde İxekizumab Covid-19 pandemisinde güvenilir bir ajan gibi görünmekte ancak daha çok olgu bildiri ve çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Biz de burada belki de İxekizumab kullandıkları için sorunsuz bir şekilde Covid-19 enfeksiyonunu geçiren iki hastamızı paylaşmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Ixekizumab, Covid-19, Psoriasis

## PS-087

### Nadir bir diskoid lupus eritematozus varyantı: Melanotik lupus eritematozus

Baran Cayhan, Zafer Türkoğlu

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir hastanesi, Dermatoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Diskoid Lupus Eritematozus (DLE), sistemik tutulum yapmaksızın sadece deriye lokalize kalan ancak atrofi yapma özelliği belirgin olan bir Lupus tipidir. Ultraviyole ışınların önemli rol oynadığı bu hastalıkta lezyonlar genelde baş-boyun bölgesindedir. Ancak yüz ve boyunda indurasyon, skuamlanma veya atrofi yapmadan sadece hiperpigmente makül veya plaklarla da seyrebilir. Bu tutulum şekli, literatürde, çok nadiren gözlenmektedir ve Melanotik Lupus Eritematozus (LE) olarak isimlendirilmektedir. Hindistan'da yapılan bir klinik çalışmada pigmente maküler varyantın tüm DLE hastaları içindeki oranı %25 olarak saptanmıştır. Melazma düşünülerek birçok tedavi kullanmış ve fayda görmemiş, geç tanı koyulmuş bir Melanotik LE hastasını sizlere sunmak istiyoruz.

**Olgu:** 29 yaşında erkek hasta, alında son bir yılda giderek artan lekelenme şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde herhangi bir özellik olmayan hasta, dış merkez dermatoloji başvurularında birçok leke açıcı krem kullandığını ama fayda görmediğini ifade etti. Dermatolojik muayenesinde alında saç çizgisi hizasında lividi-kahverengi renkli, deri seviyesinde, pigmente makül ve saçlı deri altında diffüz bir eritem gözlemlendi. Zaman zaman oluşan kaşıntı dışında semptomu yoktu. Wood ışığı ile yapılan muayenesinde pigmentasyonda değişim saptanmadı. Kan tetkiklerinde ANA, Anti-dsDNA, Anti-Ro, Anti-La negatif iken Hemogram ve Biyokimya testleri normal olarak değerlendirildi. Pigmentli alandan yapılan histopatolojik incelemede epidermiste incelleme, bazal vakuoler dejenerasyon, yüzeysel dermiste melanofajlar, perifoliküler lenfositik infiltrat ve PAS boyamada dermal mûsin birikimi saptandı. Dermatolojik ve histopatolojik Bulgular eşliğinde hastaya bir DLE varyantı olan Melanotik Lupus Eritematozus tanısı konuldu. Hidroksiklorokin 200 mg tablet 2x1, Tacrolimus %0.1 pomat 2x1 ve güneşten koruyucu krem tedavisi başlandı.

**Sonuç:** DLE'nin bir varyantı olan Melanotik LE, yayınlanmış literatürün azlığına rağmen günlük pratikte daha fazla görülebilmektedir. Gerçek bir Melanotik LE; hiperpigmentasyonun, klinik inflamasyon belirtileri olmadan, de novo ortaya çıkmasıdır. Melanotik LE çok nadir bir DLE varyantı olarak yüzün hiperpigmente lezyonlarının ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. İyi bir anamnez ve dermatolojik muayene ile bu varyant kolayca tanımlanabilir ve tanıda gecikmelerin önüne geçilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** diskoid lupus eritematozus, melanotik lupus eritematozus, melasma, pigmentasyon

#### Hasta Fotoğrafı



## PS-088

### Ritüksimab tedavisi alan pemfigus vulgaris hastasında dissemine herpes zoster: Olgu sunumu

Cemre Yazar<sup>1</sup>, Zennure Takıcı<sup>2</sup>, Atiye Akbayrak<sup>1</sup>, Havva Yıldız Seçkin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Tokat

<sup>2</sup>VM Medical Park Samsun Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Samsun

**Giriş ve Amaç:** Ritüksimab, selektif olarak pre-B ve olgun B lenfositlerin yüzeyinde bulunan CD20 antijenine karşı geliştirilen, fare Fab ve insan Fc kısmı içeren kimerik yapıda monoklonal IgG1 tipinde bir antikordur. Pemfigus vulgaris (PV) deri ve müköz membranların yaşamı tehdit eden, intraepidermal ayrışma ile karakterize kronik otoimmün büllöz hastalığıdır. Günümüzde konvansiyonel tedavilere dirençli, uzun süreli yüksek doz kortikoterapiye bağlı komplikasyonlar gelişen PV'li hastalarda ritüksimab etkili ve güvenli bir adjuvan ajan olarak kullanılmaktadır. Burada PV tanısı ile ritüksimab tedavisi alan hastada gelişen dissemine herpes zoster enfeksiyonu bildirilmiştir.

**Olgu:** Dermatoloji kliniğinde PV tanısıyla takip ve tedavi edilen 69 yaşında kadın hasta, 3 gün önce başlayan omuzda şiddetli ağrılı döküntü şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Sistemik kortikosteroid (30 mg/gün prednisolon, p.o ) tedavisi alan hastaya 3 hafta önce ritüksimab tedavisi eklenmişti (Romatoid artrit protokolü, 15 gün ara ile 2 defa 1000 mg/infüzyon, IV). Özgeçmişinde tip 2 diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığı öyküsü olan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Sistemik muayenesi normaldi, ateş ve lenfadenopati saptanmadı. Dermatolojik muayenesinde ense ve boyun sağ yanından sağ omuza, skapula üst kısmına, üst kola ve gövde ön yüzüne yayılan (C4-T2) eritemli zeminde intakt vezikül olmaksızın grup yapmış çok sayıda yer yer hemorajik kurutlu yer yer nekrotik kurutlar ile kaplı erozyon ve ülserasyonlar ile birlikte özellikle inframammaryan alanda yoğunlaşan tüm gövdede dağınık yerleşimli çok sayıda vezikül ve veziküllerin açılması sonucu oluşan erode ve kurutlu alanlar gözlemlendi (Resim 1,2). Dissemine herpes zoster tanısı konulan hasta hastaneye yatırıldı, laboratuvar analizlerinde karaciğer- böbrek fonksiyon testleri ve tam kan sayımı normal aralıkta olup C-reaktif protein 12,17 idi. Asiklovir (10 mg/kg/doz IV, 8 saatte bir) tedavisine ek olarak sistemik B12 takviyesi, sistemik nonsteroid antiinflamatuvar ve topikal rivanollü gece merhemi tedavisi verildi. Antiviral tedavi 14 güne tamamlandı. Takipte lezyon bölgesinde şiddetli ağrısı artarak devam eden hastaya gabapentin 300 mg/gün tedavisi başlanarak tedrici olarak doz arttırılmıştır.

**Sonuç:** İmmünesupresif tedavi planlanan hastalarda tedavi başlangıcından önce uygulanan herpes zoster aşısı gerek morbiditenin gerek ekonomik maliyetin azaltılmasına katkıda bulunacaktır. Biz bu vakayı ritüksimab tedavisi öncesi rutin önerilen influenza ve pnömokok aşılara herpes zoster aşısının da dahil edilmesinin faydalı olacağını göstermesi amacıyla sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Dissemine herpes zoster, herpes zoster aşısı, ritüksimab

**Resim 1**



*Boyun sağ yanından, üst kola ve gövde ön yüzüne yayılan, eritemli zeminde gruplaşmış yer yer hemorajik yer yer nekrotik kurutlar ile kaplı erozyon ve ülserasyonlar*

**Resim 2**



*Gövde ön yüzde dağınık yerleşimli çok sayıda vezikül, erode ve kurutlu alanlar*

## PS-089

### Hidroksiüre ile indüklenen tırnak pigmentasyonu, onikoliz ve dermopati: Bir olgu

Esranur Ünal<sup>1</sup>, Fadime Kılınç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Hidroksiüre myeloproliferatif hastalıklar ve orak hücreli anemi tedavisinde kullanılan sitotoksik bir ajandır. Uzun süre kullanımda bir çok kutanöz yan etkiye sebep olabilir. Esansiyel trombositopeni 1tanısıyla hidroksiüre kullanan 55 yaşındaki erkek hastanın el ve ayak tırnaklarında pigmentasyon, onikoliz ve elde hidroksiüre dermopatisi gözledik. Son zamanlarda oral kullanım kolaylığı nedeniyle de hidroksiüre kullanımı yaygınlaştığından, doktorların bu ilacın çok sayıda kutanöz yan etkilerinin farkında olmaları amacıyla bu olgu sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** hidroksiüre, kutanöz yan etki, pigmentasyon

#### Resim 1



*El bilek iç yüzlerinde hiperkeratotik, likenifiye plak lezyon.*

**Resim 2**



*El tırnaklarında longitudinal melanonişi, difüz pigmentasyon ve onikoliz.*

**Resim 3**



*Ayak tırnaklarında longitudinal melanonişi ve difüz pigmentasyon.*

## PS-090

### Seboreik dermatit etyopatogenezinde demodeksin yeri ve hastalık şiddetiyle ilişkisi

Fadime Kılınc<sup>1</sup>, Ayşe Akbaş<sup>1</sup>, Zarif Tuçe Özkara Duman<sup>2</sup>, Cansu Altınöz Güney<sup>1</sup>, Yıldız Hayran<sup>1</sup>, Akın Aktaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji, Ankara

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp fakültesi, Dermatoloji, Ankara

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Seboreik dermatit (SD); sık görülen, kronik, tekrarlayıcı, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Nedeni hala tam olarak anlaşılamamıştır. Son yıllarda daha çok mikrobiyolojik, immünolojik ve genetik nedenler üzerinde durulmaktadır.

Son zamanlarda yapılan çalışmalar demodeks akarlarının seboreik dermatit etyopatogenezinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bizde bu araştırmada SD’de demodeks varlığını ve hastalık şiddeti ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Çalışmaya klinik olarak SD tanısı almış 18 yaş üzeri 40 hasta ve sağlıklı 40 kontrol dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve hastalıkla ilgili bilgiler kaydedildi. Hastalık şiddetini hesaplamak için seboreik dermatit alan şiddet indeksi kullanıldı. Hastaların hem lezyonlu hem de lezyonsuz derisinden, sağlıklı kontrollerin normal derisinden standardize deri yüzey biyopsisi Yöntemi ile demodeks arandı. Santimetre karede 5 ve üzerinde demodeks varlığı müsbet olarak kabul edildi.

**BULGULAR:** Hasta grubunda lezyonlu deride %50 oranında demodeks bulunurken, lezyonsuz deride demodeks görülme sıklığı %2.6 idi, kontrollerin %12.5’inde demodeks mevcuttu. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0.001$ ). Lezyonlu derisinde demodeks olan hastaların yaş ortalaması daha yüksekti ( $p = 0.036$ ). Yüz tutulumu olan hastalarda demodeks en yüksek oranda (%60.7) saptandı. Lezyonlu deride demodeks varlığı ile seboreik dermatit alan şiddet indeksi arasında ilişki bulunamadı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** SD’nin tekrarlayıcı olması ve demodeks akarları ile predileksiyon bölgelerinin aynı olması etyopatogenezle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Hem SD, hem de demodeks infestasyonu çoğunluğu benzer olan endojen ve ekzojen pek çok faktör varlığında ortaya çıkmaktadır. Malasezia gibi mikrobiyatanın bir üyesi olan demodeksin SD gelişiminde predispozan bir faktör olabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** demodeks, etyopatogenez, sebore, seboreik dermatit

**PS-091****Layşmanyazis tedavi başarısızlığı mı, ilaç direnci mi?:olgu sunumu**

Fatih Can Aba, Demet Kartal

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Kayseri

**Giriş ve Amaç:** Layşmanyazis terimi, infekte tatarcıkların deriden kan emerken bulaştırdıkları layşmanyaya parazitlerinin neden olduğu geniş bir hastalık grubunu tanımlar. Parazitin tipine ve konağın immün yanıtına bağlı olarak hastalık kutanöz, mukokutanöz ve visseral layşmanyazis olmak üzere üç temel formda karşımıza çıkabilir. Beş değerli antimon bileşikleri 1940'lardan bu yana antilayşmanyal tedavinin temelini oluşturmaktadır. Bunlar meglumine antimonate (Glucantime) ve sodyum stibogluconate (Pentostam)'dır. Ancak son yıllarda dünyanın çeşitli bölgelerinden layşmanyaya tedavisinde klinik yanıtta farklılıklar ile ilgili bildirimler artmıştır. Bu farklılık ilaç direnci veya tedavi başarısızlığı ile ilişkili olabilir. Beş değerli antimon bileşiklerine karşı farklı coğrafik bölgelerde %15'e kadar varan oranlarda primer direnç bildirilmiş olmakla beraber halen pek çok layşmanyaya tipi için en toksik ilaçlardır. Tedavide başarısızlık ile ilaç direnci farklı kavramlardır. Bu olgu sunumunda bu farklılığı vurgulayarak Layşmanyaya tedavisini sürdürdüğümüz hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 61 yaşında kadın hasta. Ekim 2020'de alın bölgesinde, ellerde ve kollarda 1 yıldır olan yara şikayetiyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvurdu. Hastamız Suriye'den göç etmiş. 5 yıldır Türkiye'de yaşıyor. 1 yıl önce Suriye'ye seyahat öyküsü mevcut ve şikayetleri bu seyahat sonrasında başlamış. İlk başta alında sivilce şeklinde başlamış. Sonrasında yavaş yavaş büyümüş ve benzer lezyonlar ellerde ve kolda da çıkmış. 2 ay önce hasta aynı şikayetlerle tekrar hastaneye başvurmuş. Hastada layşmanyazis ön tanısı düşünülmüş ve gerekli örnekler alınarak mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilmiş. Direkt mikroskopide layşmanyaya amastigotları görülen hastaya kutanöz layşmanyazis tanısı konulmuş. Hastaya haftada 1 olacak şekilde intralezyonel meglumine antimonate tedavisi başlanmış. Hasta bu tedaviden fayda görmediği için Erciyes Üniversitesi'ne başvurmuş. Hasta bize başvurduğunda glabella bölgesinden sağ frontale uzanan, üzerinde sarı kurutları ve yer yer hemorajik kurutları bulunan, eritemli, yumuşak kıvamlı, 3x4 cm boyutlarında 1 adet nodüler lezyon; sağ el 5. parmağı komple tutan belirgin ödem, eritem ve skuam, sağ ön kolda 2 adet sol ön kolda 1 adet morumsu renkte ortası skuamlı plak bulunmaktaydı. Lezyonların büyük ve çok sayıda olması sebebiyle hastaya ön planda sistemik meglumine antimonate tedavisi planlandı. Kronik böbrek yetmezliği olması ve diyalize girmesi sebebiyle hasta nefroloji bölümüne sistemik tedavinin uygunluğu açısından danışıldı. Sistemik tedavinin hastanın mevcut böbrek hastalığı sebebiyle uygun olmayacağı cevabının alınması üzerine hastaya haftada 3 gün intralezyonel meglumine antimonate tedavisi, kollardaki ve parmaktaki lezyonlar için ek olarak kriyoterapi başlandı. Tedavi devamlılığını sağlayabilmek adına hastanın tedavi günleri ve saatleri diyaliz saatlerine uygun şekilde düzenlendi. Hastamızın halen tedavi ve takipleri devam etmekte olup tedaviden belirgin şekilde fayda görmüştür.

**Tartışma:** Kutanöz layşmanyazis (KL) Antartika kıtası dışında tüm dünyada görülebilen bir hastalık olup özellikle Akdeniz'e kıyaslı olan ülkelerde insidansı oldukça yüksektir. Ülkemizde ise başta Güneydoğu Anadolu bölgesi olmak üzere Türkiye'nin önemli bir kısmında uzun yıllardır ciddi bir halk sağlığı problemi olarak varlığını sürdürmektedir. Bu olguda hasta başta verilen tedaviyi düzenli kullanmamıştı. Hastamızın yeterli düzeyde Türkçe bilmemesi sebebiyle bu durum ilk başta tedaviye direnç gibi düşünüldü; ancak tercüman aracılığıyla yeniden öykü alındığında durumun ilaç direncinden ziyade tedavide başarısızlık ile uyumlu olduğu düşünüldü. İletişimdeki yetersizlikler tedavide başarısızlığın ilaç direnci olarak algılanabilmesine sebep olmaktadır. Bu olguyu sunarken bu ayırım konusunda daha hassas olmamız gerektiğine dikkat çekmek istedik.

**Anahtar Kelimeler:** layşmanyazis, ilaç direnci, tedavi yanıtı



**Figür 1**



**Figür 2**



**Figür 3**



**Figür 4**



## PS-092

### Şiddetli akne tedavisinde isotretinoin dozunun yaşam kalitesine etkisi

Safak Metekoğlu Akalın

İstanbul Üniversitesi Mediko Sosyal Merkezi

**Giriş ve Amaç:** Akne yaygın görülen bir cilt hastalığıdır. Akne tedavisinde kullanılan isotretinoin hastaların yaşam kalitesini genellikle olumlu etkiler. Bu çalışmanın amacı isotretinoin ile tedavi edilen şiddetli akne hastalarında kullanılan ilaç dozu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya şiddetli aknesi olan 89 kişi alındı. Hastaların hepsinde 120 - 150 mg / kg kümülatif doz tamamlandı. Akne hastalarının 45'i (Grup I) 1 mg/kg / gün dozunda 16 - 20 hafta, 44'ü (Grup II) 0,5 mg / kg/ gün dozunda 32 - 40 hafta isotretinoin ile tedavi edildi. Hastaların tedavi öncesi, birinci ay sonu ve tedavi bitiminde "Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ)" ölçüldü. İstatistiksel analizler SPSS 16.0 programı ile yapıldı.

**Bulgular:** Grup I hastalarının DYKİ sonuçlarında birinci ayda ( $p = 0,024$ ) ve tedavi sonunda ( $p = 0,000$ ) anlamlı bir azalma saptanmıştır. Grup II hastalarının da DYKİ sonuçlarında birinci ayda ( $p = 0,013$ ) ve tedavi sonunda ( $p = 0,000$ ) anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Grup I ve II hastalarının DYKİ sonuçları arasında tedavi öncesi ( $p = 0,134$ ), birinci ay ( $p = 0,516$ ) ve tedavi sonunda ( $p = 0,101$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** 0,5 ve 1 mg / kg / gün isotretinoin tedavisi gören şiddetli akne hastalarında tedavi sonunda yaşam kalitesinde belirgin iyileşme gözlemlenmiştir. Fakat tedavi öncesi, birinci ay ve tedavi sonunda DYKİ ile ilaç dozu arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sonuç olarak isotretinoin ile tedavi edilen şiddetli akne hastalarında ilaç dozunun yaşam kalitesine etkisi yoktur.

**Anahtar Kelimeler:** Akne, isotretinoin, yaşam kalitesi

## PS-093

### Kolşisin tedavisine yanıt veren Covid-19 ilişkili kutanöz vaskülit

Canan Arı<sup>1</sup>, Müzeyyen Gönül<sup>1</sup>, Bengü Reyhan Botsalı<sup>1</sup>, Aysun Gökçe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim dalı, Ankara

<sup>2</sup>SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim dalı, Ankara

**Giriş:** SARS-CoV-2 enfeksiyonu sırasında pek çok sistemin yanısıra deri tutulumu da izlenmektedir. Coronavirüs Hastalığı 2019 (Covid-19) ilişkili kutanöz Bulgular arasında ürtiker, maküllopapüler ve papülloveziküler döküntü, chilblain benzeri akral lezyonlar, livedo retikularis/rocemosa ve peteşiyal lezyonlar başı çekmektedir. Burada renal tutulumu da olan kutanöz vaskülitli bir Covid-19 olgusu sunuyoruz.

**Olgu Sunumu:** 58 yaşında erkek hastaya bir ay önce ateş, halsizlik, bulantı şikayetleri ile yapılan incelemesinde SARS-CoV-2 PCR testinin pozitif olması üzerine favipiravir tedavisi başlanmıştır. Tedavinin 3. gününde ayak sırtında kızamık döküntüleri gelişmiştir. Hastaya tanı öncesi dış merkezde başlanan amoksisilin klavulonat tedavisi mevcut lezyonlara neden olabileceği düşünülerek kesilmiştir. Buna rağmen lezyonlar artmaya devam etmiştir. Döküntü için başlanan setirizin tablet ve metilprednizolon aseponat losyon tedavisinden fayda görmeyen hasta lezyonlarında artış olması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde bilateral el dorsumundan ön kol medialine yayılan, gövde ön ve arka yüzde, gluteal bölgede, bilateral alt ekstremitelerde ve ayak distal yüzde yer yer birleşik ekimotik yama halini alan kırmızı-mor renkli palpabl purpurik lezyonlar izlendi. Müköz membranlarda lezyon izlenmedi. Hastanın laboratuvar testlerinde akut faz reaktanları ve beyaz küre yüksekliğinin yanısıra yeni ortaya çıkan transaminaz yüksekliği mevcuttu. Vaskülit etyolojisi ve sistemik vaskülit tutulumuna yönelik detaylı tetkik edilen hastanın 2,7 gram/gün proteinürisi ve zayıf granüler paternde ANA pozitifliği tespit edildi. Derideki purpurik lezyonlardan alınan punch biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde üst dermiste ödem, dermiste ekstrasvaze eritrositler ve perivasküler yerleşimli eozinofillerin eşlik ettiği nötrofilik infiltrasyon izlenirken direkt immunfloresan inceleme negatifti. Hastanın tedavisine kolşisin 1mg/gün olarak başlandı. Tedavinin 4. gününden itibaren lezyonlarda solma başlarken, 7. günde lezyonlar belirgin olarak geriledi.

**Tartışma:** SARS-CoV-2 enfeksiyonu ile ilişkili kutanöz Bulguların sıklığı %5-20 arasında bildirilmiştir. Kutanöz vaskülit (KV) az sayıda vaka raporu olarak Covid-19 deri Bulguları arasında tanımlanmıştır.

Hastamızda KV etyolojisinden sorumlu olabilecek SARS-CoV-2 enfeksiyonu ve tanı öncesi penisilin grubundan ilaç kullanımı öyküsü bulunmaktaydı; ancak tedavi kesilmesine rağmen iyileşme olmaması hatta lezyonlarda progresyon olması ilaç etkisini dışlamamızı sağladı.

Literatürde Covid-19 seyri sırasında veya sonrasında purpurik döküntüler ile ilgili az sayıda yayın mevcuttur. Bu olguların bir kısmında Covid-19 ile ilişkilendirilen küçük damar okluzyonu ve mikrotrombüs formasyonu görülmesine karşın patolojik incelemede bizim vakamızda bu Bulgular kaydedilmemiştir. Buna karşın olgumuz nötrofilik kırıntılanma olmaksızın nötrofilik ve eozinofilik perivasküler infiltrasyonun tariflendiği olgular ile benzerlik göstermektedir.

Kolşisinin anti-inflamatuar etkisinin yanısıra nötrofil kemotaksisini önlemesi nedeniyle Covid-19'da kullanımını öneren yayınlar mevcuttur. Kolşisin oral alımı takiben 24-72 saatte granülosit ve monositlerde birikerek etkisini ortaya çıkarmaktadır. Bu hızlı etki süresi sayesinde hastamızda kolşisin kullanımı ile kısa sürede deri lezyonlarında belirgin klinik iyilik hali sağlandığını ve bu olgu nedeniyle kolşisinin Covid-19 deri Bulgularında öncelikle düşünülebilecek bir tedavi seçeneği olduğunu düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** covid-19, kutanöz vaskülit, kolşisin

## PS-094

### Tümöral evre mikozis fungoidesin brentiksumab ile tedavisi: Olgu sunumu

Hacı Bayram Tubay, Salih Levent Çınar

Erciyes Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kayseri

Mikozis fungoides (MF) ve Sezary sendromu kutanöz T hücreli lenfomanın en sık görülen alt tipleridir. MF, deride ortaya çıkan ancak ileri evrelerde lenf nodları, kan ve iç organ tutulumu görülebilen bir T hücreli non hodgkin lenfomadır. Deri lezyonları, lokalize veya yaygın olabilen yamalar veya plakları, tümörleri ve eritrodermayı içerir<sup>1</sup>

Brentuksimab, tubulin bozucu ajan monometil auristatin E (MMAE) ile konjuge edilmiş bir anti-CD30 antikordur.<sup>2</sup> Klinik olarak agresif hastalığı olan hastaların standart rejimlerle uzun süreli kontrole sahip olma olasılığı daha düşüktür ve daha agresif ve daha riskli tedaviler gerektirir. Bu tür hastalar için yanıt verme süresi daha kısa ve yanıt oranı daha yüksek ajanlar kullanmak gerekmektedir. Seçenekler arasında romidepsin, brentuksimab vedotin, tek ajan kemoterapi ve kombinasyon kemoterapisi bulunur.

Bu olgu sunumunda topikal imuqimod, sistemik interferon ve lokal radyoterapi tedavilerine dirençli olan ve sistemik brentiksumab tedavisi ile tam remisyon sağlanan tümöral evre MF hastamızı paylaşmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Brentiksumab, Mikozis Fungoides, Tümöral Evre

## PS-095

### Diyetle ilişkili bir dermatoz: "Keto Rash" olgusu

Umut Mert Yıldırım<sup>1</sup>, Mehmet Salih Gürel<sup>1</sup>, Sıdıka Şeyma Özkanlı<sup>2</sup>, Vefa Aslı Erdemir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji A.B.D., İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Patoloji A.B.D., İstanbul

**Giriş:** Prurigo Pigmentoza, diğer bir ismiyle "Keto Rash" veya "Nagashima Hastalığı", postenflamatuvar hiperpigmentasyonla iyileşen kaşıntılı eritematöz papüller, papüloveziküller ve veziküllerle karakterize nadir görülen bir enflamatuvar dermatozdur. Günümüzde sıklığı giderek artan bir prurigo pigmentoza olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** Otuz yedi yaşında kadın hasta 3 yıldır ara ara tekrarlayan ve son 3 haftadır göğüs, sırt ve boyunda mevcut lezyonlar ile başvurdu. Lezyonlarda şiddetli kaşıntı tarifleyen ve 3 hafta önce kilo verme amacıyla ketojenik diyet uygulamaya başlayan hastanın dermatolojik muayenesinde sırt orta hatta, göğüste orta hatta, her iki meme üzerinde ve altlarında (Resim 1), boyunda çeneye kadar uzanan (Resim 2) ve ensede kulak arkasına kadar uzanan bölgede yer yer ekskoriye görünümde eritemli papüloveziküler döküntü, meme arasında lezyonların iyileştiği ifade edilen bölgede dağınık hiperpigmente maküller izlendi (Resim 3). Sırt orta hattaki papüler lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde; filekeratoz, hafif akantoz ve spongiyoz, epidermis ve papiller dermiste nekrotik keratinositler, papiller ve yüzeysel dermiste mikst tipte enflamasyon ve dilate vasküler yapılar izlendi. Diyet önerilerinde bulunulan hasta 1 hafta sonra kontrole geldiğinde kaşıntının ve lezyonların hafif hiperpigmentasyon bırakarak gerilediği görüldü.

**Sonuç:** Prurigo pigmentoza, sıklıkla genç kadınlarda görülen ve ketojenik diyetle ilişkisi nedeniyle "Keto Rash" olarak da adlandırılan postenflamatuvar hiperpigmentasyonla iyileşen kaşıntılı papüloveziküler döküntü ile seyreden bir enflamatuvar dermatozdur. Olgumuzda hastanın şikayetlerinin ketojenik diyet ile aynı anda başlaması, tipik dağılım paterni, postenflamatuvar hiperpigmentasyon bırakarak iyileşmesi, topikal ve sistemik kortikosteroid tedavisine yanıtız olması dikkat çekmektedir. Günümüzde sosyal medyanın yaygınlaşmasıyla birlikte ketojenik diyet gibi farklı diyet türleri toplumda daha sık uygulanmaya başlanmıştır. İnsan vücudu ve metabolizması üzerindeki etkileri tam olarak bilinmemesine rağmen yaygın olarak uygulanan bu diyetlerin yol açtığı durumlara dermatolojik açıdan bir örnek olarak bu olgu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Diyet, Dermatoz, Ketojenik, Keto, Rash

#### Resim 1



*Sırt orta hatta, göğüste orta hatta, her iki meme üzerinde ve altlarında yer yer ekskoriye görünümde eritemli papüloveziküler döküntü.*

**Resim 2**



*Boyunda çeneye kadar uzanan eritemli papüloveziküler döküntü.*

**Resim 3**



*Meme arasında lezyonların iyileştiği ifade edilen bölgede dağınık hiperpigmente maküller.*

## PS-096

### Nadir bir yan etki; favipravire bağlı akut jeneralize ekzantematöz püstüloz

İlknur Özcan<sup>1</sup>, Vefa Aslı Erdemir<sup>1</sup>, Mehmet Salih Gürel<sup>1</sup>, Sıdıka Şeyma Özkanlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, SB Süleyman Yalçın, Göztepe Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, SB Süleyman Yalçın, Göztepe Şehir Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş - Amaç: İlaç reaksiyonları sık görülen hafiften, hayati risk oluşturabilene kadar değişen şiddette görülebilen reaksiyonlardır. COVID-19 tedavisi için kullanılan ilaçlar ile de morbiliform/ekzantematöz maküler erüpsiyonlar, ürtikeryal ilaç reaksiyonları, vaskülitik ilaç reaksiyonları, akut jeneralize ekzantematöz püstüloz (AGEP) gibi birçok ilaç reaksiyonu raporlanmıştır (1). AGEP, eritemli ödemli zeminde, non-foliküler, milimetrik püstüllerle karakterize nadir görülen bir ilaç reaksiyonudur. Literatürde COVID-19 tedavisinde kullanılan ilaçlardan hidroksiklorokin, lopinavir/ritonavir ve cefditoren ile bildirilmiş AGEP vakaları olmakla birlikte, favipravire bağlı AGEP izlenen tek bir vaka bulunmaktadır(1,2). Bu bildiriye favipravir kullanımına bağlı gelişen AGEP vakası sunulmaktadır.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 23 yaşında kadın hasta kliniğimize dış merkezden favipravir tedavisi sonrası 3.günde başlayan kaşıntı ve döküntü nedeniyle yönlendirildi. 20 gün önce COVID-19 tanısı alan ve favipravir birinci gün 2x1600 mg, ardından dört gün favipravir 2x600 mg olacak şekilde tedavisi düzenlenen hasta üçüncü gün bacaklarda kaşıntı ve nefes darlığı ile dış merkez acil servise başvurmuş, döküntünün ilaca bağlı olabileceği söylenmesi üzerine ilacını kesmişti. 1 hafta içinde döküntüleri artan hastaya dış merkezde metilprednizolon 32 mg 1x1 po ve ebastin 20 mg 1x1po tedavileri başlanmış. 3 günlük tedavi sonrası döküntü gerilemeyen hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Ek ilaç kullanımını olmadığını belirten hastanın özgeçmişinde belirgin özellik yoktu. Dermatolojik muayenede; yüzde sağlıklı deri sınırına yakın alanda eritemli, sağlıklı deri sınırını izleyen lineer yer yer deskuamasyon izlenen plaklar, bilateral yanaklarda en büyüğü 3 cm olan eritemli bir kaç adet plak(resim-1), gövde ön ve arka yüz, bilateral aksiller bölgede yoğun olmak üzere bilateral kollar ve bacaklarda birleşmeye eğilimli parlak, eritemli plaklar ve üzerine gövde üst yarısında anüler skuamalar(resim2-3), gövde alt yarısında ve bilateral dirseklerde milimetrik grube tek tek püstüllerin izlendiği plaklar(resim4) görüldü. Oral ve genital mukozaya normaldi. Hastanın gövde sol alt lateralindeki eritemli zeminde püstüller izlenen plaktan AGEP ön tanısı ile biyopsi alındı(resim5). Klinik görünümü ile AGEP tanısı konulan hastaya metilprednizolon 40 mg 1x1 im, topikal dermovate-vazelin karışımı(vazelin katı:vazelin sıvı:dermovate merhem 1:1:1) tedavisi başlandı, oral antihistaminik devam edildi. 8 gün metilprednizolon 40 mg kullanan hastanın püstüller lezyonlarında gerileme görüldü fakat gerileyen lezyonların lateralinde atipik targetoid lezyonların görülmesi üzerine metil prednizolon tedavisi 60 mg'a yükseltildi(resim6-7). Histopatolojik incelemede subkorneal püstül formasyonu, epidermal akantoz, papiller dermiste belirgin ödem, papiller ve yüzeysel dermiste mikst inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlendi. 1 hafta prednol 60 mg kullanan hastanın lezyonlarda gerileme izlenmesi üzerine tedavisi tedrici olarak azaltılarak kesildi.

Sonuç: Favipravir, influenza, ebola, SARS-COV-2 ve diğer RNA virüs enfeksiyonları tedavisinde kullanılan bir pürin nükleozid analogudur(3). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı COVID-19 erişkin hasta yönetimi ve tedavi kılavuzuna göre, ayaktan izlenecek COVID-19 tanılı hastalara favipravir 2x1600 mg yükleme,2x600 mg idame olmak üzere 5 gün tedavi verilmektedir(4). AGEP; sıklıkla intertrijinal bölge veya yüzde ödemli eritemli plak ile başlayan, katlantı bölgelerinde yoğun olmakla beraber, genellikle yaygın eritemli ödemli zeminde milimetrik püstüllerle karakterize, nadiren atipik hedef benzeri lezyonlar, büller ve veziküllerinde izlenebildiği akut, ciddi bir ilaç reaksiyonudur. Semptomlar yeni ilaç kullanımında 1-3 hafta sonra görülmeye başlarken, duyarlılık gelişmiş ajanlarda bu süre birkaç saat kadar kısa olabilir(5). Literatürde en sık antibiyotiklere bağlı görülmekle birlikte, favipravire bağlı AGEP gelişimi gösterilmiş tek olgu bulunmaktadır(2).

**Anahtar Kelimeler:** ilaç reaksiyonu, AGEP, COVID-19, Favipravir



**Resim-1**



*bilateral yanıklarda en büyüğü 3 cm olan eritemli bir kaç adet plak*

**Resim-2**



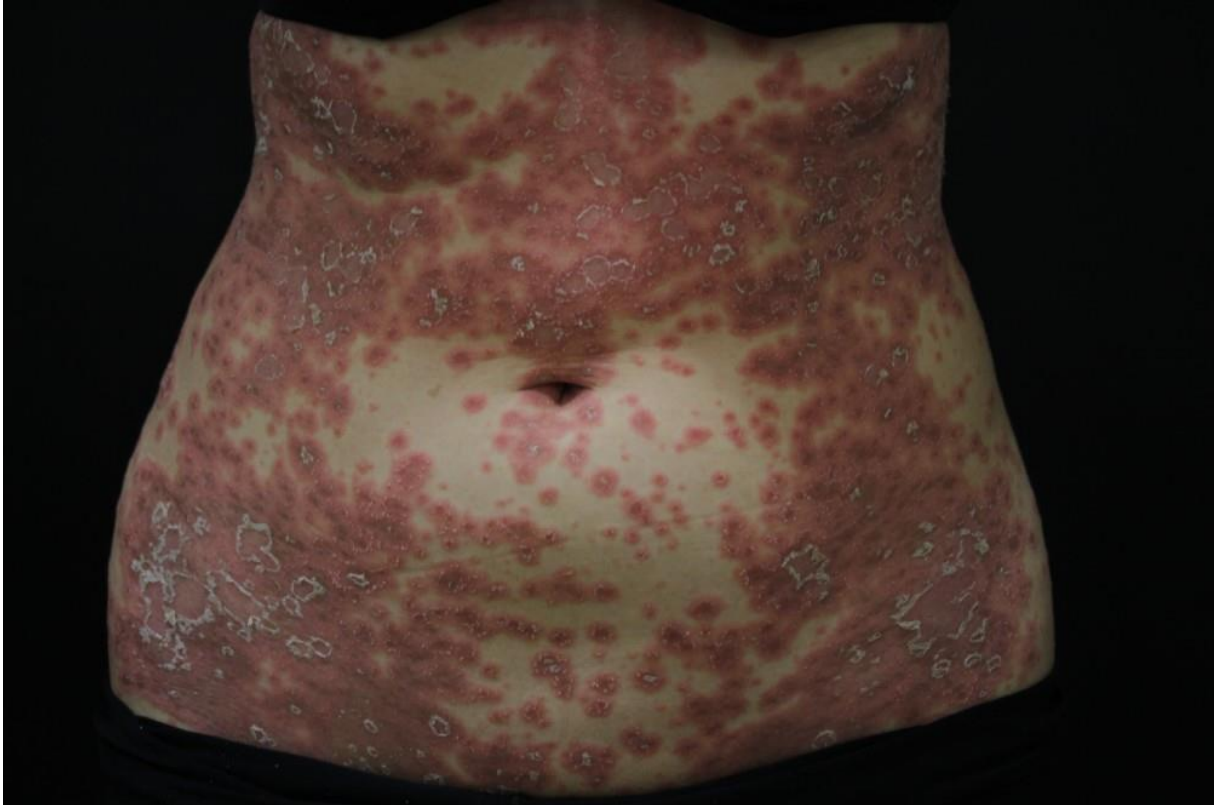
*Gövde ön yüzde birleşmeye eğilimli parlak, eritemli plaklar ve üzerine gövde üst yarısında anüler skuamlar*

**Resim-3**



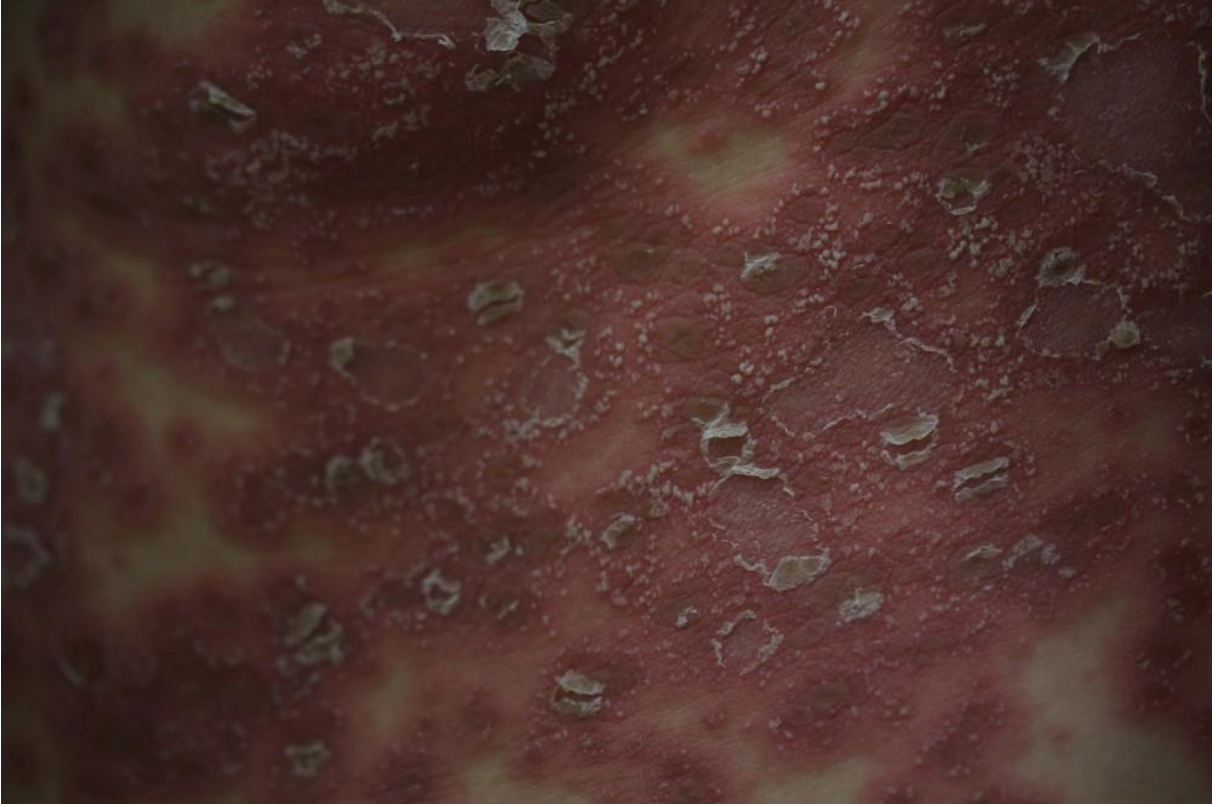
*Gövde arka yüzde birleşmeye eğilimli parlak, eritemli plaklar ve üzerine gövde üst yarısında anüler skuamlar*

**Resim-4**



*Gövde alt yarısında ve bilateral dirseklerde milimetrik grube tek tek püstüllerin izlendiği plaklar*

**Resim-5**



*Eritemli zeminde püstüller ve anüler deskuamasyon izlenen plak*

**Resim-6**



*bilateral bacaklarda gerileyen lezyonların lateralinde atipik targetoid lezyonlar*

**Resim-7**



*Bilateral yanıklarda gerileyen lezyonların lateralinde atipik targetoid lezyonlar*

## PS-097

### Multiple myelomlu bir hastada ortaya çıkan krutlu skabiyes

Muhammet Hanefi Dirican<sup>1</sup>, Murat Borlu<sup>1</sup>, Cansu Zekiye Mezdeği<sup>2</sup>, Özlem Canöz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Skabiyes, *Sarcoptes scabiei* parazitinin neden olduğu parazitik deri enfeksiyonu tablosudur. Skabiyes kliniğini ön planda geceleri artan kaşıntı ve sıklıkla el bileği, aksilla, gluteal bölge ve uyluk iç yüzlerinde yerleşim gösteren erode papüller oluşturmaktadır. Vücuttaki toplam mite sayısı genellikle 10-15 'i geçmemektedir. Skabiyes için patognomonik olan sillon, parazitin stratum korneum tabakasındaki hareketleri sonucunda oluşan tünellerdir. Skabiyesin daha ağır ve nadir görülen, sıklıkla immünitenin baskılandığı kişilerde ortaya çıkan alt tipi krutlu skabiyes (KS) ya da diğer adı ile Norveç uyuzudur. KS'te lezyonlar sıklıkla baş boyun bölgesi ve akral kısımlarda yoğunlaşır, daha psoriaziform ve hiperkeratotik karakterdedir. KS'de klasik skabiyeseye göre çok daha yoğun mite yükü bulunmasına rağmen, lezyonlara genellikle kaşıntı eşlik etmez.

Bu olgu sunumumuzda multiple miyelom ile takip edilen bir hastada akral ve yüzde keratozik lezyonlara neden olan, ayırıcı tanıda zorlayıcı olabilecek KS hastasını paylaşmayı amaçladık.

**Olgu:**Hematoloji servisinde multiple myelom tanısı ile takip edilen, hiperkalsemi tedavisi alan 60 yaşındaki kadın hasta, yüzdeki keratozik lezyonlar nedeni ile tarafımıza danışıldı. Hastanın genel durum bozukluğu olduğu ve hasta kendini yeterince ifade edemediği için anamnezi hasta yakınından alındı. Keratozik lezyonların son 3 aydır ortaya çıktığı öğrenildi, bu lezyonlar öncesinde vücutta kaşıntı şikayetinin olduğu ve yaklaşık 6 ay devam ettiği, genel durum bozukluğu oluştuktan sonra kaşıntı şikayetinde azalma olup, bu lezyonların ortaya çıktığı öğrenildi. Aile hekimliğinin önerisi ile topikal kortikosteroid içeren ilaçların kullanıldığı öğrenildi. Hastanın yanında kalan refakatçisinin de yaklaşık 15 gündür olan, özellikle geceleri artan yaygın kaşıntı şikayetinin olduğu farkedildi.

Hastaya yapılan dermatolojik muayenede bilateral kulak heliksinde, preaurikular bölgelerde, zigoma üzerinde, burun uç kısmında, üst dudakta, el parmak dorsallerinde, el bilek fleksör yüzlerde keratozik plaklar izlendi. Bilateral ayak tabanlarında toplamda 3 adet kalın keratozik plaklar mevcuttu (Şekil 1,2,3).

Hastanın lezyonlarından yapılan deri kazıntısının incelemesinde parazite ya da parazit yumurtalarına rastlanmadı. Ayak tabanındaki lezyondan alınan biyopsi materyalinden yapılan çok sayıda kesitin birkaç tanesinde epidermiste hiperkeratoz, akantoz ve stratum korneumda bir tane akar izlendi. Dermiste vasküler dilatasyon ve hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon, seyrek eozinofil varlığı dikkat çekti (Şekil 4).

Histopatolojik sonuç beklenmeden hastanın tedavisi için bir hafta süre boyunca günlük permetrin 5% krem, sülfür ve katran içerikli topikal preparat uygulaması ve ayak tabanı keratozik lezyonlara topikal üre uygulaması tedavisine başlandı, sonrasında tedavi haftalık olarak tekrar edildi. Tedavi sonucunda hastanın lezyonlarında gerileme meydana geldi, eş zamanlı olarak hastanın aile üyeleri için de tedavi düzenlendi. Takip eden günlerde hastanın kendi isteği ile hastaneden ayrıldığı ve bir ay sonrasında da eksitus olduğu öğrenildi.

**Tartışma:** KS çoğunlukla edinsel veya kazanılmış immün yetmezlik tablosu, beslenme bozuklukları, nörolojik veya mental hastalıklar, hematolojik hastalar ile ilişkilidir fakat nadiren de bu risk faktörleri bulunmadan da ortaya çıkabilir

KS ana klinik bulgu kalın krutlardır ve klasik tipte gözlemlenen kaşıntı, eksskoryasyon ve sillon çoğunlukla izlenmez. KS tedavisi klasik tipe göre daha zordur, tedavi ajanlarının daha uzun süre uygulanması gerekmektedir.

Skabiyesde erken tanının sağlanması ve uygun tedavinin verilmesi enfeksiyonun bulaş riskini, yayılım hızını ve dolaylı olarak oluşacak komplikasyonları engellemek için hayati öneme sahiptir. Bu sebepten ötürü özellikle immün sistemin zayıfladığı hasta grubunda KS gibi atipik skabiyes tabloları da ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Enfeksiyon, Krutlu Skabiyes, Multiple Myelom

**Şekil 1**



*Yüz*

**Şekil 2**



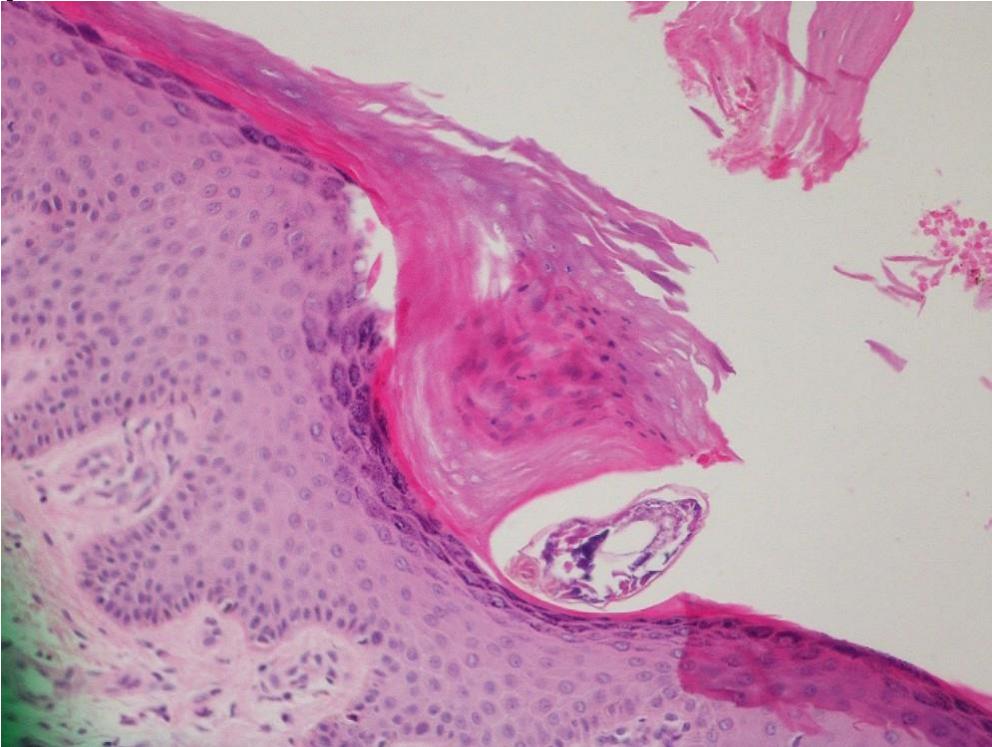
*El Dorsum*

**Şekil 3**



*Ayak Tabanı*

**Şekil 4**



*Histopatoloji*

## PS-098

### SARS-Cov-2 aşısı sonrası kutanöz reaksiyon gelişen 6 olgu

Göksu Yavuz, Harika Ödemiş, Gizem Eren, Sevim Baysak, Burçe Can Kuru  
Sultan 2.Abdülhamid Han EAH, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Ülkemizde Covid-19 için ilk aşılama 13 Ocak 2021'de başlamıştır, SinoVac (CoronaVac) ve Pfizer-BioNTech (12 Nisan 2021'den beri) olmak üzere 2 çeşit aşı uygulanmaktadır. COVID-19'da olduğu gibi, aşılama ile aynı zamana denk gelen ve başka hiçbir belirgin neden olmaksızın çok çeşitli cilt belirtileri tanımlanmıştır. Genellikle minor ve kendini sınırlayıcı reaksiyonlar görülmektedir. Bunların başında gecikmiş lokal reaksiyon (>3 gün), lokal enjeksiyon yeri reaksiyonu (ilk 3 gün), ürtiker ve morbiliform erüpsiyon gelmektedir. Eritromelalji, pernio, anjioödem, pitriazis roze, liken planus, eritema multiforme, herpes zoster reaktivasyonları, vaskülit, mevcut deri hastalığının alevlenmesi veya yeni dermatolojik hastalık başlangıcı görülebilmektedir. SARS-Cov-2 aşısı sonrası gelişen kutanöz reaksiyonların morfolojisini ve zamanlamasını değerlendirmek amacıyla polikliniğimize başvuran 6 olguluk seriyi sunuyoruz.

**Yöntem:** Haziran-Temmuz 2021 tarihleri arasında polikliniğimize 6 hasta SARS-Cov-2 aşısı sonrası deri reaksiyonu ile başvurdu. Yaşları 28-67 arasında değişmekteydi. Aşılar 4 hafta ara ile 2 doz şeklinde uygulanmıştı. 3. doz ilk dozdan 4-6 ay sonra uygulanmıştı. Hastaların cinsiyeti, bilinen kronik hastalıkları, bilinen dermatolojik hastalıkları, daha önceden Covid-19 enfeksiyonu geçirip geçirmediği, aşı alerjisi öyküsü, kaç doz aşı oldukları, kaçınıcı dozda ve aşıdan kaç gün sonra kutanöz reaksiyonunun geliştiği, aşı sonrası oluşan sistemik semptomlar bir forma kaydedildi.

**Bulgular:** 1 ürtiker, 2 morbiliform erüpsiyon, 1 eritema multiforme, 1 vaskülit, 1 yeni başlangıçlı kontakt dermatit olgusu saptandı. Yalnızca 1 hasta önceden Covid-19 enfeksiyonu geçirmişti. 3 hastanın önceden bilinen dermatolojik hastalık öyküsü (atopik dermatit, kontakt dermatit, prurigo nodularis) vardı. Hiçbir hastanın bilinen aşı alerjisi öyküsü yoktu. 5 hastanın bilinen kronik hastalığı (hipertansiyon, hiperkolesterolemi, koroner arter hastalığı, hipotiroidi, periferik venöz yetmezlik, gastrit, gastrointestinal sistem kanama öyküsü, astım) mevcuttu. 2 hastaya Pfizer-BioNTech, 4 hastaya SinoVac (CoronaVac) aşısı uygulanmıştı. Hastalar 1-3 doz aşı olmuşlardı ve kutanöz reaksiyonlar 1-3. dozdan sonra gelişmişti. Aşı sonrası kutanöz reaksiyon gelişimi için geçen süre 3 gün-1 aydı. 4 hastada aşı sonrası sistemik semptom (yorgunluk, baş ağrısı, eklem ağrısı, kas ağrısı, daire, uykusuzluk, soğuk terleme) görülmüş olup diğer 2 hastada sistemik semptom görülmemişti.

**Tartışma ve Sonuç:** Literatürde influenza, difteri-tetanoz-boğmaca, polio, hepatit B, kızamık-kızamıkçık-kabakulak, varisella, HPV aşıları dahil pek çok aşı için çeşitli kutanöz reaksiyonlar bildirilmiştir. Bunlar lokal reaksiyonlar (spesifik olmayan eritem, şişlik, hassasiyet vb., spesifik bir aşıya bağlı olan Nicolau sendromu, nodül-granülom, eskar-ülser, ekzema vaksinatum), generalize hipersensitivite reaksiyonları (anafilaksi, morbiliform erüpsiyon, ürtiker, anjioödem, eritema multiforme, Stevens-Johnson sendromu, akut generalize ekzantematöz püstülozis, ilaç hipersensitivite sendromu), spesifik dermatolojik hastalıklar (liken planus, granüloma annulare, folikülit, büllöz pemfigoid, skatrisyel pemfigoid, çocukluk çağının papüler akrodermatiti, Sweet sendromu, vaskülit, eritema nodozum, kutanöz lupus eritematozus), alerjik reaksiyonlar (alüminyum ve thimerosale bağlı alerjik kontakt dermatit, alüminyuma bağlı subkutan nodül) olarak sıralanabilir. Biz de burada SARS-Cov-2 aşısı sonrası diğer aşılarından sonra oluşanlara benzer şekilde kutanöz reaksiyon gördüğümüz 6 olguyu sunmayı uygun gördük.

**Anahtar Kelimeler:** Aşı reaksiyonu, aşı sonrası deri reaksiyonu, aşı sonrası kutanöz reaksiyon, Covid-19 aşısı, SARS-Cov-2 aşısı



## PS-099

### Erüptif vellüs kıl kisti: Bir olgu

Esra Varnalı<sup>1</sup>, Nurgül Bayram<sup>1</sup>, Zeynep Topkarcı<sup>1</sup>, Damlanur Sakız<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Erüptif vellüs kıl kisti, vellüs kıl foliküllerinin nadir görülen bir foliküler gelişimsel anormalliğidir. Genellikle yaşamın ilk 3 dekadında görülür. En sık gövde ve üst ekstremiteleri tutan sarı-kahverengi düz papüller olarak ortaya çıkarlar. Tanıda altın standart Yöntem histopatolojidir.

22 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 yıldır, gövde ön yüzde deri renginde olan 1-3 mm çaplı multipl papülleri, bazılarının ortasında açık komedonu andırır tarzda siyah noktasal alanları mevcuttu (Resim 1). Bilinen ek hastalığı olmayan hastanın kozmetik kaygı dışında herhangi bir şikayeti yoktu. Erüptif vellüs kıl kisti ve komedon ön tanılarıyla alınan deri punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste ortokeratotik stratum korneum, dermiste az sayıda melanofaj, dermal kapillerler çevresinde az sayıda lenfosit izlendi. Deri ekleri çevresinde fibröz bağ dokusu artmış, derin dermiste yerleşmiş, lümeninde keratin ve vellüs kıl shaftı içeren dilate folikül yapısı izlendi. Bu histopatolojik Bulgular eşliğinde hastaya eruptif vellus kıl kisti tanısı kondu. Tedavide adapalen jel 1x1 önerildi.

Eruptif vellus kıl kisti temelde hastalar için kozmetik bir endişeye yol açmasının yanısıra kronik ve tedavisi zor bir klinik tablodur. Vakaların yaklaşık %25'i kendiliğinden düzelir. Tedavi seçenekleri arasında topikal retinoidler, %10 topikal üre, %12 laktik asit ve CO2 lazer bulunur. Sonuç olarak erüptif vellüs kıl kistin nadir olması ve benzer birçok antite ile benzerliği nedeniyle tanıda yalnızca klinik Bulgular yetmeyebilir, beraberinde histopatolojik incelemeye başvurulabilir. Yapılan klinik çalışmalar ile tedavilerin etkinliği gözden geçirilmiş olup ileride bu tür hastaların yönetimi konusunda bize fayda sağlayacağını ummaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** folikül, infundibulum, kist, retinoid

#### Resim 1



*gövde ön yüzde, deri renginde multipl papüller*

## PS-100

### Telenjiektazia makularis erüptiva perstans dermoskopisi: Bir olgu sunumu

İrem Yanatma

Seydişehir Devlet Hastanesi

**Giriş - Amaç:** Kutanöz mastositozlar ürtikerya pigmentoza, soliter mastositom, diffüz kutane mastositoz ve telenjiektazia makularis erüptiva perstans (TMEP) olarak dört gruba ayrılmaktadır. TMEP kutanöz mastositozların %1'ini oluşturmaktadır[1]. Diğer tiplerden farklı olarak erişkin yaşta ortaya çıktığı ve sistemik tutulum ilişkisinin diğer tiplere oranla daha sık görüldüğü gösterilmiştir. Tanı klinik ve histopatolojik Bulgular eşliğinde konulur. Sistemik mastositoz birlikteliğinin daha yüksek olduğu bu mastositoz alt tipinin tanısında dermoskopi poliklinik ortamında non- invaziv tanı imkanı sağlaması açısından değer taşımaktadır[2-3].

**Olgu:** 48 yaşında erkek hasta 2 yıldır özellikle vücudun üst yarısında olan kaşıntı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde bilateral omuzlar ve kol proksimallerinde eritemli basmakla solmayan 8 adet 0.5 cm'lik maküller bulunmaktaydı. Dermite 4 dermoskop kullanılarak yapılan dermoskopik muayenesinde retiküler ağ deseninde telenjiektaziler görüldü. Darier bulgusu ve dermografizmi pozitif olan hastanın rutin laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Alınan 4 mm cilt biyopsisinde papiller dermiste dilate vasküler alanlar içerisinde mast hücreleri görüldü. Hasta sistemik tutulumun araştırılması için hematoloji bölümüne yönlendirildi.

**Sonuç:** TMEP in dermoskopik Bulguları Akay ve arkadaşları tarafından tanımlanmış olup en sık görülen Bulgular pigmente ağ yapısı ve retiküler damar paterni olarak raporlanmıştır. Pigmente ağ yapısı daha çok ürtikerya pigmentozada görülmektedir[4]. Retiküler damar paterni ise mast hücreleri ile çevrili dilate damarlara karşılık gelir ve TMEP'te görülmektedir[1]. Vano Galvan ve arkadaşları tarafından yapılan daha geniş bir vaka serisinde kutanöz mastositoz dermoskopik Bulguları pigmentli ağ, sarı-turuncu amorf alan, kahverengi amorf alan ve retiküler desenli telenjiektazi olarak gruplandırılmıştır[5]. Tipik retiküler damar paterni ile seyreden bir TMEP olgusu sunulmuştur. TMEP için karakteristik olarak kabul edilen bu paternin görülmesi TMEP in diğer mastositoz alt tiplerinden ve ekzantematöz hastalıklardan ayırımında yardımcı olacaktır[3].

**Anahtar Kelimeler:** mastositoz, TMEP, dermoskopi, telenjiektazi

#### Resim 1



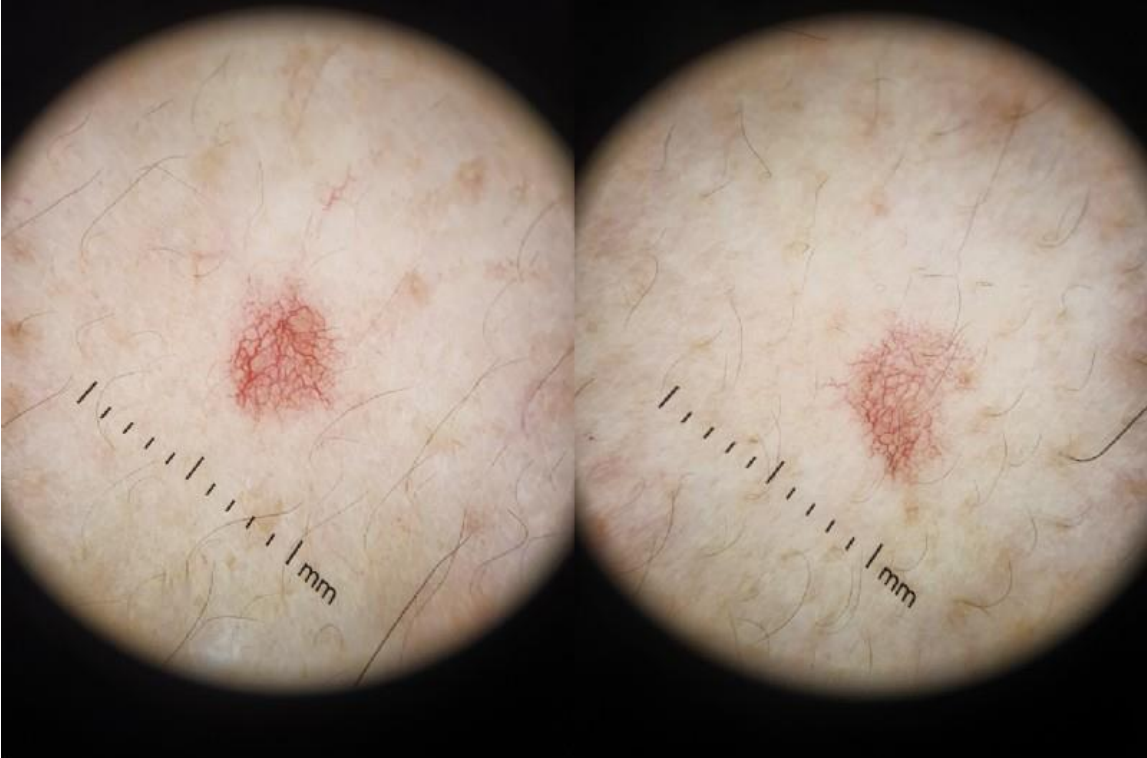
Resim 1: Omuzlarda eritemli maküller

**Resim 2**



*Resim 2: Dermografizm pozitifliği*

**Resim 3**



*Resim 3: Retiküler desende telenjektaziler*

## PS-101

### Pediatric bir alopesi areata incognito olgusu ve trikoskopik Bulguları

Ahmet Kağan Özdemir, Yıldız Hayran, Güneş Gür Aksoy  
Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

**Giriş:** Alopesi areata incognito (AAİ) ilk olarak 1987'de tanımlanmış, klasik alopesi areatada görülen tipik yamalardan farklı olarak telogen saçların tüm skalpte yaygın dökülmesiyle seyreden bir hastalıktır. Klinik olarak haftalar içinde gelişen yaygın ve şiddetli saç kaybı ile ilişkilidir. Trikoskopi saç hastalıklarının tanısında yararlı bir Yöntemdir. Bu vaka raporunda trikoskopinin yardımı ile AAİ tanısı konulan ve tedaviden yarar gören pediatrik yaş grubunda bir hasta sunulmuştur.

**Olgu:** 14 yaşında kız hasta kliniğimizin pediatrik dermatoloji bölümüne 2 haftada hızla gelişen saç dökülmesi şikayeti nedeniyle yönlendirildi. Çocuk cerrahisi kliniği tarafından yakın zamanda over kist rüptürü nedeniyle takip edilmiş hastanın özgeçmişinde ailesel akdeniz ateşi dışında hastalığı yoktu. Devamlı kullandığı kolşisin ve çocuk cerrahi kliniğinde karın ağrısı etyolojisi araştırılırken 6 gün boyunca kullanmış olduğu sefotaksim dışında ilaç öyküsü bulunmuyordu. Hastanın dermatolojik muayenesinde tüm skalpi etkileyen saçlarda incelleme ve saç yoğunluğunda azalması mevcuttu (Resim 1). Yapılan pull testi pozitif. Trikoskopik incelemede skalpin tüm alanlarında sarı noktalar, siyah noktalar, kısa vellüs kıllar ve domuz kuyruğu saçlar izlendi (Resim 2). Hastanın bakılan kan tetkiklerinde vitamin d ve demir eksikliği mevcuttu. Trikoskopik Bulgular eşliğinde hastaya AAİ tanısı konuldu. 46 kg ağırlığındaki hastaya toplamda 2 doz ayda bir kere 40 miligram intramüsküler triamsinolon asetonid uygulandı ve vitamin d ile demir replasmanı başlandı. Hastanın 3. ay takibinde saç dökülmesi tamamen durmuştu ve tüm skalpte yeni saç çıkışı mevcuttu (Resim 3).

**Sonuç:** AAİ tanımlandığından beri pediatrik hasta grubunda nadiren bildirilmiş bir hastalıktır. Hastalığın kliniği klasik alopesi areatadan farklı olsa da, bu iki durum histopatolojik ve trikoskopik olarak benzer özellikler göstermektedir. Alopesi areata hastalarında trikoskopik incelemede sarı noktalar, kısa vellüs kıllar, siyah noktalar, kırılmış saçlar, ünlem işareti saçlar, domuz kuyruğu saçlar ve yukarı doğru büyüyen saçlar en sık görülen Bulgulardır. AAİ hastalarının trikoskopik incelemesinde de sarı noktalar, büyüyen saçlar ve distrofik saçlar en sık tespit edilen Bulgulardır. Alessandrini ve arkadaşları tarafından yapılmış çalışmada AAİ hastalarının hastalık şiddeti ile baskın trikoskopik Bulguları ortaya koyulmuştur. Saç dökülmesinin en şiddetli olduğu hasta grubunda boş sarı noktalar, vellüs kılın izlendiği sarı noktalar, büyüme halinde küçük saçlar ve domuz kuyruğu saçlar tespit edilmiştir. AAİ tedavisinde topikal ve sistemik kortikosteroidler kullanılmaktadır. Bizim hastamızda klinik seyir hızlı ilerlediği ve hastalıktan etkilenim şiddetli olduğu için sistemik kortikosteroid tedavisi tercih edilmiştir. Sonuç olarak bu bildiride, pediatrik yaş grubu dahil olmak üzere yaygın saç dökülmesi ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken, tanısı trikoskopinin yardımıyla girişimsel Yöntemlere gerek kalmadan konulabilen AAİ hastalığı sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** alopesi areata, trikoskopi, saç dökülmesi

#### Resim 1



Hastanın ilk başvurusunda tespit edilen saçlarda yaygın incelleme ve dökülme.

**Resim 2**



*Hastanın trikoskopik incelemesinde: sarı noktalar (siyah halka), siyah noktalar (beyaz halka), domuz kuyruğu saçlar (siyah ok) ve kısa vellüs kıllar (beyaz ok) tespit edildi.*

**Resim 3**



*2 doz aylık intramüsküler kortikosteroid tedavisinden 1 ay sonra görülen tedavi yanıtı.*

## PS-102

### Etambutolle Tetiklenen Likenoid İlaç Erüpsiyonu

Büşra Solak Esen, Mehmet Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Erzurum

**Giriş:** Likenoid ilaç erüpsiyonları; antimalaryaller, tiazidler, imatinib gibi çeşitli ilaçların sistemik alımı veya kontakt teması ile tetiklenen nadir görülen kutanöz advers reaksiyonlardır. Genellikle idiyopatik liken planusa göre yaşlı kişilerde ve ilaç alımını takiben haftalar hatta ayları bulan latent dönem sonrası ortaya çıkar. Likenoid ilaç erüpsiyonları ve idiyopatik liken planus olguları oldukça benzer histopatolojik Bulgular gösterir. Histopatolojik olarak likenoid ilaç erüpsiyonu tanısı net olarak konulamaz. Likenoid ilaç erüpsiyonu tanısı anamnezde şüpheli ilacın kullanımıyla tetiklenmesi, kesilmesiyle gerilemesi ve histopatolojik Bulguların bir arada değerlendirilmesiyle konulabilir.

**Amaç:** Antitüberküloz ilaçlara bağlı çok sayıda kutanöz ilaç reaksiyonu bildirimini mevcuttur. Likenoid ilaç erüpsiyonları bildirimlerin %10' nunu oluşturmaktadır. İsoniazid, etambutol, prazinamid ve rifampisin ile ortaya çıkan likenoid ilaç erüpsiyonları şimdiye kadar literatürde az da olsa mevcuttur. Biz de takip ettiğimiz etambutolle tetiklenen likenoid ilaç erüpsiyonu olgumuzla bu konuda sınırlı sayıda vaka bildirimini olan literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

**Olgu:** 70 yaşında bilinen akciğer tüberkülozu, benign prostat hiperplazisi tanıları olan erkek hasta polikliniğimize 15 gün önce başlayan tüm vücutta döküntü ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde yüzde, gövdede ve ekstremitelerde yaygın yer yer skuamli viyolose renkli papüler plak lezyonları mevcuttu. Mukoza muayenesi normaldi. Hastanın anamnezinde 2,5 ay önce akciğer tüberkülozu tanısıyla 4'lü antitüberküloz tedavi başlandığı, tedavi başladıktan yaklaşık 2 ay sonra döküntülerinin ortaya çıktığı öğrenildi. Kaşıntı şikayeti nedeni ile 10 gün kadar önce tüm antitüberküloz ilaçlarının göğüs hastalıkları tarafından kesildiği belirtildi. Hastanın kolundan 4 mm'lik punch biyopsi alındı. Biyopsi sonucu likenoid ilaç erüpsiyonu, liken planus ile uyumlu olarak raporlandı. Hasta likenoid ilaç erüpsiyonu tanısıyla göğüs hastalıkları bölümü ile ortaklaşa takip edilmek üzere servisimize yatırıldı. Hasta servisimizde takibe alındığında 15 gündür herhangi bir antitüberküloz tedavi almıyordu, topikal steroid ve antihistaminik tedavisi yatışından önce başlanmıştı. Lezyonları eskiye nazaran bir miktar solmuş, kaşıntısı ise eskisinden az olmakla birlikte devam ediyordu. Hastaya isoniazid kullandığı 2 ay boyunca piridoksin takviyesi yapılmamıştı. Likenoid ilaç erüpsiyonu öncelikli olarak literatürde vakaların daha çok isoniazid ile bildirilmesi ve piridoksin takviyesinin yapılmaması nedeni ile isoniazide bağlı düşünüldü. Göğüs hastalıklarının önerisi ile ilk olarak hastaya rifampisin 600 mg başlandı. Hasta 1 hafta kadar rifampisin ile takip edildikten sonra herhangi bir reaksiyon olmaması ile tedavisine etambutol 1000 mg eklendi. Etambutol tedavisinin başlaması ile hastanın kaşıntıları ertesi gün fazlasıyla arttı, hastanın hemogramında 590 (%6)'a kadar gerileyen eozinofil değeri 2 gün sonra 4600 (%40)'a tekrar yükseldi. Hastanın etambutol tedavisi ertesi gün kesildi ve hasta göğüs hastalıklarına konsulte edildi. Hastaya isoniazid 300 mg başlanması önerildi. Hastanın takiplerinde etambutol kesildikten ve isoniazid başladıktan sonra 14. günde eozinofil değeri 1100 (%13) 'e kadar gerilemiş ve lezyonları aktifliğini yitirmişti. Hasta rifampisin ve isoniazid tedavisine göğüs hastalıklarının da önerisi ile 4 ay daha devam etmek üzere taburcu edildi. Hastanın takiplerinde 2 ay sonrasında döküntüleri tama yakın gerilmişti.

**Sonuç:** Tüberküloz ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkeler için büyük bir sağlık problemidir. Türkiye'de sıklığı 100000 kişide 30-40 olarak düşünülmektedir. Ülkemizde ve dünyada birçok hasta antitüberküloz ilaç kullanmaktadır. Bu açıdan antitüberküloz ilaçların advers reaksiyonları konusunda dikkatli olunmalıdır. Biz de etambutolle bağlı likenoid ilaç erüpsiyonu olgumuzla sınırlı sayıda olgu bildirimini olan literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** etambutol, likenoid ilaç erüpsiyonu, tüberküloz

**Figür 1**



**Figür 2**



**Figür 3**



**figür 4**



*lezyonların 2 ay sonrasında gerilemiş hali*



**figür 5**



*lezyonların 2 ay sonrasında gerilemiş hali*

**figür 6**



*lezyonların 2 ay sonrasında gerilemiş hali*

## PS-103

### Erken doğum ve şiddetli postpartum alevlenme ile gelen pemfigoid gestasyones olgusu

Yeşim Dede, Mehmet Salih Gürel, Hatice Kübra Çakı, Vefa Aslı Erdemir

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

**Giriş-Amaç:** Pemfigoid gestasyones (PG), tipik olarak gebeliğin son döneminde veya lohusalıkta kaşıntılı vezikülobüllöz lezyonların başlamasıyla karakterize nadir görülen bir otoimmün hastalıktır.<sup>1</sup>Gebelikle ilişkili plasental yetmezlik, büyüme geriliği, prematürite ve gebelik yaşına göre düşük tartılı doğum gibi fetal risklerde artış görülür. PG doğumdan sonra alevlenebilir.<sup>2</sup>Burada postpartum alevlenen ve şiddetlenen PG olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** 27 yaş primipar kadın hasta postpartum 8.gününde, doğumdan bir gün sonra başlayan vücudun %90'ını kaplayan çok sayıda gergin büller, bül artıkları, erozyonlar ve ürtikeryal plaklar Bulgularıyla polikliniğe başvurdu. Hastada lezyonlar 22.gebelik haftasında ortaya çıkmış ve 64 mg/gün ay metilprednizolon tedaviyle lezyonlar gerilemiş. 28.gebelik haftasında fetal distres gelişmesi üzerine sezaryen ile doğum gerçekleşmiş. Prematür yenidoğan ünitesinde takibe alınan bebekte, cilt lezyonu oluşmamış. Histopatolojik incelemede subepidermal ayrışma, direkt immünfloresans boyamada epidermis bazal membranda lineer paternde IgG ve C3 pozitifliği ve serolojik testlerinde anti-BP180 pozitifliği saptanan hastaya pemfigoid gestasyones teşhisi konuldu. Postpartum alevlenme nedeniyle dış merkezde 7 gün 160 mg/gün metilprednizolon tedavisi alan hastanın Metilprednizolon dozu bir hafta içinde kademeli olarak 40 mg/gün'e düşürüldü ve tedaviye 100 mg/gün, dapson, Çok güçlü klobetazol topikal kortikosteroid eklendi. İki hafta içinde lezyonları gerileyen hastanın bir ay içinde tedrici olarak steroid dozu 16 mg/gün ve dapson 25mg/gün düşürüldü. Bu sürede yeni büllöz lezyon çıkışı olmayan hastanın ikinci ayın sonunda tedavileri kesildi.

**Sonuç:** PG tedavisi için bir konsensüs olmamakla birlikte; hafif PG vakaları genellikle antihistaminikler ve topikal steroidlerin kombinasyonu tedavi edilir. Refrakter PG vakaları sistemik steroidler (0,5-1,0 mg/kg/gün), dapson, azatiyopürin, siklosporin, intravenöz immünglobulin, plazmaferez veya ritüksimab ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Yüksek dozlarda sistemik kortikosteroid monoterapisine yanıtız olan bu olgumuzda, adjuvan olarak dapson ve topikal kortikosteroid tedavisi ekleyerek klinik yanıt alındı.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik dermatozu, Pemfigoid gestasyones, postpartum, dapson

**Resim-1: Olgumuzun postpartum 8.gününde gövde ön yüzü kaplayan çok sayıda büllöz lezyonları**



**Resim-2: Olgumuzun postpartum 8.gününde sırttaki büllöz lezyonları**



## PS-104

### EEF1A2 Mutasyonu ve Pigmentasyon

Tunç Özen, Vefa Asli Erdemir, Umut Mert Yıldırım, Mehmet Salih Gurel

Istanbul Medeniyet Universitesi, Goztepe Suleyman Yalcin Sehir Hastanesi Dermatoloji Ana bilim dali

**Giriş:** EEF1A2 geni; mutasyonları son yıllarda tanımlanmış, mental retardasyon ve dirençli epilepsiye neden olduğu bilinen, protein sentezinde yer alan elongasyon faktör eEF1A proteinini kodlamaktadır. Bu genin mutasyonuna ilişkin bu güne kadar literatürde 100'e yakın vaka bildirilmiş olmasına rağmen belirgin cilt Bulgularıyla giden bir olgu bulunmamaktadır. Bu olgu sunumunda EEF1 A2 gen mutasyonu tespit edilen hastamızda eşlik eden deri Bulguları sunulmaktadır.

**Olgu:** Beş yaşında erkek hasta kliniğimize doğumdan beri sakral bölgede ve dizde bulunan renk değişikliği ile başvurdu. Hastada genetik olarak doğrulanmış EEF1A2 mutasyonu tespit edilmişti. Hastada bu mutasyona bağlı olduğu bilinen epilepsi mevcuttu. Hastanın soy geçmişinde önemli bir özellik yoktu. Dermatolojik muayenede sakral bölgeden gluteal kıvrıma uzanan, 4 cm çapında açık gri anüler yama, bu lezyonun 2 cm distalinde 2 cm çapında anüler, pigmentasyonu daha belirgin yama dikkat çekmekteydi. Sol dizinde tüm diz kapağını kaplayacak şekilde 7 cm çapında, kahverengi, girintili-çukuntulu kenar özellikleri gösteren diğer bir hiperpigmente yama lezyonu mevcuttu. Hastanın sırtında ve karın bölgesinde, değişken boyutlarda dağınık açık kahverenkli 3-4 adet yama ve her iki bacakta livedo retikularis dikkat çekmekteydi. Hastaya periodik takip önerildi. Takipleri esnasında lezyonlarda değişiklik izlenmedi.

**Tartışma:** EEF1A2 geni başlıca nöronların ve kasların, daha az olmak üzere pankreatik adacık hücreleri ve enteroendokrin hücrelerin protein ekspresyonunu regüle eden bir gendir. Deney farelerinde yapılan bir çalışmada bu genin homozigot disfonksiyonunda hızlıca gelişen nörodejenerasyon, kas kütlesi kaybı ve 4 hafta içinde ölüm görülmüştür. İnsanlarda sıklıkla bu genin missense mutasyonuna bağlı şiddetli epilepsi, mental retardasyon, otizm gibi Bulgular tanımlanmıştır. Hastalarda epikantus, geniş burun kavsi gibi disformik özellikler tanımlanmış olsa da geniş vaka serileri olmadığı için hastalığa spesifik fenotipik bulgusu bulunmamaktadır. Bizim hastamız nadir bir genetik hastalıkla beraber pigmente deri lezyonları varlığı ile dikkat çekmektedir. Bu deri Bulgularını sendromun bir parçası olarak değerlendirmek için yeterli veri bulunmamaktadır. Sendroma ait bugüne kadar deri bulgusu tanımlanmamıştır, bu açıdan bu olgu literatürdeki deri bulgusu olan ilk olgudur.

**Anahtar Kelimeler:** EEF1A2 mutasyonu, Pigmentasyon bozuklukları, Mental Retardasyon

**Figür 1**



**Figür 2**



## PS-105

### Eritema Multiforme ile Komplike Olmuş Bir Orf Olgusu

Ceren Memiş İrican<sup>1</sup>, Ayşegül Erat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bulanık Devlet Hastanesi, Dermatoloji, Muş

<sup>2</sup>Bitlis Devlet Hastanesi, Dermatoloji, Bitlis

**Giriş - Amaç:** Orf, Poxviridae ailesinin Parapoxvirus cinsinden çift iplikli bir DNA virusu olan orf virusunun neden olduğu bir hastalıktır. Türkiye’de özellikle gelirini çiftçilik ve hayvancılıkla elde eden bölgelerde sık görülen bir enfeksiyondur. Hastalık 6-8 haftada genellikle kendini sınırlasa da sekonder bakteriyel enfeksiyon, lenfadenopati, lenfanjit ve eritema multiforme ile komplike olabilir. Orf olgularının %4-13’ünde eritema multiforme reaksiyonu bildirilmiştir. Koruyucu bağışıklık bırakmaz, kişi tekrar tekrar enfekte olabilir ve her enfeksiyon sonrası eritema multiforme gelişme riski söz konusu olabilir. Burada daha önce de elinde gelişen bir lezyon sonrası benzer şikayetler geliştiği öğrenilen eritema multiforme ile komplike olmuş bir orf olgusu sunulacaktır.

**Olgu:** 55 yaşında hayvancılıkla uğraşan kadın hasta dün başlayan her iki elde kaşıntılı kızarıklık şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Dermatolojik muayenede her iki elde palmar yüzde yaygın, bazıları targetoid eritemli papüller izlendi. Mukozal bölgelerin muayenesi normaldi. Ek olarak sağ el 1. parmakta eritemli zeminde, ortası kurutlanmış nodüler lezyon saptandı. Öyküde bu lezyonun 2 hafta önce et kesimi sonrası geliştiği öğrenildi. Hasta bu ilk lezyon için doktora başvurmamıştı ve eritema multiformeyi tetikleyebilecek herpes simpleks enfeksiyonu öyküsü, ilaç öyküsü, sistemik hastalık öyküsü yoktu. Hasta geçen yıl da elinde oluşan bir lezyon sonrası benzer şikayetlerinin olduğunu ve kendiliğinden gerilediğini ifade etti. Hastaya klinik olarak orfa sekonder eritema multiforme tanısı konuldu ve eritema multiforme lezyonları topikal steroid ile başarıyla tedavi edildi.

**Sonuç:** Kırsal bölgelerde orf hastalığı eritema multiformenin tetikleyicileri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Hastalığın seyri sırasında gelişebilecek komplikasyonlar ve aşırı duyarlılık reaksiyonlarının farkında olunmalıdır ve herpes enfeksiyonuna sekonder eritema multiformede olduğu gibi orf sonrası da tekrarlayan eritema multiforme atakları yaşanabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Eritema multiforme, orf, komplikasyon

## PS-106

### Management of pemphigus during the covid-19 pandemic in patients who have received rituximab in the past 5 years and review of the rituximab therapy in literature

Ayşeçül Satılmış Kaya, Esra Adıgen

Gazi Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Pemfigus deri ve müköz membranlara karşı otoantikorların üretildiği, otoimmün büllü bir hastalıktır. Pemfigus tedavisinde sistemik steroidler ve steroid koruyucu ajanlar sıklıkla kullanılmakta, cevapsız hastalarda CD20 antikoru Rituksimab kullanılmaktadır. Pemfigus hastalarında deri ve mukozal bütünlük bozulduğundan enfektif hastalıklar için artmış risk söz konusu olabilir. SARS-CoV-2 bütün dünyayı etkileyen, damlacık yoluyla bulaşan enfektif bir hastalıktır. Pemfigus hastaları sahip oldukları kronik hastalık ve kullandıkları immünsüpresif tedaviler nedeniyle ciddi COVID-19 hastalığı için artmış riske sahiptir. Bu çalışmada, son 5 yılda rituksimab almış pemfigus hastalarında hastalık seyri ve pandemi seyrinde atak yaşayan hastaların tedavi şekilleri retrospektif olarak incelenmiştir.

**Yöntem:** Çalışmada Aralık 2015-Aralık 2020 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda biyopsi tanısı olan ve en az 1 kür rituksimab almış pemfigus hastaları çalışmaya dahil edilmiş ve hastane kayıtlarından hastaların demografik verileri, pemfigus alt tipleri, cinsiyetleri, varsa yaşadıkları relapslar ve tedavi şekilleri not edilmiştir. Bunun yanında hastalara 30 Aralık 2020 tarihinde teledermatoloji metoduyla ulaşıp COVID-19 semptomları ve orofarengeal sürüntü pozitifliği sorgulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmadan ulaşılan 21 hastanın 11'i sistemik immünsüpresif tedavi kullanırken hastaların 10 tanesi herhangi bir tedavi almamaktadır. COVID-19 nedeniyle karantinada kalan 2 hastanın nazofarengeal sürüntüleri negatif gelmiştir. Hastalardan 1 tanesi COVID 19 semptomları göstermesine rağmen hastane yatışı ya da oksijen ihtiyacı olmamıştır. Pandemi sürecinde 8 hasta atak yaşamıştır. Atak yaşayan hastaların 2'sine sistemik steroid başlanmış, 1 hastaya depo steroid önerilmiş, 1 hastanın kullandığı sistemik steroid dozu arttırılmış, 1 hastanın kullandığı steroid koruyucu ajanda değişiklik yapılmış, 1 hastada ise kullandığı steroid koruyucu ajanın dozu arttırılmıştır. Hastaların 2 tanesi relaps yaşamasına rağmen COVID 19 enfeksiyonundan çekindiklerinden önerilen tedaviyi kabul etmemiştir. Hastaların tamamı 5 yıl içerisinde en az 1 kür rituksimab almasına rağmen hastaların yaşadıkları relapslarda hekimleri tarafından sistemik steroid tercih edilmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Pemfigus hastalarının tedavisi pandemi sürecinde dermatologlar için ikilem oluşturmaktadır. Pemfigus tedavi edilmediğinde mortal seyredabilmekte, aynı zamanda tedavide kullanılan immünsüpresif tedaviler hastaların ciddi COVID 19 enfeksiyonu için riski arttırmaktadır. Tedavi edilmeyen pemfigus hastalarında mukozalardan SARS-CoV-2 girişini kolaylaştırabilmektedir. Çalışmamızda relaps yaşayan tüm hastalara tedavi önerilmiş, hastaların 3'üne sistemik steroid başlanmış, ancak hiçbir hastada rituksimab tercih edilmemiştir. Literatürde rituksimab verilen hastaların COVID-19 enfeksiyonu süreçleri çelişkilidir ancak yapılan çalışmalarda hastaların B lenfosit sayıları rituksimab infüzyonunu takiben 4. haftada en düşük seviyede izlenmiş, 48. haftada bile tedavi öncesi seviyeye gelmemiştir. COVID-19 enfeksiyonu için geliştirilen aşılara karşı antikor üretimini baskılayabileceği öne sürülmektedir. Sonuç olarak dermatologlar pemfigus relapslarında sistemik steroid ve steroid koruyucu ajanları daha fazla tercih etmiştir. Rituksimabın COVID-19 enfeksiyonu sürecindeki etkisi ve COVID-19 aşılara karşı immünite gelişimine etkisi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** pemphigus, rituximab, Covid 19, treatment, management

## PS-107

### Adalimumab tedavisine bağı gelişen yaygın oral liken planus

Muazzez Çiğdem Oba<sup>1</sup>, Burhan Engin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sancaktepe Şehit Prof.Dr.İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş – Amaç:** TNF-alfa blokerleri psoriasis gibi T helper 1 aracılı kronik inflamatuvar hastalıkların tedavisinde önemli rol oynayan ajanlardır. Son yıllarda immün aracılı deri hastalıklarının TNF-alfa blokeri tedavisi alan hastalarda nadir bir yan etki olarak ortaya çıkabildiği bildirilmiştir. TNF inhibisyonunun başta psoriasis olmak üzere, granuloma annulare, vaskülit, alopesi areata, diskoid lupus eritematozus, vitiligo ve liken planus gibi immün aracılı deri hastalıkları ile ilişkili olduğu raporlanmıştır. Burada, adalimumab tedavisine bağı gelişen yaygın oral liken planus tanılı olgumuzu sunmayı amaçladık.

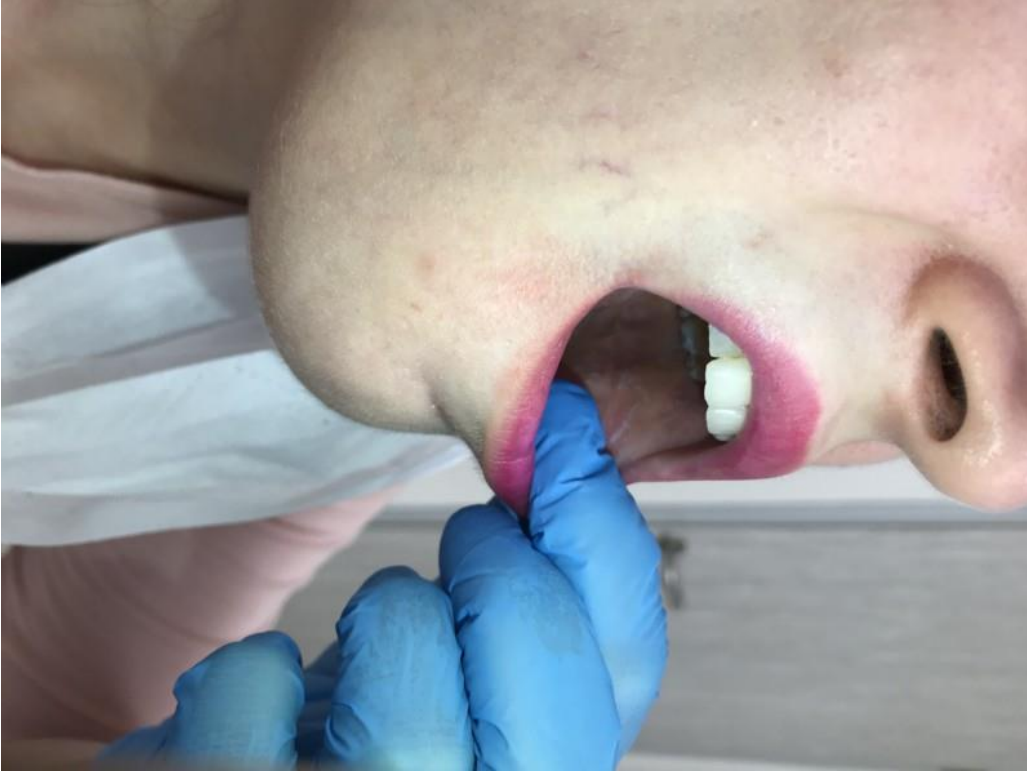
**Olgu:** 28 yaşında kadın hasta ağızda yanma şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Bir aydır ağızda yanma şikayeti olan hastanın şiddetli psoriasis tanısı için tarafımızca hastaya 6 ay önce adalimumab tedavisi başlanmıştı. Psoriasis lezyonları tama yakın gerileyen hastanın Covid-19 pandemisi nedeni ile bir hafta önce adalimumab tedavisi kesilmişti. Dermatolojik muayenede her iki bukkal mukoza ve labial mukozalarda beyaz retiküler plaklar ve dil dorsumunda beyaz plak lezyon görüldü. Histopatolojik inceleme liken planus ile uyumlu olarak raporlandı. Hastanın özgeçmişinde ek hastalık ve ilaç kullanımı yoktu. Amalgam vb. diğer sebepler de dışlandıktan sonra hastaya TNF-alfa blokerine bağı oral liken planus tanısı konuldu. Adalimumab tedavisi kesilmiş olan hastada yaygın oral lezyonlar topikal steroid tedavisi ile belirgin gerileme gösterdi.

**Sonuç:** Oral mukozal liken planus TNF-alfa blokerlerinin yan etkisi olarak literatürde nadiren bildirilmiştir. Bu nedenle, TNF-alfa blokeri tedavisi alan hastalarda oral mukozanın düzenli muayene edilmesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** adalimumab, inflamatuvar hastalıklar, liken planus, TNF blokerleri



**Resim 1**



*Sol bukkal mukozada retiküler beyaz plaklar*

**Resim 2**



*Labial mukozada retiküler beyaz plaklar*

**Resim 3**



*Dil dorsumunda beyaz plaklar*

## PS-108

### Geç dönem nüks olan Ekstramammarian Paget Hastalığı olgusu

Ömer Kutlu<sup>1</sup>, Ahmet Metin<sup>1</sup>, Yücel Tekin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uşak

<sup>2</sup>Kayseri Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

**Giriş:** Ekstramammarian Paget Hastalığı (EMPH), genital bölgede ekzama benzeri kronik kızarıklık ile seyreden bir malignitedir. Hastalık daha çok derinin primer adenokarsinomu olsa da %25 olguda altta yatan insitu veya invazif maligniteye eşlik edebilir. Ekstramammarian Paget Hastalığı her iki cinsiyette görülse de daha çok 50-60 yaş arası kadınları tutar. Total eksizyona rağmen nüks olguların üçte birinden fazla saptanır. Nüks zamanı 2-2,5 yıl kadardır. Burada 15 yıl sonra fokal nüks saptanan EMPH'lı bir olgu sunuldu.

**Olgu sunumu:** Elli dokuz yaşında, kadın hasta genital bölgede 1,5 yıldır geçmeyen kızarıklık şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hastanın özgeçmiş sorgulamasında sistemik lupus eritematozus, diabetes mellitusu vardı. Mevcut hastalıklar nedeniyle hasta on yıldır 4 mg prednizolon ve 2x100 mg hidrosiklorokin tedavisi alıyordu. Ayrıca yirmi yedi yıl önce Non-Hodgkin Lemfoma tanısı konulan hastanın 15 yıl öncesinde ise genital bölgede EMPH nedeniyle 3 kez geçirilmiş operasyon öyküsü mevcuttu. Hastanın sistem sorgulamasında ek özellik yoktu. Dermatolojik muayenede vulva sağ üst kısmında 3 cm genişliğinde eritemli erozif yapıda hafif akıntılı lezyon izlendi. Vulva sağ tarafında parsiyel yokluk, sol tarafında ise yaygın beyaz psödomembranlar görüldü. Laboratuvar incelemede; WBC 3.97x 10<sup>3</sup>/mikrometre (4.8-10.7), kompleman düşüklüğü ve hafif ürik asit yüksekliği dışında anormal bulgu yoktu. Hastanın yapılan histopatolojik incelemesinde, epidermiste bazal tabaka üzerinde berrak sitoplazmalı, pleomorfik ve hiperkromatik nükleuslu yuvalanmış Paget hücreleri görüldü. Bu hücrelerin immünohistokimyasal olarak CK7 ile diffüz kuvvetli pozitif, EMA ile pozitif, CEA ile fokal pozitif boyandığı saptandı. Hastaya mevcut klinik ve histopatolojik Bulgular ile 15 yıl sonra nüks eden EMPH teşhisi kondu.

**Sonuç:** Ekstramammarian Paget Hastalığı tanısı konulan olgularda nüks sık olabilmektedir. Genellikle 2 yıl içinde nüks saptansa da nadiren de olsa nüks zamanı uzun yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle EMPH tanısı konulan olguların nüks açısından uzun süreli yıllık takibi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ekstramammarian Paget Hastalığı, nüks, adenokarsinom

#### Resim 1



Genital bölgede psödomembran ve eritemli erozyon

## PS-109

### Kutanöz pili migrans: Bir olgu sunumu

Cansu Altınöz Güney, Fadime Kılınc

Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş - Amaç:** Kutanöz pili migrans, epidermise ve bazen orta dermise gömülen bir kıl shaftı veya parçasının neden olduğu nadir görülen bir durumdur. Travmayı takiben veya belirli bir sebep olmadan gelişebilir. Hasarlı epidermis, kıl shaftının deriye girmesinin ana nedenlerinden biriyken, vücut hareketinin oluşturduğu kuvvetin de kıl shaftının keskin uç kısmının deriye gömülmesini kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Ucunda siyah çizgi benzeri bir saçın görüldüğü kutanöz larva migrans benzeri erüpsiyon ile karakterizedir. Saç teli çıkarıldıktan sonra lezyon tamamen iyileşir.

**Olgu:** Tesadüfen sağ ayak tabanı başparmak bölgesinde uzamış 2 adet kıl olduğunu farkedene 14 yaşında kız hasta ve annesi durumu tarafımıza danışmak için kliniğimize başvurdu. Lezyon ağrılıydı. Öyküsünden zaman zaman evde kendisinin saçlarını kestiği ve saç tellerinin olduğu zeminde çıplak ayakla yürüdüğü öğrenildi. Fizik muayenede, deri yüzeyinden yatay doğrultuda uzanan kıl shaftı ve deriye gömüldüğü alanda hafif eritem izlendi. Küçük bir forseps ile yaklaşık 2 cm uzunluğunda koyu kahverengi 2 adet saç teli epidermal yatağından çıkarıldı.

**Sonuç:** Bu olgu ilginç olması, nadir görülmesi ve özellikle vücudun kıl folikülünün bulunmadığı bölgelerinde ayırıcı tanıda akılda bulundurulması gerekliliğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** kutanöz pili migrans, kutanöz larva migrans, kıl shaftı

#### Resim-1



*Sağ ayak tabanı başparmak bölgesinde deri yüzeyinden yatay doğrultuda uzanan 2 adet kıl shaftı ve deriye gömüldüğü alanda eritem*

## PS-110

### Sporotrikoid kutanöz layşmanyazis olgusu

Orhan Şen, Fadime Kılınc

Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

Dünyanın pek çok yerinde ve ülkemizde halen önemli bir sağlık sorunu olan kutanöz layşmanyazis (KL) sıklıkla yüz, dudak, alın ve el bileği gibi vücudun açık yerlerinde görülen Leishmania türü parazitlerin sebep olduğu, nodüler veya ülseratif lezyonlarla seyreden vektör aracılıklı bir deri hastalığıdır.

KL; endemik bölgelerden endemik olmayan bölgelere kalıcı veya mevsimsel göçlerin artması, ticaret ve turizm amaçlı seyahatlerin sıklaşması, ülkemizde ise son yıllarda savaştan kaçan mültecilerin göçleri sonucu görülme sıklığında önemli ölçüde artış göstermiştir.

Hastalık ülkemizde Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ve Çukurova yöresinde endemik olarak görülmektedir. Kişinin immünolojik durumu ve parazitin virülansına göre pek çok farklı klinik varyantta ortaya çıkabilir.

Sporotrikoid layşmanyazis nadir görülen KL varyantlarından biridir ve hastalığın lokal ve bölgesel lenfatiklere yayılımına bağlı olarak subkutan ve endüre nodüllerle karakterizedir.

Olgumuzu nadir gözlenen bir kutanöz layşmanyazis klinik varyantı olması, ve sporotrikoid paterndeki lezyonların mutlaka ayırıcı tanısında akılda bulundurulması amacıyla paylaşmaya değer bulduk.

**Anahtar Kelimeler:** Glucantime, İntralezyonel tedavi, Layşmanyazis, Sporotrikoid

#### Resim 1



*Sol el 3.parmakta 2.5 cm çapta ortası kurutlu eritemli endüre nodüller primer lezyon ve sol dirseğe kadar uzanım gösteren eritemli ve endüre lenfatikler boyunca yayılım gösteren yaklaşık 2 cm çapta 4 adet nodül*

**Resim 2**



*Tedavi sonrası ülsere lezyonların düzelmesi, tüm subkutan nodüllerin boyutlarında küçülme ve postinflamatuar hiperpigmentasyonla gerilemesi*

## PS-111

### Nusinersen-induced Acneiform Drug Eruption

Mahir Diğis, Rukiye Yasak Güner, Mustafa Tosun  
Cumhuriyet Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Sivas

Nusinersen is an oligonucleotide that aims to increase survival motor neuron (SNM) production by acting on the SMN2 gene. Acneiform drug eruption is a relatively benign cutaneous drug reaction. Here, we report a case of acneiform eruption in a patient with SMA type 2 being treated with nusinersen.

**Anahtar Kelimeler:** acneiform eruption, EGFR, nusinersen

## PS-112

### Kutanöz Tutulumlu İndolent Sistemik Mastositoz Olgusu

Ayşe Hande Yoldaş<sup>1</sup>, Ayda Acar<sup>1</sup>, Banu Yaman<sup>2</sup>, Taner Akalın<sup>2</sup>, İlgen Ertam Sağduyu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

**Giriş - Amaç:** Mastositoz, farklı organ ve dokularda mast hücrelerinin klonal genişlemesi ve birikmesi ile karakterizedir. Tahmini prevalansı 1/10.000 olan heterojen ve nadir bir hastalıktır. Yalnızca deri tutulumu olan kutanöz mastositoz ve deri tutulumu olup olmamasından bağımsız olarak deri dışı tutulumun izlendiği sistemik mastositoz olarak iki ayrı alt grupta incelenebilir. Kutanöz mastositoz teşhisi; deri lezyonlarının tipik morfolojisine, darier işaretinin varlığına ve deri lezyonunun histopatolojik incelemesinde artmış mast hücre sayısına dayanır. Yetişkinlerde mastositozun deriye sınırlı olma ihtimali daha düşük olduğu için, kutanöz mastositoz tanısı mutlaka sistemik tutulumun dışlanmasını gerektirir. İndolent sistemik mastositoz, yetişkinlerde hastalığın en yaygın varyantıdır ve tipik olarak iyi bir prognoza sahip deri tutulumu ile ilişkilidir. Nadir görülen bu hastalıkta, beraberinde deri Bulgularının görülme olasılığı oldukça yüksektir. Bu durum da tanıda dermatolojik muayenenin ve ayırıcı tanının önemini ortaya koymaktadır. Burada kutanöz tutulumlu sistemik mastositoz tanısı alan bir hasta, özellikle erişkin yaş grubunda mastositoz ile uyumlu deri lezyonlarının saptanması halinde sistemik taramanın gerekliliğinin vurgulanması amacıyla sunulmaktadır.

**Olgu:** Kırk yaşında kadın hasta, beş ay önce karın bölgesinde başlayıp sonrasında kollarında ve bacaklarında oluşan kızamık döküntülerle başvurdu. Hastanın bilinen diyabetes mellitus, osteopeni ve fibromiyalji hastalıkları mevcuttu. Soy geçmişinde anlamlı bir özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde gövde, kollar ve bacaklarda eritemli papüller mevcuttu (Fotoğraf-1). Yapılan kan tetkiklerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Yüzeysel ultrasonografik incelemede; servikal, aksillal ve inguinal bölgede patolojik lenfadenopati izlenmedi. Batın ultrasonografisinde hafif hepatosteatoz ve karaciğer boyutlarında artış izlendi. Kan triptaz düzeyi 99.9 µg/L olarak normal değerlerin üzerinde saptandı. Hastanın deri lezyonlarından alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde perivasküler ve intersitisyel çok sayıda mast hücreleri içeren mononükleer hücre infiltrasyonu görüldü. Yapılan kemik iliği biyopsisi ve hücre bloğu kesitinde toplam 12 adet fokal mast hücre topluluğu görülmüş, mast hücre topluluklarının genelde içsi morfolojide hücrelerden oluştuğu dikkati çekmiş, immunhistokimyasal incelemelerde topluluklarda CD117 ve mast hücre triptaz yanı sıra CD25 koekspresyonu saptandı. Tüm bu sonuçlar ışığında hastamız kutanöz tutulumlu indolent sistemik mastositoz tanısı almıştır.

**Sonuç:** Mastositoz, heterojen bir hastalık grubudur. Nadir görülen bu hastalıkta deri lezyonlarından yola çıkarak sistemik tutulumla yönelik tanının koyulması, dermatolojik muayene ve incelemenin önemini ortaya koymaktadır. Böylelikle erken tedavi ve hastalığa yönelik komplikasyonların önüne geçme imkanı sağlanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** indolent sistemik mastositoz, mastositoz, sistemik mastositoz

#### Fotoğraf 1



Gövde ön yüz (a) ve bacakta (b) palpasyonla infiltrate, eritemli papüller



## PS-113

### COVID-19 aşısı sonrası gelişen vitiligo: Olgu sunumu

Alper Kara<sup>1</sup>, İteriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Esra Yıldırım Bay<sup>1</sup>, Özben Yalçın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi; Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi; Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Vitiligo deride beyaz yamalar ile karakterize otoimmün, kronik, inflamatuvar bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda biyolojik ajan dediğimiz sitokin hedefli tedavilerin kullanılması, bazı tümör antijenlere yönelik olarak aşılardan keşfedilmesiyle beraber ortaya çıkan vitiligo vakalarına rastlanılmıştır.

COVID-19 pandemisinden sonra hızlı bir şekilde kullanıma giren aşılarından sonra ürtiker, eritema multiforme, herpes zoster gibi dermatolojik hastalıklar görülmeye başlanmıştır.

**Amaç:** Bu makalede COVID-19 aşısı sonrası vitiligo ortaya çıkan bir olgudan hareketle bu nadir yan etkinin olası mekanizmalarının güncel literatür ile beraber tartışılması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 75 yaşında kadın hasta polikliniğimize 1.doz sinovac COVID aşısını aldıktan 1 hafta sonra başlayan yüz, ellerde beyazlama şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde her iki el dorsumunda, alında yanaklarda, burun dorsumunda ve perioral bölgede 1cm ile 5 cm arası değişen çevre dokuyla keskin sınırlı hipopigmente yamaları mevcuttu. Wood ışığı incelemesinde beyaz röfle artışı saptandı. Laboratuvar değerleri normal sınırlarda saptanan hastaya vitiligo tanısı konularak topikal steroid ve takrolimus krem tedavisi başlandı. Şimdiye kadar PCR + liği bulunmayan ve covid tedavisi almamış olan hasta 2.doz sinovac ve 3.doz biontech aşısını da yaptırmış olup lezyonlarında ilerleme olmayan hastanın tarafımızca takibi devam etmektedir

**Sonuç:** COVID-19 aşısı sonrası sitotoksik T hücre yanıtı ile beraber TH1 hücrelerinden salınan sitokinler aracılığı ile vitiligonun ortaya çıkması söz konusu olabilir. Aşı uygulamasının yaygınlaşması ile beraber aşya bağlı gelişen otoimmün hastalık bildirimlerinin giderek artacağı kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, aşı, vitiligo, otoimmünite

## PS-114

### Akuajenik siringeal akrokeratoderma

Çağrı Turan, Nurcan Metin

T.C. Sağlık Bakanlığı, Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Erzurum

Giriş: Akuajenik siringeal akrokeratoderma (ASA) nadir görülen, etiyolojisi bilinmeyen, sıklıkla genç erişkin kadınları etkileyen kazanılmış bir hastalıktır (1,2). Klinik olarak suyla temastan sonra kısa sürede başlıca palmar bölgede yaşam kalitesini bozan ağrı, yanma gibi sübjektif şikâyetlerin eşlik ettiği simetrik, yarı saydam, beyaz papüllerin deri kuruduktan kısa süre sonra kendiliğinden gerilemesi ile karakterizedir (2). 1996'da English ve McCollough tarafından ASA, palmarhiperhidrozu olan iki kız kardeşte hereditör papülotranslütent akrokeratoderma ile ilişkili bir antite olarak "geçici reaktif papülotranslütent akrokeratoderma" ismiyle tanımlanmıştır (3). Etiyopatogenezi hala bilinmemekle kistik fibroziste olduğu gibi derinin sodyum konsantrasyonunun artması sonucunda korneum tabakasında su retansiyonu kapasitesinin artması, keratin defektine bağlı korneum tabakasının bariyer fonksiyonunun bozulması ve su absorpsiyonunun artması gibi patogenetik mekanizmalar yanında COX-2 inhibitörleri gibi bazı ilaçlarla da geliştiği bildirilmiştir (2,4,5). Son yıllarda dermatoskopinin ASA tanısında da önemli olduğu bildirilmektedir. Dermatoskopik olarak genişlemiş ter bezi duktus açıklıklarının yuvarlak, beyaz noktalar şeklinde görülmesi anlamlıdır (6). Tedavisinde sıklıkla topikal alüminyum klorid içeren kremler tercih edilmektedir.

Amaç: Burada ASA'lı tipik bir vakayı paylaşmak istiyoruz.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında kadın hasta, iki yıldır olan, ellerini suya temas ettirdikten kısa süre sonra ortaya çıkan avuç içlerinde yanma hissi ile birlikte, beyazlaşma ve deride kalınlaşma şikâyetleri ile Ağustos ayında polikliniğimize başvurdu. Hasta şikâyetlerinin yaz aylarında ve terleme ile arttığını belirtti. Hastanın ayak tabanı tutulumu, atopi, başka bir deri hastalığı, basınç, travma ve ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Öz ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın dermatolojik muayenesinde suyla temastan yarım saat sonra her iki palmar bölgede özellikle orta hatta daha yoğun olmak üzere hipopigmente beyaz-parlak birleşerek yer yer plaklar oluşturan papüller, deride kalınlaşma, palmar çizgilerde belirginleşme saptandı (Resim 1). Hastanın dermatoskopik muayenesinde deri çizgilerine uyan bölgelerde genişlemiş ektrin duktus açıklıkları beyaz, yuvarlak noktalar şeklinde izlendi. Elleri kuruduktan sonra lezyonların kendiliğinden 1 saat içinde kaybolduğu görüldü (Resim 2). Tipik kliniği ve dermatoskopik Bulguları ışığında hastaya idiopatik ASA tanısı konuldu. Hiperhidroz şikâyeti de olan hastaya topikal alüminyum hidroklorid tedavisi başlandı.

Sonuç: ASA düşünülen hastalar kistik fibrozis ve palmoplantar hiperhidroz açısından sorgulanmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Erturk-Ozdemir E, Ozcan D, Seckin D. Acquired aquagenic syringal acrokeratoderma: A case series of 10 patients. *Australas J Dermatol* 2015;56:43-5.
2. Luo DQ, Li Y, Huang YB, et al. Aquagenic syringal acrokeratoderma in an adult man: case report and review of the literature. *Clin Exp Dermatol* 2009;34:907-9.
3. English JC, 3rd, McCollough ML. Transient reactive papulotranslütent acrokeratoderma. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:686-7.
4. Akin Belli A, Dogan G. Role of cyclooxygenase inhibitors in aquagenic syringal acrokeratoderma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:220-1.
5. Lowes MA, Khaira GS, Holt D. Transient reactive papulotranslütent acrokeratoderma associated with cystic fibrosis. *Australas J Dermatol* 2000;41:172-4.
6. Sezer E, Erkek E, Duman D, et al. Dermatoscopy as an adjunctive diagnostic tool in aquagenic syringal acrokeratoderma. *Dermatology* 2012;225:97-9.

**Anahtar Kelimeler:** Akuajenik siringeal akrokeratoderma, hiperhidroz, akrokeratoderma, keratoderma

**Figür 1**



*Figür 1. Eller ıslandıktan yarım saat sonra*

**Figür 2**



*Figür 2. Eller kurulandıktan 1 saat sonra*

## PS-115

### İnaktive Covid-19 aşısı sonrası gözlenen yeni başlangıçlı büllöz pemfigoid: Bir olgu sunumu

Ecem Bostan<sup>1</sup>, Beril Yel<sup>1</sup>, Neslihan Akdoğan<sup>1</sup>, Özay Gököz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Aktive ve inaktive Covid-19 aşuları dünya çapında yaygın olarak uygulanmaya devam edildikçe, çok çeşitli yan etkiler bildirilmeye devam edilmektedir. Makülopapüler döküntü, retiform purpura, pernio-benzeri lezyonlar, ürtiker, veziküler-papüloskuamöz döküntü sıklıkla gözlenen yan etkiler arasındadır. Olgu sunumumuz ile, ikinci doz inaktive Covid-19 aşısı ile tetiklenen yeni başlangıçlı büllöz pemfigoid (BP) vakasını vurgulamak istedik.

#### Olgu:

Bilinen diyabetes mellitus ve benign prostat hiperplazisi olan 67 yaşında erkek hasta tarafımıza yaygın difüz eritematöz döküntü, bül, hemorajik kurut ve kaşıntı ile başvurdu. Döküntü, 6 ay önce ikinci doz inaktive Covid-19 aşısı sonrası eritemli plaklar şeklinde başlamış olup zamanlar gergin bül, kaşıntı ve kurut oluşumu da eklenmişti. Eşlik eden sistemik semptom yoktu. Hastanın 10 yıldır metformin/vildagliptin ve tamsulosin kullanma öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenede vücutta eritemli, konflue yama ve plaklar üzerinde yaygın erozyon, bül oluşumu ve hemorajik-seropürülan kurutlanma izlendi. Alınan deri biyopsisinde subepidermal bül oluşumu, eozinofilik spongiyoz; direkt immunofloresan incelemede ise lineer IgG ve C3 birikimi izlendi. Hastaya BP tanısı kondu; 50 mg/gün oral prednizolon ve topikal klobetazol propiyonat başlandı.

**Sonuç:** Çok çeşitli ilaç ve aşuların BP'yi tetiklediği bildirilmiştir. Özellikle dipeptidil peptidaz 4 inhibitörleri, gliptinler, son zamanlarda yeni başlangıçlı BP ile çokça ilişkilendirilmiştir. Hastamız 10 yıldır vildagliptin kullanmakta olup, ikinci doz inaktive Covid-19 aşısının uygulanmasından 1 hafta sonrasına kadar benzer bir büllöz döküntü izlenmemiştir. Literatürde de Covid-19 aşısı sonrası bildirilen büllöz ilaç döküntüsü vakaları olup, aşı zemininde gelişen immün disregülasyon ve inflamasyonun epidermal bazal membranı hasarlayarak otoantikor oluşumuna yol açtığı ve epidermal ayrışmayı indüklediği öne sürülmüştür. Hastamızda da vildagliptin ve Covid-19 aşısının sinergistik etkisi altında benzer mekanizma ile epidermal ayrışmanın gerçekleşmiş olabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** büllöz pemfigoid, Covid-19 aşısı, dermatopatoloji

## PS-116

### Topikal imikimod kullanımına bağlı gelişen vitiligo benzeri depigmentasyon, olgu sunumu

Murat Borlu<sup>1</sup>, Çağdas Boyvadoğlu<sup>2</sup>, Eda Öksüm Solak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

<sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

**Giriş ve Amaç:** İmikimod, güçlü antiviral ve antitümör etkinliği olan immün cevabı modifiye edici bir ajandır. İmikimod, interferon-alfa, IL-2, IL-12 ve diğer sitokinlerin üretimini arttırarak immün sistemi uyarır. İmmün sistemin patojenleri tanımasını sağlayan Toll-benzeri reseptörlerden(TLR) biri olan TLR-7 üzerinden etki ederek monosit, makrofaj ve dentritik hücrelerden sitokin salınımına neden olur. İmikimod piyasada %5 krem şeklinde bulunmaktadır. Anogenital siğil, yüzeysel bazal hücreli karsinom ve aktinik keratozun lokal tedavisinde onaylıdır.

İmikimod kullanımına bağlı yüzünde vitiligo benzeri depigmentasyon gelişen olgumuzu, özellikle kozmetik olarak hassas bölgelerde bu tür bir yan etkinin gelişebileceğini vurgulamak ve literatürde az sayıda vakada tanımlanan bu yan etkiye dikkat çekmek amacıyla sunuyoruz.

**Olgu:** 2010 yılında burun dorsumundan dış merkezde yapılan biyopsi ile bazal hücreli karsinom(BHK) tanısı alan 70 yaşında kadın hastaya 12 seans kriyoterapi uygulanmış, sonrasında 3 ay diklofenak sodyum jel kullanmış fayda görmüş. Üst dudak sağ lateralinde ve burun dorsumunda yeni ortaya çıkan lezyonları nedeniyle hasta 2016 yılında tarafımıza başvurdu. Dermatoskop ile tarafımızca hastanın yeni lezyonlarına da BHK tanısı kondu. Hastaya topikal imikimod tedavisi başlandı lezyonlarında gerileme gözlemlendi. Takiplerinde tedavinin 3.ayında sağ göz lateralinde eritemli yer yer keratozik telenjektazik plak oluşması nedeniyle imikimod tedavisi kesildi ve hastadan Skuamöz hücreli karsinom? Aktinik keratoz? İrrite seboreik keratoz? ön tanıları ile biyopsi alındı Biyopsi sonucu irrite seboreik keratoz ile uyumlu olarak geldi lezyona kriyoterapi uygulandı. Ocak 2019'da yüzde yeni ortaya çıkan lezyonları nedeniyle hastaya eksizyon önerildi ancak hasta kabul etmedi. O dönemde dermatolojik muayenesinde üst dudak bıyık bölgesi sağ lateralde hiperpigmente papül, alt dudak vermilion sağ kommissür sınırında morumsu papül mevcuttu. Lezyonlar dermatoskopi ile BHK olarak değerlendirildi. Hastaya yeniden imikimod krem tedavisi başlandı. 7 ay boyunca düzenli olarak imikimod krem kullanan hasta belirgin fayda gördü. Ağustos 2019'daki kontrolünde yeni oluşan sağ göz altındaki ortası ülser papülden BHK? ön tanısı ile biyopsi alındı, Biyopsi sonucu BHK ile uyumlu olarak raporlandı. İmikimod tedavisine yeni çıkan lezyonlara da uygulanacak şekilde devam edildi. Haziran 2020'deki kontrolünde hasta 16 aydır düzenli olarak imikimod krem kullanıyordu. Tedavisinin son 1 ayında hastanın imikimod kremi uyguladığı bölgelerde beyazlıklar oluşmaya başlamış ve sonrasında beyaz alanlarda kızarıklıklar oluşmuş. BHK lezyonlarında belirgin gerileme mevcut olan hastanın yüzündeki yaygın hafif eritemli telenjektazik depigmente yamalar vitiligo olarak değerlendirildi. İmikimod tedavisi kesildi.

**Sonuç:** İmikimodun, adaptif bağışıklığı artırdığı ve ayrıca vitiligoda da yükselen IFN-alfa, IL-6, IL-8, IL-10, TNF-alfa ve nitrik oksit gibi sitokinleri yükselttiği düşünülmektedir. İmikimod TLR-7 ve TLR-8'e bağlanır, bu da artmış T helper-1 yanıtı ve artmış IFN-alfa, TNF-alfa ve IL-12'ye yol açar.

Vitiligo benzeri depigmentasyonun inflamasyon bölgesindeki vitiligo köbnerizasyonunu mu temsil ettiği yoksa melanositlerin tamamen tahrip olmasına neden olan yoğun inflamasyondan mı kaynaklandığını söylemek mümkün değildir. İmikimod uygulama bölgesinde inflamasyon süresi ve hastanın başka herhangi bir vitiligo bölgesi geliştirmemesi nedeni ile, ikincisi bizim durumumuzda daha olası görünüyor.

Topikal imikimod ilişkili vitiligo benzeri hipopigmente ve depigmente lezyonların geliştiği daha önce de bildirilmiştir ancak literatürde bildirilen az sayıda olgu bulunmaktadır. Bu potansiyel olarak kalıcı yan etkinin tedaviye başlamadan önce, özellikle yüz gibi kozmetik açıdan önemli alanlarda hastaya belirtilmesi gerekir. Olgumuzu birçok endikasyonda kozmetik olarak önemli bölgelerde sık kullandığımız imikimodun, önemli bir yan etkisine dikkat çekmek amacıyla paylaşıyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Bazal Hücreli Karsinom, Depigmentasyon, İmikimod, Vitiligo

**Figür 1**



*İmikimod tedavisi öncesi*

**Figür 2**



*İmikimod tedavisi sonrası gelişen yüzde depigmente yamalar*

**PS-117****COVID-19 aşısı sonrası alevlenme gözlenen iki pemfigus vulgaris olgusu**

Leyla Elmas, Duygu Gülseren, Başak Yalıcı Armağan

Hacettepe Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

Etkeni "Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" (SARS-CoV-2) olan Coronavirüs Hastalığı (COVID-19) dermatologların gündeminde pek çok açıdan önemli bir yer tutmaktadır. Bunlar arasında; COVID-19 ile ilişkili kutanöz Bulgular, kişisel koruyucu ekipman kullanımına bağlı olumsuz cilt reaksiyonları, biyolojik veya immunomodulator ilaç kullanan hastalar ve COVID-19 aşılı ile ilişkili dermatolojik durumlar sayılabilir. Şu ana kadar COVID-19 aşılıyla ilişkili olarak bildirilen kutanöz yan etkiler arasında lokalize kutanöz reaksiyonlar, simetrik ilaç ilişkili intertriginöz ve fleksüral ekzantem (SDRIFE), peteşiyal deri döküntüsü, makülopapüler döküntü, Steven-Johnson sendromu ve herpes zoster bulunmaktadır. Kutanoz yan etkilere ilaveten, COVID-19 aşılı sonrası bazı otoimmün büllöz hastalıkların alevlenmeleri de bildirilmektedir. Bu bildiri; klinik, histopatolojik ve serolojik olarak doğrulanmış ve takipteyken COVID-19 aşılması sonrası alevlenme gözlenen iki pemfigus vulgaris(PV) olgusu sunulmaktadır.

**Olgu 1:** Kırk yaşında kadın hasta, oral 12 mg/gün prednizolon ve 2x1000 mg/gün mikofenolat mofetil tedavileri altında 1,5 yıldır klinik remisyonda iken, Pfizer mRNA BNT162b2 aşısı ilk dozundan 2 hafta sonra hastalık alevlenmesi ile başvurdu. Hastanın teledermatolojik değerlendirilmesinde, abdomende ciddi büllöz lezyonlar görülerek prednizolon dozu 32 mg/gün'e çıkarıldı(Figür 1). Doz artışına rağmen, hastalık regrese olmadı ve ilk dozdan 28 gün sonra uygulanan ikinci doz sonrası yeni bül çıkışı devam etti. Hasta, pandemi boyunca remisyonda olduğundan gerek görülmeden intravenöz immünglobulin tedavisinin 10. dozu için yatırıldı. İntravenöz immünglobulin tedavisi sonrası hasta tatmin edici bir tedavi yanıtı ile taburcu edildi.

**Olgu 2:** Altı yıl önce PV tanısı konulan, tedavisiz izlenerek son bir buçuk yıldır remisyonda olan kırk yaşında erkek hasta COVID-19 aşılması sonrası PV atağı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden büllerin ilk doz Pfizer mRNA BNT162b2 aşısından 1 hafta sonra çıkmaya başladığı öğrenildi. Hasta, ilk dozdan 28 gün sonra yapılan 2. doz sonrası lezyonların daha da yaygınlaşarak ağız içi ve yüzünü de etkilemesi üzerine tarafımıza başvurdu (Figür 2). Daha önce tedavisiz izlenen hastaya, 60 mg/gün dozunda oral prednizolon tedavisi yeniden başlandı.

Aşı ile indüklenen otoimmünite, yaygın COVID-19 aşılama programları ile birlikte özellikle de mRNA ve adenoviral vektör aşılarda, literatürde önemli bir gündem haline gelmiştir. Aşılama sonrası otoimmüniteyi başlatan muhtemel mekanizmalar arasında; moleküler mimikri, genetik olarak duyarlı bireylerde inflamatuvar disregülasyon, epitop yayılması ve bystander(seyirci) aktivasyonu ön planda düşünülmektedir. Dünya çapında uygulanan yoğun aşılama programları sonrası, COVID-19 aşılması ilişkili kronik otoimmün hastalık relapsları görülmektedir ve bu durum bazı otoimmün büllöz hastalıklarda da raporlanmaktadır. Çoğu yazar, COVID-19 aşılmasının de novo immün aracılı advers etkiler oluşturmamasından çok, potansiyel antijenik çapraz reaksiyonlar ile altta yatan disregüle yolların açığa çıkmasına neden olduğunu düşünmektedir. Bu bildiri, daha önce PV tanısı olup remisyonda iken, COVID-19'a yönelik mRNA aşısının ilk dozundan birkaç hafta sonra alevlenme izlenen iki olgu sunuldu. Başvuru anında, her iki olguya da ikinci doz aşı uygulanmıştı ve lezyon çıkışının ikinci doz sonrası da devam ederek giderek arttığı öğrenildi. Her ne kadar mevcut bilgiler ilk doz sonrası alevlenme izlenen olgularda ikinci doz aşı uygulanması açısından bir sonuca varmış olmasa da; bu hasta grubunun infeksiyonlara olan artmış duyarlılığı ve immün cevabın ikinci dozla daha iyi pekiştirildiği göz önüne alınarak aşılamanın tamamlanması önerilebilir. Sonuç olarak, otoimmün büllöz hastalığı olan hastalarda COVID-19 aşılması sonrası alevlenmeler görülebilir ve hastalar aşı sonrası bu açıdan yakın takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Aşılama, COVID-19, otoimmün büllöz hastalıklar, pemfigus vulgaris

**Figür 1**



*Pfizer mRNA BNT162b2 aşısı 1. dozundan sonra PV alevlenmesi görülen Olgu 1'de abdomende ağrılı eroziv lezyonlar ve büllerle birlikte diffüz eritem ve kurutlanma izlenmekte.*

**Figür 2**



*Pfizer mRNA BNT162b2 aşısı 1. dozundan sonra PV alevlenmesi görülen Olgu 2'de oral mukozada bazıları sarı-beyaz psödo membranlar ile kaplı irregüler eritematöz ülserasyonlar ve yüzde eritemli zeminde sarı kurutlu eroziv annuler plaklar*



## PS-118

### Teşhisiniz nedir? Subkorneal hematom veya akral melanom?

Kağan Cingöz

Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Kırklareli

Akral subkorneal hematom (ASH), avuç içlerinde ve/veya ayak tabanlarında kanama nedeniyle oluşan koyu renkli bir deri lezyonudur. Genellikle travma sonrası avuç içlerinde veya ayak tabanlarında oluşur, in situ veya invaziv akral lentiginöz melanomdan ayırt etmek zor olabilir. Dermoskopik paternler akral melanom ve akral subkorneal hematom arasında benzer olabilir. Bu olguda amaç akral subkorneal hematom ve akral melanomun karakteristik dermoskopik paternlerini araştırmak ve gereksiz cerrahi teknikler uygulamaktan kaçınmaktır.

Kendisinde veya ailesinde deri kanseri öyküsü olmayan 32 yaşında sağlıklı gebe kadın hastanın dermatolojik muayenesinde sağ topuk üzerinde yaklaşık 14 mm çapında asimetric, düzensiz kahverengi makül saptandı. Lezyonun lokalizasyonu nedeniyle hasta lezyonu daha önce fark etmemişti. Öyküde travma ve fiziksel egzersiz sorgulandığında hasta hatırlamadığını ifade etti. Herhangi bir antikoagülan ilaç öyküsü yoktu. Dermoskopik muayenede sınır düzensizliği, kesişen bağlantı çizgileriyle açık ve koyu kahverengi pigmentasyon izlendi. Kazıma testi pigmentasyonu ortadan kaldırmadı. Klinik ve dermoskopik muayeneler malign bir deri lezyonunu dışlamadığından hastayı lezyon hakkında bilgilendirdiğimizde 34. gebelik haftasında olduğu için biyopsi önerimizi kabul etmedi ve gebelik sonrası kontrol muayenesine gelmek istediğini belirtti. 2 hafta sonra poliklinik kontrolünde lezyonun dermoskopik özellik değişmedi ancak hasta gebelik sonrası takibe geldiğinde lezyon tamamen geriledi.

Bir intrakorneal veya subkorneal hematomun dermoskopik özellikleri, başlangıçtaki akral lentiginöz melanomu veya melanomu in situyu taklit edebilir. Akral melanomun tipik özellikleri, örneğin paralel sırt deseninde renk değişimi, sınır düzensizliği gibi dermoskopik özellikleri içerir. Hematom lezyonlarında, genellikle periferde uydu globüller olarak adlandırılan kırmızı-kahverengi globüllerin eşlik ettiği kırmızıs-siyah homojen pigmentasyon alanları gözlenir. Hastamız gerçekten de hem hematomun hem de melanomun klinik ve dermoskopik özelliklerini gösterdi. Globüller ile birlikte homojen kırmızıdan kahverengiden siyaha pigmentasyon varlığı subkorneal hematomda doğru tanıya gitmede yol gösterebilir. Scratch(kazıma) testi şüpheli vakalarda tanıyı doğrulamak için pratik ve minimal invaziv bir tanı seçeneği olabilir. Dermoskopi, subkorneal kanamanın doğru bir şekilde teşhis edilmesi için yararlıdır.

**Anahtar Kelimeler:** dermoskopi, malign melanom, subkorneal hematom

## PS-119

### Pemfigus vulgarisli hastada safen ven grefti alınan bölgede gelişen Koebner fenomeni

Mehmet Alp Matur, Ralfi Singer, İteriş Oğuz Topal  
Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Amaç: Koebner fenomeni pemfigus vulgarisde nadir olarak bildirilmiş bir reaksiyondur. Amacımız Kliniğimizde tanımladığımız olgunun paylaşılmasıdır

Olgu: 6 yıldır pemfigus vulgaris tanısı ile izlenen ve koroner arter by-pass operasyonu için bacadan alınmış olan safen ven grefti bölgesinde gelişmiş pemfigus ile uyumlu lezyonlar saptanan 37 yaşında erkek olgu sunulmaktadır.

Sonuç: Koebner fenomeninin pemfigusda gelişebileceğini vurgulamak amacıyla sunulması uygun bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Bypass,Koebner,Pemfigus,Postoperatif

**PS-120****Juvenil ksantogranulom: Aynı hastalığın iki farklı klinik prezentasyonu**İrem Nur Durusu<sup>1</sup>, Gülhan Gürel<sup>1</sup>, Necmettin Karasu<sup>2</sup><sup>1</sup>Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar<sup>2</sup>Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

Juvenil ksantogranülom (JXG), genellikle baş ve boyun bölgesinde ortaya çıkan eritemli veya turuncumsu renkli papül veya nodüllerden oluşan nadir bir hastalıktır. Vakaların çoğu pediatrik yaş grubunda görülmekte olup bu yaş grubunda milyonda bir prevalansa sahiptir. Çoğu JXG vakasında komplikasyonsuz bir şekilde spontan regresyon beklenen sonuç olmakla birlikte bazı atipik prezentasyonlar histopatolojik confirmasyon gerektirebilir. Burada sunulan ilk vaka 2 yıl 4 aylık kız çocuğu olup sağ gluteal bölgede yaklaşık 2 yıl önce ortaya çıkan ve giderek büyüyen asemptomatik, santral kısmı eritemli ve periferik kısmı parlak turuncu renkli yaklaşık 3 cm çaplı nodüler lezyon ile başvurdu. İkinci vaka ise 8 aylık erkek çocuk olup skalp bölgesinde yaklaşık bir ay önce başlayan ve çoğalan turuncumsu sarı renkli çok sayıda nodül ile başvurdu. Her iki vaka da JXG tanısı konuldu ve ilk vakada cerrahi eksizyon yapılırken ikinci vaka tedavisiz izleme alındı. JXG en sık baş ve boyun bölgelerini tutar ancak gövde ve ekstremiteler de etkilenebilir. JXG'nin kesin patogenezi bilinmemektedir. Daha önce travma veya enfeksiyona yanıt olarak gelişen neoplastik olmayan bir süreç olduğu düşünülürken, son araştırmalar genetik değişikliklerle ilişkili olabileceğine dair bazı kanıtlar bulmuştur.

Metaforik olarak "batan güneş görünümü" olarak adlandırılan, sarı-turuncu renkli yapısız bir merkezi alan ve eritemli kenarlar gibi bazı karakteristik dermoskopik Bulgular vardır. Diğer dermoskopik özellikler arasında dallanmış lineer damarlar, daha açık sarı globüllerden oluşan "bulutlar", beyazımsı bir çizgi ve ince pigment ağı bulunur. Palmer ve ark. (8) üç olgudan oluşan çalışmalarında turuncumsu sarı renkli zeminde, ksantomatöz depozitlerden oluşan bulutlar ve bir olguda lineer santal damarlar tanımlamıştır. Benzer Bulgular bizim vakamızda da mevcuttu. Rubegni ve ark. (9) lezyonların periferinden merkeze doğru uzanan dallı ve lineer damarları gözlemlemiş ancak dermoskopiye hafif bir basınç uygulandığında bu Bulguların ortadan kalktığını ve vasküler bir patern yokluğunun ve yapısız turuncu alanların varlığının basitçe basınçtan kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir.

Sonuç olarak dermoskopi JXG için kesin bir tanı aracı olamasa da ayırıcı tanıların azaltılmasında faydalı olabilir. Klinik tabloya göre benign seyirli çok klasik olgularda takip önerilebilirken, atipik olgularda histopatolojik doğrulama gerekebilir.

**Anahtar Kelimeler:** batan güneş görüntüsü, dermoskopi, juvenil ksantogranulom

**resim 1**

*Sağ kalçada merkezi eritemli ve periferik olarak parlak turuncu nodüler lezyon; 1b. Aynı lezyonun dermoskopik görüntüsü sarı-turuncu renkli yapısız alanla çevrili telenjektatik damarları olan eritematöz bir merkezi alanı ortaya koymaktadır; 1c. Lezyonun cerrahi eksizyonu sonrası.*

**resim 2**



*Oksipital bölgedeki yakın komşuluktaki iki lezyonun dermoskopisi: üstteki lezyonda "batan güneş görünümü" nü oluşturan eritemli bir zemin ve santralde sarımsı renkli yapısız alan, alttaki lezyonda da aynı Bulgulara ilave olarak santral yerleşimli hemorajik krut benzeri yapı görülmekte.*

**PS-121****İdiyopatik granülomatöz mastit ve eritema nodosum birlikteliği**Begüm Işık<sup>1</sup>, Recep Dursun<sup>1</sup>, Arzu Ataseven<sup>1</sup>, İlkay Özer<sup>1</sup>, Sıdıka Fındık<sup>2</sup><sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye.<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye.

İdiyopatik granülomatöz mastit(IGM) memenin nadir,kronik,granülomatöz,benign inflamatuvar bir hastalığıdır(1,2).Klinik ve mamografik olarak inflamatuvar tip meme kanserini taklit eder(3).IGM en sık doğurganlık çağındaki kadınlarda görülür(2).Eritema nodozum ve granülomatöz mastit birlikteliği nadir görülen bir durumdur.Bu yazıda amacımız,eritema nodozumun eşlik ettiği ve kolşisin ile başarılı bir şekilde tedavi edilen granülomatöz mastitli genç kadın hastayı sunmaktır.Meme lezyonuyla beraber eritema nodosum varlığı idiyopatik granülomatöz mastiti düşündürülebilir ve eritema nodozum ayırıcı tanısında granülomatöz mastit akılda tutulmalıdır.

**Olgu Sunumu:** 35 yaşında kadın hasta sağ memede 2 aydır olan üzerinde ağrılı,kızarık 1 adet kitle ile dermatoloji polikliniğine başvurdu.Kitleden 1 ay sonra her iki bacağın ön yüzünde ağrılı,kızarık şişlikler meydana gelmiş.Dermatolojik muayenesinde 2x2 cm boyutlarında bir adet üzere ülsere nodül ve bilateral tibia ön yüzünde eritemli,ağrılı birden çok nodül izlendi(Şekil 1).Gebelik,emzirme veya oral kontraseptif ilaç kullanımı öyküsü yoktu.Laboratuvar incelemelerinde akut faz reaktantları yüksek izlendi.Akciğer grafisi,bilgisayarlı tomografi ve ppd sonucunda sarkoidoz ve tüberküloz dışlandı.Yapılan immünohistokimyasal incelemede memede yoğun nötrofil polimorfları arasında CD-68 ile pozitif ekspresyon gösteren epitelioid histiyosit grupları(şekil 2),bacakta ise subkutan yağ dokusunda inflamatuvar hücreler ve immünohistokimyasal CD-68 ile pozitif ekspresyon gösteren küçük granülom yapıları gözlemlendi(şekil 3).Hastanın tekrarlayan oral ve genital aft öyküsü yoktu.Klinik ve histopatolojik değerlendirme sonucunda hastaya eritema nodozum eşliğinde IGM tanısı kondu.Kolşisin (3x0.5 mg/gün) ve indometasin (günde bir kez 25 mg) ile tedaviye başlandı.Tedavinin ilk ayının sonunda memedeki kitle azaldı ve pretibial lezyonlar kayboldu (Şekil 4).

**Tartışma:** Eritema nodozum(EN), septal pannikülitin en yaygın klinik şeklidir(subkutan yağ enflamasyonu)(4).Enfeksiyonlar, sarkoidoz, romatolojik hastalıklar, inflamatuvar barsak hastalıkları, ilaçlar, otoimmün bozukluklar, gebelik, maligniteler, Behçet hastalığı gibi birçok faktörle ilişkili olabilir(5).Eritema nodozum genellikle simetrik ve alt ekstremitelerin ekstansör yüzüne yerleşir(5).IGM ile ilişkili EN nadir bildirilmiştir(6). Granülomatöz mastitis ve EN birlikteliği ilk olarak Adams ve ark. tarafından bildirilmiştir.(7). IGM,nonkazeifike granülom varlığı ile tanımlanan nadir bir inflamatuvar meme hastalığıdır.IGM ilk olarak Kessler ve Wolloch tarafından tanımlanmıştır(8). IGM meme karsinomunu taklit edebilir(3). Gebelik, emzirme, oral kontraseptif hap(OCP) kullanımı, hiperprolaktinemi, alfa-1-antitripsin eksikliği ve otoimmünite IGM'yi tetikleyebilir (9).IGM'nin meme kanallarında epitel hasarı, ardından sekresyonların ekstrasvazasyonu, bağ dokusunda bölgesel inflamasyon ve bölgesel granülomatöz inflamatuvar yanıt ile başladığı öne sürülmüştür(10). IGM tanısı genellikle tüberküloz, sarkoidoz, Wegener granülomatozu ve bağ dokusu bozukluklarının dışlanması ile konulur. IGM genellikle ilerleyici ağrılı, sert, hassas ve memede tek taraflı meme kitle ile presente olur (3).Lezyon memenin herhangi bir kadranında bulunabilir (3). Meme başı retraksiyonu veya peau d'orange, apseler ve fistüller IGM ile ilişkilidir(9). Meme dışı klinik Bulguları aksiller lenfadenopati, eritema nodozum ve artrit (9).Kesin tanı, doku örneğinin histopatolojik incelemesine bağlıdır. IGM, meme lobülleri etrafında nonkazeifike granülomların varlığı ile tanımlanır. Lenfositler ve plazma hücreleri gibi kronik inflamatuvar hücreler de vardır (9).

Granülomatöz mastit farklı tedavi seçeneklerine sahiptir. Granülomatöz mastit için önerilen tedavi tam rezeksiyondur (10). Temel bir tedavi olarak steroidlerin yararlı olduğu kanıtlanmıştır (10). Kolşisin, hidrosiklorokin kullanılabilir (11). Olgumuzda hem meme hem de pretibial lezyonlar için kolşisin kullandık.Kolşisin tedavisi ile lezyonlarda dramatik iyileşme gözlemlendi.

Sonuç olarak, genç kadınlarda eritema nodozum varlığında sistemik muayene yapılmalıdır ve memede kitle ile presente olan eritema nodozum olgularının ayırıcı tanısında IGM akılda tutulmalıdır.

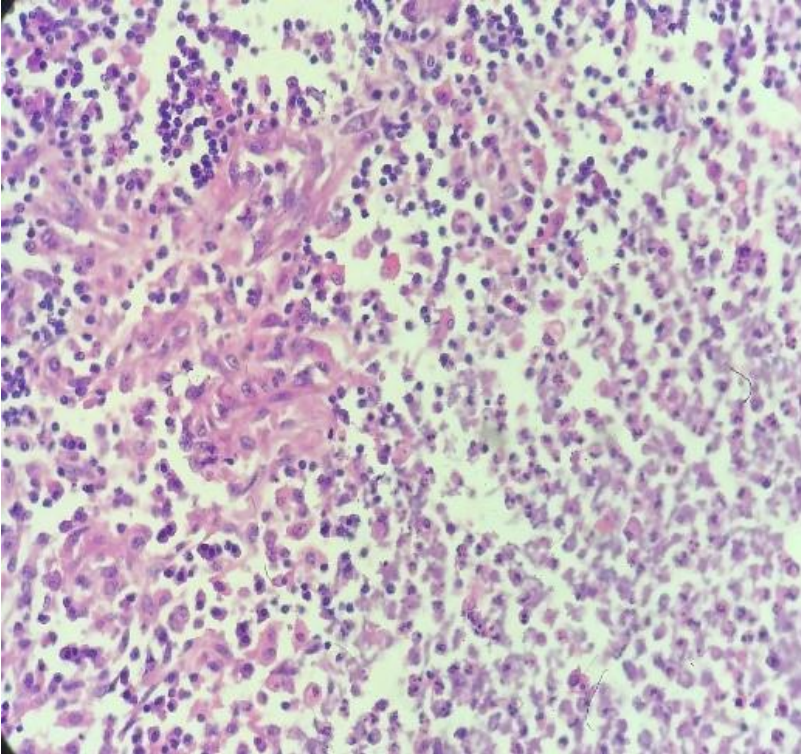
**Anahtar Kelimeler:** Granülomatöz mastit,eritema nodozum,kolşisin

**Şekil 1**



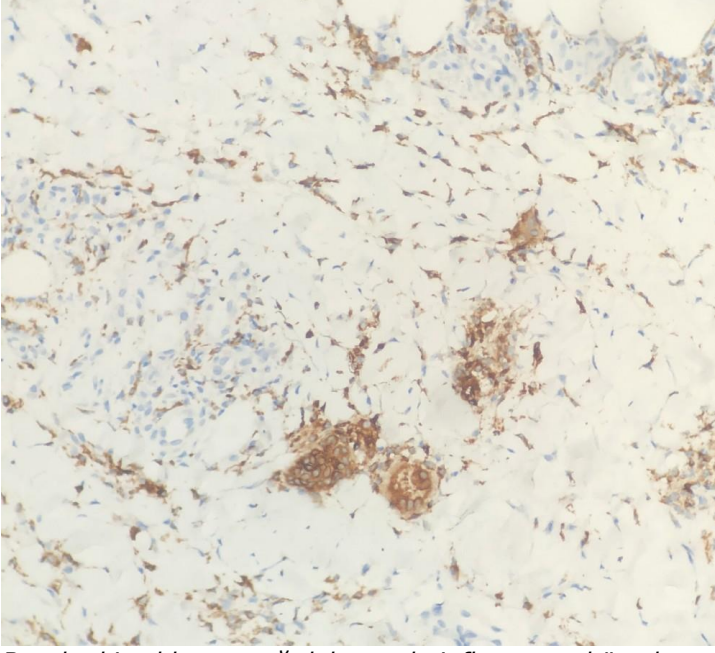
*her iki tibia ön yüzünde görülen ağrılı,eritemli nodüller*

**Şekil 2**



*(X100 H&E)yoğun nötrofil polimorfları arasında CD68 ile pozitif ekspresyon gösteren epitelioid histiyosit grupları*

**Şekil 3**



*Bacaktaki subkutan yağ dokusunda inflamatuvar hücreler ve immünohistokimyasal CD-68 ile pozitif ekspresyon gösteren küçük granülom yapıları*

**Şekil 4**



*Tedavi sonunda pretibial nodositelerde gerileme*

## PS-122

### Dowling-Degos hastalığı: Bir olgu

Rabia Yamak<sup>1</sup>, Merve Hatun Erkayman<sup>1</sup>, Numan Bulut<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

Dowling-Degos hastalığı (Fleksuraların retiküler pigmente anamolisi), fleksural bölgelerin retiküler pigmentasyonu ile karakterize nadir görülen, otozomal dominant geçişli bir genodermatozudur. Boyun ve sırt bölgesinde komedon benzeri lezyonlar ve perioral bölge çevresinde çukur şeklinde noktasal skarlar fleksural bölge pigmentasyonuna eşlik eden başlıca Bulgulardır. Hastalık puberteden sonra, özellikle de hayatın dördüncü dekatında başlar. Melanozom transferini etkileyen mutasyonlar, melanosit ve keratinosit farklılaşması bu hastalığın patogenezinde rol oynamaktadır. Polikliniğimize ilaç kullanımı sonrası gelişen ürtiker nedeni ile başvuran, bilinen bir komorbid durumu olmayan 64 yaşında erkek hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde aksiller, inguinal ve boyun bölgelerinde retiküler pigmentasyon; skrotumda benekli makuler pigmentasyon; sırt, yüz, boyun ve sternal bölgelerde komedon benzeri lezyonlar; perioral bölgede çukur şeklinde noktasal skarların dikkat çekmesi üzerine pigmente lezyonlardan biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede ortokeratoz ve yüzeyde foliküler keratin birikimi içeren epidermis katı ayrıca epidermal retelerde dermal mandal görünümü adı verilen parmaksı çıkıntılar ile suprapapiller inceleme ve bazal pigmentasyonun eşlik ettiği boynuz modeli görünümü saptandı. Anamnezinde amcasında (hasta küçük yaşta iken babası vefat etmiş, babasındaki hastalık durumunu bilinmiyor), kuzenlerinde ve iki çocuğunda da benzer lezyonların olduğu öğrenilen hastaya klinik ve histopatolojik değerlendirme sonucunda Dowling Degos hastalığı (DDH) tanısı konuldu. DDH'nin ayırıcı tanısında başlıca akantozis nigricans, Kitamura'nın retiküler akropigmentasyonu, Galli-Galli hastalığı yer alır. Burada nadir rastlanan ve az sayıda bildirilen Dowling Degos hastalığının klinik ve histopatolojik olarak tipik özelliklerini gösteren bir olgu sunulmaktadır. Dowling-Degos hastalığı fleksuraların edinsel pigmentasyonu ile karakterize hastalıkların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** dowling-degos hastalığı, fleksural pigmentasyon, genodermatoz, retiküler pigmentasyon,

**Resim 1a**



*aksiller bölge retikülerpigmentasyon*



**Resim 1b**



*aksiller bölge retiküler pigmentasyon*

**Resim 1c**



*aksiller bölge retiküler pigmentasyo*

**Resim 2**



*perioral bölge çukur şeklinde noktasal skarlar*

**Resim 3**



*sternal bölge komedon benzeri lezyonlar ve fleksural retiküler pigmentasyon*

**Resim 4**



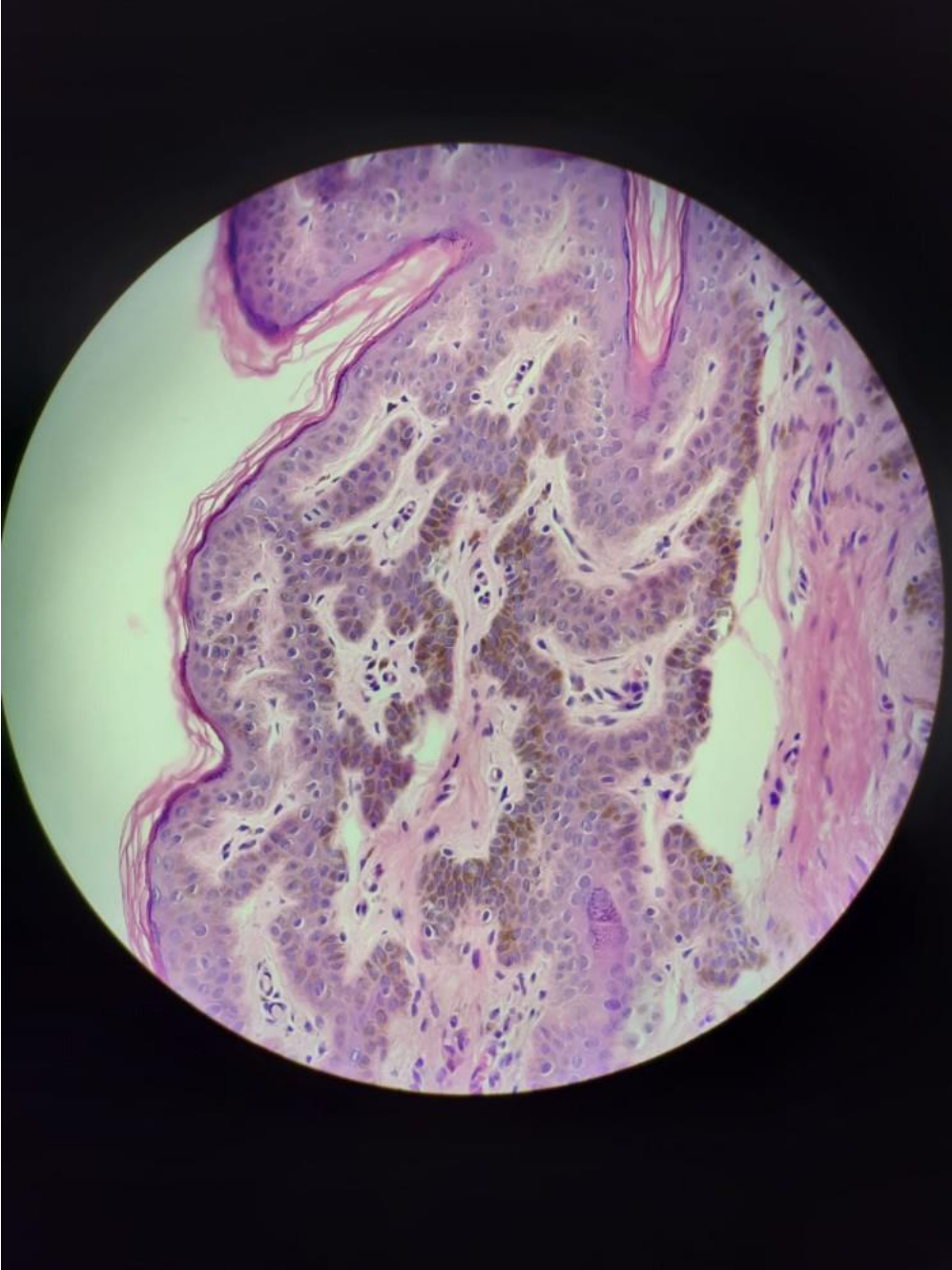
*sırtta yaygın komedon benzeri lezyonlar*

**Resim 5**



*skrotumda benekli pigmentasyon*

**Resim 6**



*ortokeratoz tabakası (ince), epidermal retelerde dermal mandal görünümü adı verilen parmaklı çıkıntılar, suprapapiller incelme, bazal pigmentasyonun eşlik ettiği boynuz model görünümü*

## PS-123

### İki Olgu Sunumu: İlaça Bağlı Depigmentasyon

İlayda Uysal<sup>1</sup>, Esra Yıldırım Bay<sup>1</sup>, Alper Kara<sup>1</sup>, İlteriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Rahime Tanrıtanır<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş – Amaç: İlaçlar deride hiper ve hipopigmentasyona neden olabilmektedir. İlaça bağlı depigmentasyon daha nadir görülmektedir. İmikuimod, interlökinler, tümör nekrozis faktör alfa inhibitörleri, programlanmış hücre ölümü antikoları ve tirozin kinaz inhibitörleri depigmentasyona neden olabilen ilaçlardan bazılarıdır.

Antiepileptik bir ajan olan lamotrijin ve anti-IL17 antikoru sekukinumab kullanan iki farklı hastada meydana gelen depigmentasyonun klinik ve histopatolojik özellikleri anlatılarak, ayırıcı tanıları güncel literatür eşliğinde tartışılarak depigmentasyon için riskli ilaçların neler olduğu ve olası mekanizmaların irdelenmesi amaçlanmıştır.

Olgu: İlk olgumuz, trigeminal nevralji tanısı ile lamotrijin başlanan 60 yaşında kadın hastadır. İlaç başlandıktan yaklaşık 10 gün sonra her iki el ve önkol ekstansör yüzlerinde meydana gelen hipopigmente ve depigmente maküllerle kliniğimize başvurmuştur. İkinci olgumuz ise 20 yıldır psoriasis vulgaris tanısı olan, lokal ve sistemik konvansiyonel tedavilere dirençli 46 yaşında erkek hastadır. Takiplerinde, sekukinumab tedavisinin 12. ayında, her iki el parmaklarında, yeni gelişen, keskin sınırlı, depigmente maküller fark edilmiştir. Her iki olguda, lezyonlar wood inceleme ile kontrastlanma artışı göstermiş, histopatolojik inceleme sonucu hastalara ilaca bağlı depigmentasyon tanısı konulmuştur. Her iki hastanın laboratuvar tetkiklerinde bir anormallik saptanmamıştır.

Sonuç: Literatürde diğer antiepileptik ilaçlar (karbamazepin gibi) ve biyolojik ilaçlara (infliksimab, adalimumab gibi) bağlı depigmentasyon olguları bildirilmiştir. Bildiğimiz kadarıyla, literatürde lamotrijin ve sekukinumaba bağlı depigmentasyon bildirilmemiştir. Bilim geliştikçe ve yeni çalışmalar yapıldıkça tıpta yeni tedavi ajanlarının kullanımının artmasıyla beraber deride pigmentasyon bozukluklarının günlük pratikte daha fazla görülmesi beklenen bir durum haline gelecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Depigmentasyon, İlaç, Lamotrijin, Sekukinumab, Vitiligo

## PS-124

### Alkolizme bağlı Pellegra: Olgu sunumu

Serkan Düzyayak<sup>1</sup>, Özhan Uygun<sup>2</sup>, Bilge Aydın Türk<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Adıyaman

<sup>2</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adıyaman

<sup>3</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adıyaman

**Giriş - Amaç:** Pellegra, gelişmiş ülkelerde belli risk gruplarında (alkolizm) endemik olup bazen savaş, kıtlık durumlarında da görülebilen nadir bir hastalıktır. En yaygın predispozan faktör aşırı alkol tüketimi, kötü diyet, intestinal malabsorbsiyon, ilaçlardır. Pellegra, koenzimler olan nikotinamide adenine dinükleotide (NAD) and NAD fosfat (NADP) eksikliğinden kaynaklanır. İnsanlar NAD ve NADP'yi niasinden (veya nikotinamid) sentezler. Pellegra geleneksel olarak 4D (dermatit, diyare, demans, death) olarak bilinse de bu klasik klinik patern artık çok daha az pellegra hastasında görülmektedir. Çünkü intestinal ve nörolojik semptomlar nonspesifik ve değişken olup genellikle kutanöz Bulgular daha yaygın ve daha spesifiktir. Klinik olarak fotosensitif alanlarda (yüz ve el, ayak dorsum) bazen keskin sınırlı eritemli, geç vakalarda hiperpigmente simetrik yer yer skuamli plaklarla seyreden simetrik fotosensitif dermatit görülür. Bazı vakalarda ödem, bül, erozyon ve ülserler de görülebilir. Gastrointestinal belirtiler bulantı, kusma, ishal; nöropsikiyatrik belirtiler ise başağrısı, irritabilite, apati, depresif durum, ataksi, fotofobi, spastik parezidir. Malnürişyon durumu uzarsa ölüm de görülebilir.

**Olgu:** 62 yaş E hasta, 1 ay önce başlayan el ve ayaklarda soyulma ve koyulaşma şikâyetleri ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde bilateral el ve ayak dorsumda hiperpigmente, üzeri hafif skuamli, makül ve plaklar görüldü (Şekil 1,2). Hasta hepatit B taşıyıcılığı dışında sistemik hastalığı ve ilaç alım öyküsü de yoktu. Hastanın alkol bağımlısı olup iştahsızlık problemi yaşadığı öğrenildi. Hastanın lezyonlu bölge derisinden alınan 4 mm pañç biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermis bazal tabakada hafif vakuoler dejenerasyon, papiller dermiste kapiller damar proliferasyonu, yüzeysel dermiste hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon görüldü (Şekil 3,4). Klinik ve histopatolojik Bulgularla pellegra teşhisi konuldu. Olgumuzda diyare ve nörolojik Bulgular izlenmemiştir. Hastaya niasinamid 300 mg/gün önerildi.

**Sonuç:** Pellegra tanısı koymak deri lezyonları olmadığında daha zordur, karakteristik lezyonların varlığı tanıyı kolaylaştırır. Aşırı alkol tüketimi olan, klinik olarak el-ayak dorsumda bilateral simetrik dermatit plakları ile seyreden olgularda nikotinik asid eksikliğine (vit. B3) bağlı pellegra hastalığı akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** alkolizm, fotosensitif dermatit, pellegra,

#### Şekil 1



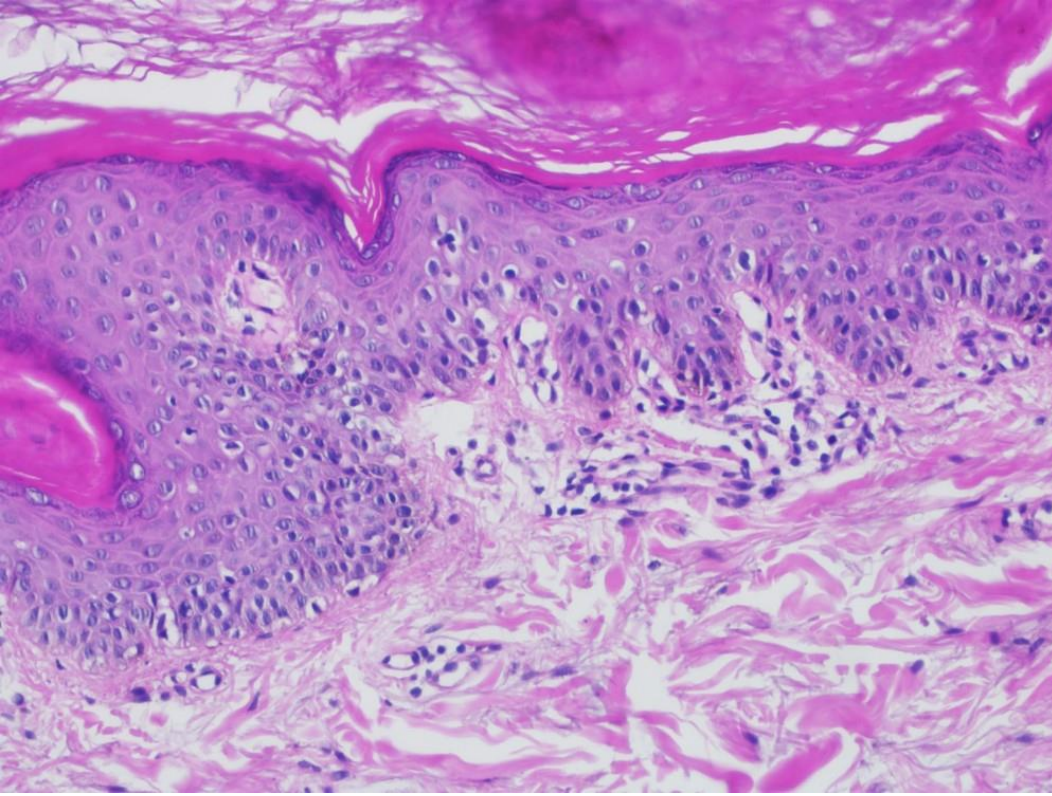
*bilateral el dorsumda hiperpigmente yer yer skuamli, makül ve plaklar*

**Şekil 2**



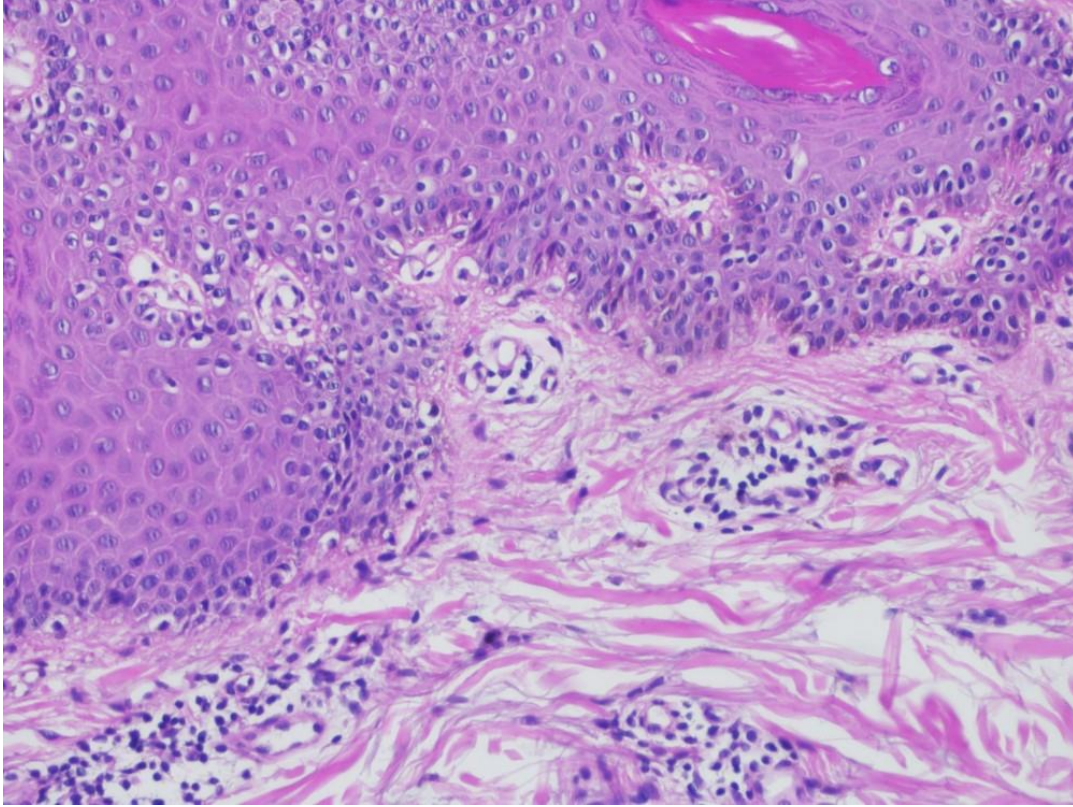
*bilateral ayaklarda skuamlı, hiperpigmente maküller*

**Şekil 3**



*H&E X100. granüler tabaka korunmuş, bazalde hafif vakuoler dejenerasyon*

**Şekil 4**



*H&E X200. papiller dermiste kapiller damar proliferasyonu, yüzeysel dermiste hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon*



## PS-125

### Atipik Prezantasyonlu Molluskum Kontagiozum Olgusu

Nurgül Bayram<sup>1</sup>, Burçe Can Kuru<sup>1</sup>, Zeynep Topkarcı<sup>1</sup>, Damlanur Sakız<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Molluskum kontagiozum (MK), çocukluk çağında sık görülen iyi huylu kütanöz viral bir hastalıktır. Daha az sıklıkla immün yetmezliği olan hastalarda atipik prezentasyonlar da bildirilmiştir. Etkeni poxvirüstür. Çocuklarda yüz, gövde ve üst ekstremiteler en sık tutulan bölgeler iken, cinsel olarak aktif yetişkinlerde lezyonlar genellikle genital bölgeyi tutar ve bu genellikle enfekte bir kişiyle cinsel temastan kaynaklanır.

Olgu, 56 yaşında erkek hasta, 1 ay önce başlayan kasık bölgesinde kaşıntı ve döküntü şikayetiyle bize başvurdu. Bilinen epilepsi tanısı mevcut olup tedavide topiramet kullanmaktaydı. Bununla birlikte hastanın 1 yıl önce yine inguinal kıvrımlarında kaşıntı ve lividi renkte likenoid döküntüleri olmuş, yapılan deri punch biyopsi sonucunda liken planus tanısı konmuştu. Hasta liken planus tedavisinde aralıklı şekilde mometazon furoat krem ve pimekrolimus krem kullanmaktaydı. Hastanın dermatolojik muayenesinde her iki inguinal kıvrım, ve pubik bölgede eritemli, bazılarının ortasında beyaz inci görünümünü andıran püstüller barındıran, dokunmakla sert papüller, yer yer eritemli verrüköz alanları mevcuttu (Resim 1). Yapılan rutin tetkiklerinde ve ELISA'da herhangi bir anormallik saptanmadı. Basiller anjiomatozis, lenfanjioma sirkumskriptum, kaposi sarkomu, kütane metazstaz ön tanıları ile hastanın lezyonlarından deri punch biyopsi alınmış olup yapılan histopatolojik incelemede; epidermisten dermise doğru birkaç odakta çanak şeklinde invajinasyon, bu alanlarda keratinosit sitoplazmalarında ve çanaklar içindeki kornifiye tabakada eozinofilik inklüzyon varlığı, dermiste damar, fibroblast proliferasyonu, dağınık lenfosit, eozinofil-nötrofil lökositler fibrin birikimi izlendi. Bu histopatolojik Bulgular eşliğinde hastaya molluskum kontagiozum tanısı kondu. Tedavide imiquimod haftada 3 gün 1x1 başlandı ve tedavi dozu süreç içerisinde azaltıldı. Hastanın lezyonlarında 1 ay sonra belirgin gerileme izlendi (Resim 2). MK tanısı genellikle klinik ile basit bir şekilde konmasına rağmen, özellikle immünsüpresif kişilerde atipik lezyonlar tanıda zorluk yaratabilir. Molluskum kontagiozumun yaygın atipik prezentasyonları arasında dev, verrüköz, psödokistik ve inflame formlar bulunur ve lenfanjioma sirkumskriptum, genital siğiller, erüptif vellus kıl kistini taklit edebilir. Bu gibi durumlarda dermoskopik ve histopatolojik inceleme kesin tanıya yardımcı olabilir. Bizim olgumuzda da lezyonlar atipik görünümde olduğu için tanıda histopatolojik Yönteme başvurduk. Sonuç olarak dermatologlar arasında molluskum kontagiozumun atipik prezentasyonları hakkında farkındalık, bu enfeksiyöz durumun erken teşhisi ve yönetimi için zorunludur.

**Anahtar Kelimeler:** imiquimod, molluskum kontagiozum, histopatoloji

**Resim 1**



*eritemli, bazılarının ortasında beyaz inci görünümünü andıran püstüller barındıran, dokunmakla sert papüller, yer yer eritemli verrüköz lezyonlar*

**Resim 2**



*1 ay sonra, hastanın imiquimod tedavisine yanıtı*

## PS-126

### Büllöz pemfigoidde omalizumab kullanımı

İdris Demir

gaziantep üniveresitesi tıp fakültesi hastanesi dermatoloji anabilim dalı -gaziantep

Büllöz pemfigoid bazal membran hemidesmozal proteinlere karşı major IgG ve kısmen IgE antikörlerin gelişmesiyle oluşan kazanılmış otoimmün bir hastalıktır. Konvansiyonel tedavide kortikosteroid ve immünsüpresif ajanlar kullanılır. Son yıllarda IgE'yi bloke eden monoklonal bir antikör olan omalizumab şiddetli kaşıntı ile seyreden refrakter vakalarda etkili bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** :büllöz pemfigoid,IgE,omalizumab

## PS-127

### Nodulokistik akne olgusunda eritem ab İgne'nin Isotretionine dramatik yanıtı

Munise Daye<sup>1</sup>, Melike Göçer<sup>1</sup>, Fahriye Kiliç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Konya

**Giriş:** Eritem ab igne(EAİ) tekrarlayan ve uzun dönemli ısı kaynağı veya kızılötesi ışığa maruziyete bağlı olarak sıklıkla alt ekstremitelerde ortaya çıkan, retiküler tarzda hiperpigmente plaklara, epidermal atrofi ve telenjektazilere neden olan dermatolojik bir hastalıktır. Nedeni tam olarak bilinmemesine rağmen ısı maruziyetinin süperfisyel kan damarlarında harabiyete yol açtığı, dilatasyon ve hemosiderin birikimlerinin retiküler dağılıma neden olduğu düşünülmektedir. Deri biyopsisinde erken dönemde perivasküler infiltrasyon, epidermal atrofi, atipik keranositler ve hemosiderin birikimi gözlenirken, kronik dönemde elastin liflerinde artış saptanabilir. Genellikle nonspesifik histopatolojik Bulgular saptandığından deri biyopsisi sıklıkla diğer tanıların dışlanması amacıyla kullanılır. Tanıda hastanın klinik öyküsü, lezyonların görünümü ve yerleşimi dikkate alınmalıdır. EAİ tedavisinde literatur tarandığında en önemli yaklaşım nedenin ortadan kaldırılmasıdır. Genellikle medikal tedavi gerekmemekle beraber kalıcı hiperpigmentasyonu önlemek için topikal tretinoin ve hidrokinon tedavisi ve epitelyal atipi için topikal 5-florourasil ve çeşitli lazer tedavisi önerilmektedir. Taranan olgu sunumlarında tedavi olarak sadece ısıtıcıya maruziyeti kesilmesinin ardından dramatik iyileşme süresi ortalama 3- 4 ayda mümkün olmaktadır. Eş zamanlı nodulokistik aknesi de bulunan olgumuzda ise ısıtıcıya maruziyeti kesip isotretioninle birlikte daha kısa sürede dramatik iyileşme saptamamız nedeni ile tedavi alternatifi açısından sunuyoruz.

**Olgu Sunumu:** Yirmidört yaşında erkek olgu yaklaşık 3 aydır mevcut olan, bacaklarda diz altında kaşıntısız kahvemsî -morumsu renk değişikliği yüzde ve sırtta bulunan iri iltihabi sivilce şikayetleri ile başvurdu. Yapılan Dermatolojik muayenesinde her iki tibia ön yüzde retiküler dağılımlı kahvemsî-morumsu renkte hiperpigmente plaklar, yüzde ve sırtta papül püstül ve nodüller mevcuttu. Özgeçmişte özellik yoktu. Olgumuzdan alınan anamneze göre masa başında çalışan olgumuzun ısınmak için masa altında ısıtıcı kullandığı öğrenildi. Olgumuzdan EAİ ön tanısıyla punch biyopsi alındı. Histopatolojisi nonspesifik olan olguda skuamöz hücreli karsinom açısından değişim yoktu. Tedavi olarak nodulokistik aknesi de mevcut olan olguya oral isotretionin 20 mg 1\*1 olarak başlandı. Olgumuz aylık kontrole çağırıldı. 1. ayda etkinliğini görmeye başladığımız tedavi ile 2 ay sonrasında olgumuzun her iki tibia ön yüzünde dramatik iyileşme gözlemlendi.

**Sonuç:** Olgumuza ısıtıcı kullanmaması gerektiğini, nadir de olsa malignite açısından takip gerektiğini belirttik. Aynı zamanda nodulokistik aknesi de mevcut olduğundan oral isotretionin tedavisi düzenleneyip bu tedavinin EAİ üzerine etkisini gözlemlemiş olduk. Literatürde paylaşılan, maruziyetin kesilmesi dışında tedavisiz izlenen EAİ olgularına göre olgumuzda tedaviye eklenen isotretionin ile dramatik iyileşme süresinin kıaldığı gözlemlenmektedir. Her ne kadar etiyoloji bilinmese de olgumuzda isotretioninin antiproliferatif, antienflamatuar, pigment azaltıcı ve konnektif dokudaki düzenleyici özellikleri ile tedavide etkili olduğunu düşünmekteyiz..Literatüre göre tedavi uygulanmaksızın maruziyet kesilen olgulara göre daha kısa sürede iyileşme elde ettik. Bununla birlikte bu olguyu desteklemek için olgu serilerine ve çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Eritem Ab İgne, İsoetretionin, Nodulokistik Akne

**Resim 1**



*tedavi öncesi ilk başvuru*

**resim 2**



*tedavi sonrası 1. ayda hasta*

## PS-128

### Subungal ekzositoz: On yaşında bir çocuk olgu

İrem Nur Durusu<sup>1</sup>, Gülhan Gürel<sup>1</sup>, Seçil Soylu<sup>1</sup>, Işın Nur Sultan Öncü<sup>1</sup>, Dilara Güler<sup>1</sup>, Tuba Yiğit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Subungual ekzositoz (SUE), terminal falanksın distalinden kaynaklanan, sıklıkla adolesan ve genç erişkinlerde görülen, benign osteokartilajinöz bir tümördür. Yaklaşık %80'i ayak birinci parmakta ortaya çıkar. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte travma, kronik irritasyon, kronik enfeksiyonlar presipite eden faktörlerdir.

SUE tanısını koymak için X-Ray ve histopatolojik inceleme gereklidir. Bu benign tırnak lezyonu tanısında dermoskopi de oldukça faydalı bir teknik olarak düşünülmelidir.

**Olgu:** 10 yaşındaki erkek çocuk kliniğimize sağ ayak birinci parmağında altı aydır olan şişlikle başvurdu. Uzun zamandır ağrısız seyreden ve giderek büyüyen şişliğin tırnağını yukarıya kaldırdığını son zamanlarda basmakla ağrı hissettiğini belirtti. Hastanın özgeçmişinde bir hastalığı ve ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Travma öyküsü sorgulandığında sık sık futbol oynadığı öğrenildi.

Sistemik sorgulamasında özellik saptanmadı. Dermatolojik muayenesinde sağ ayak birinci parmağında şişlik, tırnakta sarı diskolorasyon ve elevasyon, distal dorsomedial kısımda tırnak serbest kenarı altında 0,5-1 cm nodül izlendi. Dermoskopik olarak tümörün üzerindeki tırnak yatağı üzerinde geniş sarı lekelenme, serbest kenar üzerinden bakıldığında onikoliz, vasküler ektazi ve beyaz-sarı hiperkeratotik subungal kitle lezyonu izlendi (Resim 1a,b,c).

Radyolojik olarak distal falanks medialinde ekzofitik kemik büyümesi görüldü (Resim 2).

Mevcut Bulgularla SUE tanısı konulan lezyon ortopedi tarafından eksize edildi.

Histopatolojik incelemede lezyon tabanında, matür trabeküler kemiğe karışan proliferatif kıkırdaklı şapka mevcuttu. Yüzeyden derine, bölgesel düzenlenme gösteren üç komponentin birleşmesinden oluşan lezyonda; dermise uzanan proliferatif fibröz stroma, tabaka benzeri düzenlenmiş geniş bir kıkırdak ve tabaküler kemik yapısı izlendi (Resim 3a). Kıkırdak selüleri ve büyük nükleuslu (Resim 3b). Tariflenen histopatolojik Bulgular ile subungual ekzositoz tanısı konuldu.

6. Ayda nüksü olmayan hasta tarafımızca rekürrens açısından takibe alındı.

**Sonuç:** SUE her yaşta görülebilmekle beraber en sık 2-3. dekatta görülür. Klinik olarak erken dönemde, tırnak plağının serbest ucunda pembe- beyaz subungual nodül şeklinde başlar, zamanla büyüyerek tırnağın serbest kenarından dışarı taşarak tırnakta elevasyon ve deformiteye neden olan, 0.5-2 cm çapında sert kitle şekline dönüşür. Ağrı yürüyüş sırasında ortaya çıkmaktadır. Kitle tırnağı yukarı kaldırır ve sonunda tırnak yatağından ayrılır. Travma tetikleyici bir faktör olup tırnak yatağındaki akut ve kronik irritasyona yanıt olarak zamanla o bölgede kartilajinöz metaplazi gelişebilir.

Ayırıcı tanıda tırnak batması, verruka vulgaris, piyojenik granulom, glomus tümörü, osteokondroma, lipom, fibrom/fibrokeratom, keratoakantom, skuamöz hücreli karsinom ve subungal malign melanom düşünülebilir.

Genel olarak klinik görünümü ve dermoskopik Bulguları ile ayırım yapılabilirken kesin tanısı histopatolojik inceleme ile mümkündür.

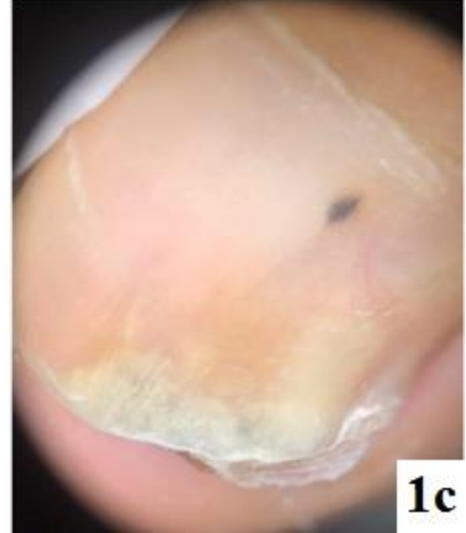
Piccolo ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada dermoskopik Bulgulardan en sık gözlenen vasküler ektazi (%70) iken bunu sırasıyla hiperkeratoz (%60), onikoliz (%40) ve ülserasyon (%30) izlemektedir. Demirdağ ve ark. çalışmasında ise tırnak yatağı üzerinde geniş sarı lekelenmenin en yaygın gözlemledikleri dermoskopik bulgu olduğunu belirtmektedir. Biz olgumuzda hiperkeratoz, onikoliz, vasküler ektazi, tırnak yatağı üzerinde geniş sarı lekelenme gördük.

SUE'de uygun tedavi cerrahi eksizyondur. Cerrahi yaklaşım ile hastalarda %90'ın üzerinde klinik ve radyolojik düzelme sağlanır. Olgumuzda da tırnak plağı parsiyel olarak kaldırılarak total cerrahi eksizyon gerçekleştirildi, tırnak plağı tırnak yatağına sütüre edildi.

SUE yavaş seyirli ve benign bir lezyondur ancak geç fark edildiğinde kozmetik sorunlara ve ağrıya yol açmaktadır. Birçok benign ve malign tırnak hastalıklarının ayırıcı tanısında akılda tutulması gerekir. Tanısında dermoskopi gibi basit, ucuz ve noninvaziv bir tekniğin kullanılması avantajlıdır.

**Anahtar Kelimeler:** subungal, ekzositoz, dermoskopi, tümör

**Resim 1 a,b,c**



*Sağ ayak birinci parmakta şişlik, tırnaktaki sarı diskolarasyon, elevasyon ve serbest kenar altındaki nodül; dermoskopik olarak onikoliz, vasküler ektazi ve subungal hiperkeratotik kitle lezyonu; tırnak yatağı üzerinden bakıldığında geniş sarı lekelenme.*

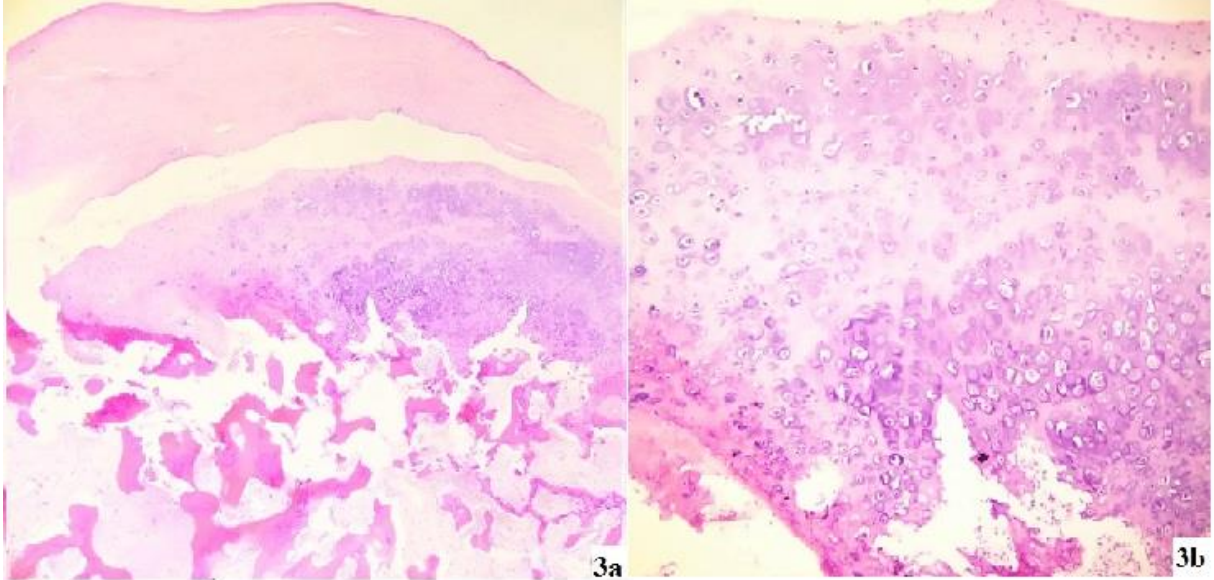
**Resim 2**



**2**

*Sağ ayak birinci parmakta distal falanks medialinde ekzofitik kemik büyümesi.*

**Resim 3 a,b**



*a. Yüzeyden derine, bölgesel düzenlenme; dermise uzanan proliferatif fibröz stroma, tabaka benzeri düzenlenmiş geniş bir kıkırdak ve tabaküler kemik yapısı. b. Selüler ve iri nükleuslu kıkırdak yapısı.*



## PS-129

### Atipik lokalizasyonlu bir apokrin hidrokistoma olgusu

Alper Kara<sup>1</sup>, Yavuz Semiz<sup>1</sup>, Elif Mustafa<sup>1</sup>, İlteriş Oğuz Topal<sup>1</sup>, Özben Yalçın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Apokrin hidrokistomalar, cildin apokrin ter bezlerinin sekretuar bölümünden kaynaklanan benign kistik tümörleridir. Genellikle baş boyun bölgesinde özellikle göz çevresinde medial kantus yakınında görülürler. Klinik olarak lezyonlar mavimsi, saydam, soliter, nodüler lezyonlar şeklindedir.

**Amaç:** Apokrin hidrokistomaların klinik özellikleri, ayırıcı tanıları ve tedavi seçeneklerini güncel bilgiler ışığında tartışarak, farklı lokalizasyonlarda da yerleşebildiğini hatırlatmak amaçlanmıştır.

**Olgu:** 46 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize 3 yıldır var olan kabarıklık şikayetiyle başvurdu. Hasta bu kabarıklığın sivilce şeklinde başlayarak aylar içinde giderek büyüdüğünü arada bir kaşıntı yapması dışında şikayete neden olmadığını ifade ediyordu. Dermatolojik muayenesinde sağ şakak bölgesinde mavimsi-mor renkte, 0,5 cm çaplı yumuşak kıvamlı deriden kabarık kistik lezyon görüldü. Lezyondan alınan punch biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde apokrin hidrokistoma tanısı konuldu.

**Sonuç:** Apokrin hidrokistomalar siyah-mavimsi renginden dolayı malign melanom ve blue nevüs gibi lezyonlar ile karışabilmektedir. Kesin tanı histopatolojik olarak konulmaktadır. Soliter lezyonlarda cerrahi eksizyon, multipl lezyonlarda kimyasal ablasyon, termoablasyon, elektrodessikasyon gibi tedavi yöntemlerine başvurulabilmektedir. Baş boyun bölgesinde yerleşen mavimsi-siyah renkli nodüler lezyonların ayırıcı tanısında apokrin hidrokistomayı da akla getirmek gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** apokrin, atipik, hidrokistoma

## PS-130

### Nadir bir varyant olan Lineer Liken Planus ve Liken Ruber Planus birlikteliği

İsmail Dağ<sup>1</sup>, İlkyay Can<sup>2</sup>, Sevgül Dayar Kırılmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ezine Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Çanakkale

<sup>2</sup>Burhaniye Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Balıkesir

<sup>3</sup>Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği, Çanakkale

Giriş ve Amaç: Liken planus, nedeni bilinmeyen, deri ve mukozaları tutabilen, kaşıntılı, kırmızı-morumsu renkte papüller ile karakterize inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Liken planusun lezyon dağılımına, yerleşim yerine ve morfolojisine göre sınıflandırılan annuler, lineer, eruptif, lokalize, hipertrofik, nodüler, atrofik, büllöz, eroziv, aktinik, palmoplantar, oral ve foliküler gibi birçok farklı klinik tipleri vardır. Lineer liken planus, liken planusun lineer dizilmiş, genellikle kaşıntılı, likenoid görünümlü, viyolese renkli papüller ile karakterize nadir bir varyantıdır. Literatürde liken planuslu hastaların % 0.2' sinin lineer liken planus olduğu bildirilmektedir. Lineer liken planus denildiğinde daha çok, öncesinde herpes enfeksiyonu ya da travma öyküsü bulunmayan, spontan olarak ortaya çıkmış, deride herhangi bir vasküler veya sinir trasesini değil Blaschko çizgilerini takip eden, dar çizgiler halindeki lineer lezyonların varlığı anlaşılmaktadır. Bizim hastamızda zaten nadir görülen lineer liken planusa dağınık yerleşimli liken planus ta eşlik ettiğinden tebliğini uygun bulduk.

Olgu: 54 yaşında bayan hasta, yaklaşık bir yıldır olduğunu belirttiği karnında ve bacağına kaşıntılı koyu renkli kabarıklıklar şikayetiyle başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde, sağ bacakta kasıktan topuğa kadar Blaschko çizgisi boyunca uzanan lineer yerleşimli yer yer hafif skuamli ve kabarık lezyon ve karın bölgesinde düzensiz hafif kabarık eritematöz yer yer viyolase plaklar saptandı. Saç, tırnak ve oral mukoza muayenesi normaldi. Hasta lezyonların herhangi bir travma ya da enfeksiyon sonrası oluşmadığını, kendiliğinden ortaya çıktığını belirtti. Hasta obez ve tip 2 diyabet hastasıydı. Bunun dışında ek bir hastalığı yoktu. Hastanın tetkiklerinde açlık kan şekeri yüksekliği dışındaki hemogram, karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki düzeyleri normaldi. Hastanın lezyonlarından alınan punch biopside epidermiste düzensiz akantoz, apoptotik keratinositler ve vakuoler dejenerasyon, yüzeysel dermiste de bant şeklinde lenfosit infiltrasyonu saptandı. Hastamızın klinik görünümü ve histopatolojik incelemesi sonrasında alt ekstremitedeki lezyona lineer liken planus, karındaki dağınık yerleşimli lezyonlara da liken ruber planus tanısı konuldu. Hastaya güçlü potent steroidli merhem ve sistemik antihistaminik tedavisi başlandı.

Sonuç: Lineer liken planusun oldukça nadir görülmesinin yanı sıra, hastada aynı zamanda dağınık yerleşimli tipik liken planus lezyonlarının da eşlik etmesi nedeniyle ilginç bir olgu olduğunu düşünerek tebliğini uygun bulduk.

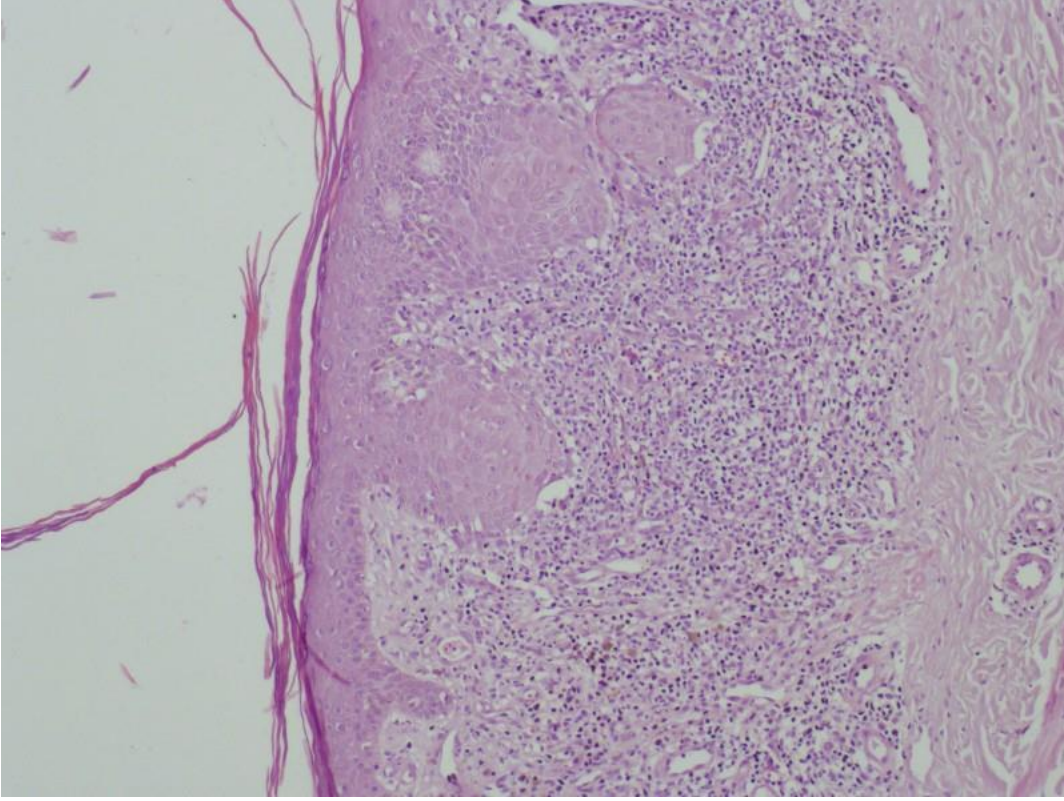
**Anahtar Kelimeler:** inflamatuvar dermatoz, liken, lineer liken planus

**Karıda liken planus lezyonları**



*karında dağınık yerleşimli liken planus lezyonları*

**Lineer liken planus histopatolojisi**



*lineer liken planus histopatolojisi*

**Sağ bacakta lineer liken planus lezyonu**



*sağ bacakta lineer liken planus lezyonu*

**Sağ bacakta lineer liken planus lezyonu 2**



*sağ bacakta lineer liken planus lezyonu*

## PS-131

### Kronik alkolizm ile ilişkili derin Trichophyton Rubrum enfeksiyonu: Bir olgu sunumu

Funda Kuşcu Akdeniz<sup>1</sup>, Taner Akalın<sup>2</sup>, Banu Yaman<sup>2</sup>, Ayda Acar<sup>1</sup>, Can Ceylan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Dermatofitozlar, keratinize dokuyu (saç, deri ve tırnak) istila etme ve orada çoğalma becerisine sahip mantar enfeksiyonlarıdır. Daha çok yüzeysel enfeksiyona neden olan dermatofitler nadiren, dermis içinde çoğalabilir. Dermatofitlerin invazyonu veya yayılması genellikle immünsupresyon durumunda meydana gelir. Burada kronik alkolizme bağlı immünsupresyonu olan bir hastada gelişen derin tinea enfeksiyonu sunulmaktadır.

**Yöntem:** Elli sekiz yaşında erkek hasta, el sırtında ve yüzde kızarıklık ve şişlik olması nedeniyle tarafımıza başvurdu. Yaklaşık bir ay kadar önce, sağ el 2-3-4. parmakların ve daha hafif olmak suretiyle 1 ve 5. parmak dorsal yüzde herhangi bir travma öyküsü olmadan şişlik ve kızarıklık meydana gelmiş. Çeşitli dış merkezlere başvuran hastaya; farklı zamanlarda oral antibiyoterapiler, topikal steroid ve topikal antibakteriyel kremler reçete edilmiş. Tedavilerden fayda görmeyen hasta son birkaç gündür yüzünde de 2X2 santimetre çapında, eritemli, ödemli bir plak oluşmaya başlaması nedeniyle kliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın öyküsünden her gün düzenli olarak alkol kullandığı ve hobi olarak düzenli aralıklarla balık tuttuğu öğrenildi. Soy geçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde sağ el sırtı 2-3-4. parmakların ve daha hafif olmak suretiyle 1. ve 5. parmak dorsal yüzde eritemli, ödemli infiltrate, skuamlı plaklar, sağ zigomatik alan üzerinde sınırları düzensiz yaklaşık 2X2 santimetrik infiltrate plak mevcuttu. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde ılımlı gama glutamil transferaz yüksekliği dışında patolojiye rastlanılmadı. Lezyondan alınan örneğin histopatolojik incelemesinde dermada perifoliküler multinükleer dev hücreleri de içeren mononükleer hücre infiltrasyonu, perivasküler lenfosit ağırlıklı plazma hücrelerini ve seyrek polimorf nüveli lökositleri de içeren yangısal hücre infiltrasyonu saptandı, mantar, mikobakteri spesifik boyama ve immunfloresan çalışma negatifti. Doku kültürlerinde mikobakteriyolojik ve bakteriyolojik üreme olmadı. Mikolojik doku kültüründe ise 'Trichophyton Rubrum' üredi. Histopatolojik incelemenin ve doku kültürlerinin sonuçları beklenirken atipik mikobakteriyel enfeksiyon ön tanısıyla başlanan doksisisiklin tedavisine yanıt alınamayan hastaya derin dermatofit enfeksiyonu tanısı konularak terbinafin 250 miligram 1x1 başlandı. Birinci ay kontrolünde klinik olarak tam yanıt alındığı gözlemlendi.

**Sonuç:** Sunulan olgu, antibiyoterapi ve topikal kortikosteroide yanıt vermeyen lezyonlardan alınan materyalin mikolojik doku kültüründe trichophyton rubrum üremesi üzerine derin dermatofit enfeksiyonu tanısı almış ve bir aylık oral terbinafinle başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Dermatofit enfeksiyonları genellikle epidermisin kornifiye tabakası ile sınırlıdır.. İmmün sistemi baskılanmış hastalarda derin dermatofitoz görülebilmektedir. Kronik alkolizm proinflamatuvar sitokinleri artırıp, anti-inflamatuvar sitokinleri bozarak immünsupresyon yapmaktadır. Bu hastada gelişen derin tinea enfeksiyonunun kronik alkolizme bağlı immünsupresyon zemininde geliştiği düşünülmüştür..

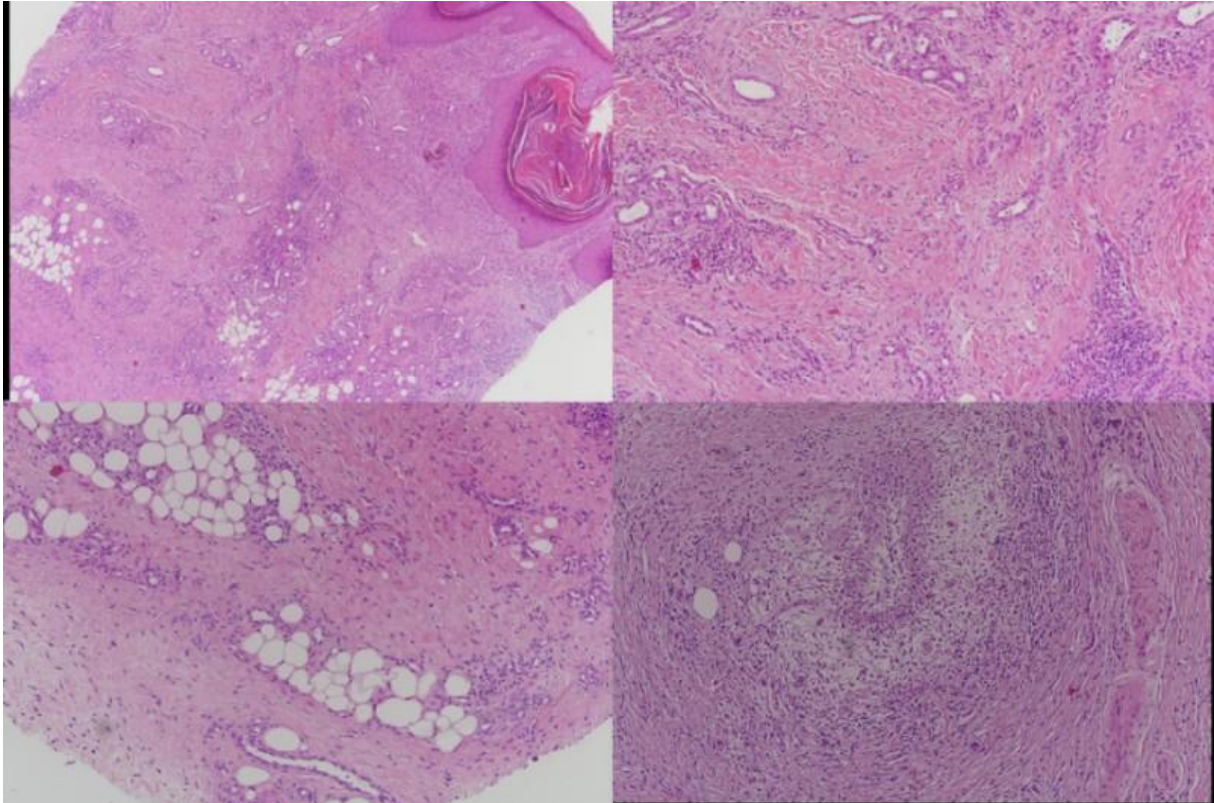
**Anahtar Kelimeler:** trichophyton rubrum, alkolizm, immünsupresyon, tinea, mantar

**Resim 1**



*Sağ el sırtı 2-3-4. Parmak dorsal yüzlerinde daha belirgin olmak üzere tüm parmaklarda eritemli ödemli infiltrat ve skuamli plaklar, sağ zigoma üzerinde sınırları düzensiz yaklaşık 2x2 santimetrelilik infiltrat plak*

**Resim 2**



*Folikül ağzlarında genişleme, dermada perifoliküler multinükleer dev hücreleri de içeren mononükleer hücre infiltrasyonu, perivasküler lenfosit ağırlıklı plazma hücrelerini ve seyrek polimorf nüveli lökositleri de içeren yangısal hücre infiltrasyonu ve hafif fibrozis. PAS+ AB, ASİT FAST, modifiye ASİT FAST, GMS ve IF negatif*

**Resim 3**



*1 aylık sistemik terbinafin tedavisi sonrasında izlenen klinik tam regresyon*

## PS-132

### Bir olgu eşliğinde Löfgren Sendromu'nun değerlendirilmesi

Baran Cayhan, Zafer Türkoğlu, Merve Kaya

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Sarkoidoz; kronik, sebebi tam bilinmeyen, sistemik bir granülomatöz hastalıktır. Düşük virülanslı, persiste bir antijenin sebep olduğu kronik T-helper 1 cevabı ile granülomların oluştuğu düşünülmektedir. Akciğerler %90 vakada etkilenir. Ateş, artralji, artrit, lenf tutulumu ve üveit de pulmoner tutulumla eşlik edebilir. Dermatolojik tutulum %25 vakada bildirilmiştir. Spesifik ve nonspesifik olarak ayrılabilir. Önemli spesifik lezyonlar lupus pernio, infiltrate plaklar ve makülopapüler erupsiyonlardır. Başlıca nonspesifik lezyon ise eritema nodosumdur. Löfgren sendromu ise ilk olarak 1952 yılında Löfgren tarafından sarkoidozun iyi seyirli bir formu olarak eritema nodosum ve bilateral hiler lenfadenopatinin beraber görülmesi şeklinde tanımlanmıştır. Genellikle bir yıl içinde kendini sınırlayan bir tablodur. Biz de sık rastlanmayan bu olgu ile beraber eritema nodosum hastalarının sarkoidoz yönünden de araştırılmasının önemini vurgulamak istiyoruz.

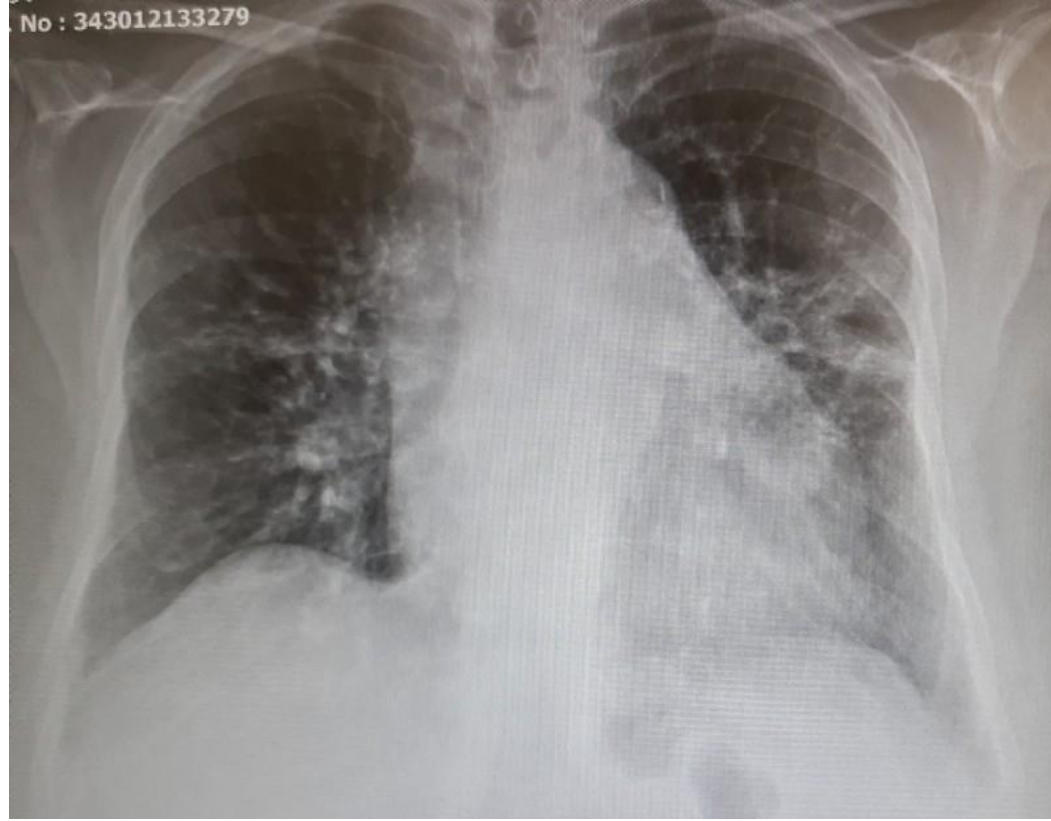
Olgu: 69 yaşında kadın hasta, polikliniğimize, bacağına son bir yılda giderek artan şişlikler şikâyeti ile başvurdu. Özgeçmişinde zaman zaman oluşan eklem ağrıları dışında özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde tibia çevresi yerleşimli, düzgün yüzeyle, lividi eritemli, hassas, infiltrate, deri altı nodüller saptandı. Ayrıca hastanın burun ucunda 4 yıldır var olduğunu ifade ettiği, lupus pernio ile uyumlu şekilde mavimsi kırmızı plak mevcuttu. Hastanın tibia bölgesindeki nodüllerden biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede subkutan dokuda septalarda kalınlaşma, septal pannikülitte uyumlu inflamatuvar infiltrat ve histiositik granülomlar saptanırken vaskülit bulgusu yoktu. Eritema nodosum ile uyumlu gelen histopatolojik Bulgular sonucunda, lupus pernio da saptanan olguda sarkoidoz araştırılması için PA AC grafi çekildi ve bilateral hiler dolgunluk görüldü. Tüm bu Bulgular ışığında hastamıza bir Sarkoidoz varyantı olan Löfgren sendromu teşhisi koyuldu. Göğüs hastalıkları ve Romatoloji kliniklerine konsülte edilerek sistemik steroid tedavisi başlandı.

Sonuç: Löfgren Sendromu az görülen bir Sarkoidoz varyantı olarak eritema nodosum ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. İyi bir anamnez, dermatolojik ve sistemik muayene ile bu varyant kolayca tanımlanabilir ve tanıda gecikmelerin önüne geçilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Löfgren sendromu, sarkoidoz, eritema nodosum, bilateral hiler LAP, granülom



**Bilateral hilar dolgunluk**



**Eritema Nodosum**



## PS-133

### Lineer Iga Büllöz Dermatozu Benzeri Büllöz Pemfigoid Olgusu

Orhan Şen, Fadime Kılınc, Akın Aktaş

Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

Yaşlıları etkileyen bir deri hastalığıdır.

Kesin etiyojisi bilinmemekle birlikte, BP'nin ilaçlar tarafından indüklendiği ve diğer otoimmün ve nörolojik bozukluklarla ilişkili olduğu bildirilmiştir [1, 2]. Maligniteler ile potansiyel ilişkisi ise hala tartışmalıdır.

BP tipik olarak pruritik ürtikeryal plakların eşlik ettiği prodromal evrenin ardından gelişen normal veya eritemli zeminde gergin büllerle karakterizedir. Ayrıca Büllöz pemfigoidin birçok varyantı bildirilmiştir ve bu varyantların bazıları atipik klinik gösterir ancak literatürde diğer dermatozları taklit eden anüler büllü lezyonlar çok nadiren bildirilmiştir.

65 yaşında erkek hasta gövde, kol ve bacaklarında 1 aydır olan kaşıntılı kızamık lezyonlar şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde el ve ayak dorsumunda eritemli zeminde gergin büller, gövde, kol, bacak, omuz, boyun ve intertriginöz bölgelerinde "inci dizisine" benzeyen periferik vezükülobüllöz lezyonların eşlik ettiği eritemli ortası viyolose anüler plakları mevcuttu. Hastalık sert damakta eritemli zeminde bir adet intakt bül gözlendi.

Hastaya daha önceden dış merkezde topikal kortikosteroid ve oral antihistaminik tedavileri verilmiş ancak herhangi bir yanıt alınamamıştı. Hastadan ışık mikroskobu ve direkt immunfloresan inceleme amacıyla 2 adet biyopsi alındı.

Klinik ve histopatolojik Bulgulara dayanarak hastaya lineer Iga büllöz dermatozu benzeri büllöz pemfigoid tanısı konuldu. Hastanın Tip 2 diabeti mevcuttu ve dipeptidil peptidaz 4 (DPP-4) inhibitörü grubu ilacı kullanıyordu. Bu ilaç BP'yi tetikleyen ilaç grubunda yer aldığından dolayı başka bir grup ilaçla değiştirildi. Otoimmün hastalık ve malinite taraması yapıldı, herhangi bir patoloji saptanmadı.

Sistemik steroid ve oral dapson tedavisi başlandı. Tedavinin birinci ayında lezyonlar büyük ölçüde postinflamatuvar değişikliklerle geriledi.

Nadir görülen klinik prezentasyonda olan ve alternatif tedavi seçeneklerini başarıyla tedavi edilen olgumuzu paylaşmaya değer bulduk.

**Anahtar Kelimeler:** Anüler, Büllöz pemfigoid, Dapson, Lineer Iga büllöz dermatozu, Sistemik steroid

#### Resim 1



*El ve ayak dorsumunda eritemli zeminde gergin büller, gövde, kol, bacak, omuz, boyun ve intertriginöz bölgelerinde "inci dizisine" benzeyen periferik vezükülobüllöz lezyonların eşlik ettiği eritemli ortası viyolose anüler plaklar*

**Resim 2**



*Tedavinin birinci ayında lezyonların postinflamatuar değişiklerle gerilemesi*

## PS-134

### Nivolumab'a bağlı likenoid ilaç erüpsyonunun asitretin ile başarılı tedavisi

Nur Cihan Coşansu, Neriman Ülkü Turan, Bahar Sevimli Dikicier, Mahizer Yıldız  
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

**Giriş - Amaç:** Kanser immünoterapisi, ileri evre kanser tedavisinde kullanılan bir grup monoklonal antikorlu içerir. Bu antikorlar bağışıklık hücrelerinin kendi arasında veya tümör hücresi ile T lenfositler arasındaki etkileşimde stimülatör ya da inhibitör etkili olan koreseptörlere bağlanarak etki ederler. Bununla birlikte kanser immünoterapisi, immünite hücreleri üzerindeki manüplasyonu nedeniyle self toleransı ortadan kaldırarak konağın sağlıklı hücrelerinin de hedef haline gelmesine ve bunlara karşı bir dizi immün reaksiyon başlamasına neden olabilmektedir. Biz de ileri evre malign melanom immünoterapisi sırasında Nivolumab'a bağlı gelişen likenoid ilaç erüpsyonu(LİE) olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 57 yaşında erkek hasta tüm vücutta kaşıntılı yaygın kızarıklıklar nedeniyle onkoloji polikliniğinden tarafımıza konsülte edildi. Alınan anamnezde şubat 2019 yılında tanı konulmuş sağ ayak tabanında noduler malign melanom öyküsü mevcuttu. İki kez cerrahi operasyon geçiren hastada; ağustos 2019'da nüks ve metastaz gelişmesi üzerine hasta evre-4 olarak değerlendirilmiş ve hastaya Nivolumab tedavisi başlanmış. Tedavinin 20. seansından sonra tüm vücutta yayılan kaşıntılı yanmalı kızarıklıklar başlamış ve 21.seans sonrası döküntülerinin artması üzere tarafımıza konsülte edildi. Bilinen ek hastalığı, Nivolumab dışında ilaç öyküsü olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde kollarda, bacaklarda, her iki ayakta daha yoğun olmak üzere tüm vücutta yayılan kaşıntılı, eritemli, parlak ve livedoid renkte papüloplaklar mevcuttu (Resim 1,2). LİE ve vaskülit ön tanılarıyla biyopsi alınarak topikal vazelin ve klobetazol propiyonat karışımı ile setrizin tablet 2x1 tedavisi başlandı. On gün sonra sonuçlanan biyopsi incelemesinde hiperkeratoz, fokal parakeratoz, parakeratoz içersinde nötrofil, lökosit ve nükleer debris birikimi, yer yer akantoz(A), spongiöz ve papiller dermişte ödem, bazal tabakada hidropik dejenerasyon(B), papiller dermiste ve üst dermişte eozinofillerin de eşlik ettiği bant tarzında izlenen mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu(C) saptandı (Resim 3). Bu Bulgular eşliğinde hasta; Nivolumab'a bağlı likenoid ilaç erüpsyonu olarak değerlendirildi. Nivolumab tedavisi kesilerek ve topikal tedaviden fayda görmemesi üzere; Asitretin 25mg/gün tedavisi başlandı ve bir ay sonra lezyonlarda %80 gerileme saptanarak 2 ay daha tedaviye devam edildi. Üçüncü ayın sonunda lezyonlar postinflamatuvar hipopigmentasyonla tamamen geriledi (Resim 4,5).

**Sonuç:** Sonuç olarak, ileri evre kanserlerin immünoterapisinde kullanılan ajanların immün self toleransı ortadan kaldırarak tüm organ sistemlerini etkileyebildiği ve kutanöz yan etkilere yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Kutanoz ilaç reaksiyonları içersinde LİE nadir olarak görülür. Ancak her geçen zaman LİE'a neden olan ilaçlara bir yenisı eklenmektedir. LİE'nun patogenezi tam olarak bilinmemektedir. En sık yol açan ilaçlar; altın, antimialaryal ilaçlar, beta-blokerler, ACE inhibitörleri, penisilamin, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlardır. Nivolumab'a bağlı gelişen kutanoz yan etkiler genellikle hafiftir.1 Ancak likenoid ilaç erüpsyonları, mukokutanöz lezyonlar ve büllöz pemfigoid gibi daha şiddetli vakalarda bildirilmiştir.2

**Anahtar Kelimeler:** Asitretin, Likenoid ilaç erüpsyonu, Nivolumab

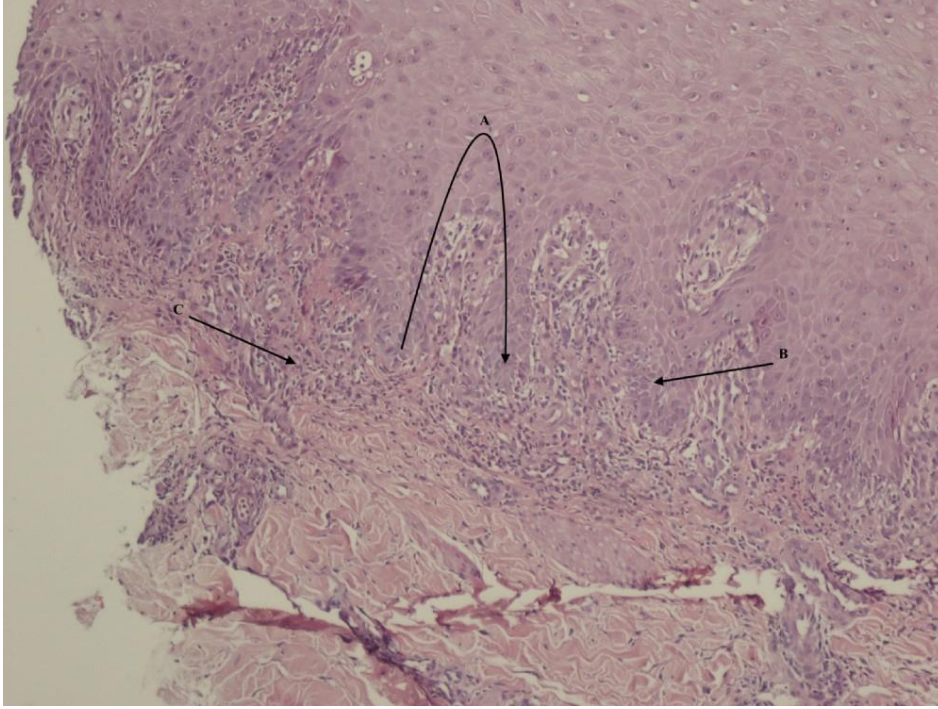
**Resim1**



**Resim2**



**Resim3**



**Resim4**



**Resim5**



## PS-135

### Vandetanibe bağı fototoksik ilaç reaksiyonu

Gürsoy Doğan, Baran Abul, Ceyda Tetik Aydoğdu

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Muğla

Fotosensitif ilaç reaksiyonları deriye sistemik veya topikal yolla ulaşan kimyasal ajan ve güneş ışığına maruz kalınması sonucu ortaya çıkan deri reaksiyonlarıdır. Fotosensitif ilaç reaksiyonları fototoksik ve fotoallerjik olarak iki grupta incelenmektedir. Fototoksik ilaç reaksiyonları topikal veya sistemik yolla kullanılan yeterli dozda kimyasal duyarlandırıcı ajanın uygun ultraviyole dalga boyunda ilk temastan itibaren ortaya çıkabilen egzamatöz deri reaksiyonlarıdır. Sistemik olarak kullanılan nonsteroid antiinflamatuvar, antimikrobiyaller ve kemoterapötik ilaçlar gibi çok sayıda ajana bağlı gelişebilir. Vandetanib metastatik meduller tiroid kanserinde kullanılan yeni nesil multireseptör tirozin kinaz inhibitörüdür. Literatürde vandetanibe bağlı sınırlı sayıda fototoksik ilaç reaksiyonu olgusu bildirilmiştir. Biz de kliniğimizde gördüğümüz olguyu bu nadir antititeyi hatırlatmak amacıyla sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Fotosensitivite, Fototoksik, Vandetanib

#### Şekil 1



Güneşe maruz kalan yüz, el ve kol ekstansör bölgelerinde eritemli zeminde deskuamasyonlar içeren egzamatöz döküntü



**Şekil 2**



*Ensede keskin sınırlı eritemli deskuamasyon içeren egzamatöz döküntü*

## PS-136

### COVID-19 mRNA aşısı ile tetiklenen vitiligo olgusu

Ece Uğurer<sup>1</sup>, Onur Sivaz<sup>2</sup>, İlknur Kıvanç Altunay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kırklareli

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

COVID-19 aşısı günümüzde pandemi kontrolü ve önlenmesinde en önemli silahlardır. Aşıların otoimmün reaksiyonların potansiyel tetikleyicisi oldukları bilinmektedir. COVID-19 mRNA aşısı da dendritik hücreleri uyarak otoinflamasyon ve otoimmünitede hayati rol oynayan sitokin yolaklarında imbalans yaratabilirler. 47 yaşında erkek hasta, COVID-19 mRNA aşısı ilk dozundan 1 hafta sonra her iki koltukaltında ve ön kol iç yüzlerinde ortaya çıkan, 2. dozundan sonra giderek yayılan beyaz lekeler şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde; bilateral aksillada ve ön kol fleksör yüzlerinde depigmente beyaz yamalar mevcuttu. Özgeçmişinde yaklaşık 40 yıldır ankilozan spondilit tanısının mevcut olduğu; daha önce sülfasaalazin kullandığı fakat 4 yıldır herhangi bir tedavi almadığı öğrenildi. Wood ışığı muayenesine dayanarak depigmente alanlara vitiligo tanısı konuldu. Daha önce vitiligo öyküsü bulunmayan hastaya tedavi olarak topikal pimekrolimus günde iki kez uygulandı. Mekanizmaları net belli olmasa da, yeni mRNA aşısının kutanöz yan etkilerinin klinisyenler tarafından belirlenmesi ve bildirilmesi önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, mRNA, vitiligo

## PS-137

### Konfluent ve retiküler papillomatozis: Olgu sunumu

Serkan Düzyayak<sup>1</sup>, Bilge Aydın Türk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Adıyaman

<sup>2</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adıyaman

Giriş - Amaç: Konfluent ve Retiküler Papillomatozis (KRP), 3-55 yaş aralığında görülmekle birlikte daha çok adolesanları etkileyen nadir bir hastalıktır. Birleşmeye eğilimli, retiküler paternde hiperkeratotik lezyonlarla karakterize olup epigastrik, interskapular ve intermammaryal bölge gibi özellikle seboreik alanlarda daha sık görülmektedir. KRP'nin patofizyolojisi halen net olarak bilinmemektedir. Etyopatogenezinde endokrin hastalıklar, keratinizasyon bozukluğu, bakteriyel ya da fungal ajanlara karşı gelişen anormal bir konak yanıtı ve genetik bozukluklar sorumlu tutulmuştur. Bu nedenle hastalar değerlendirilirken sistemik semptomların varlığı açısından da sorgulanmalıdır. Ayırıcı tanılarda seboreik dermatit, akantozis nigrikans, pitriyazis versikolor, Darier hastalığı, kutanöz amiloidoz, prurigo pigmentosa, Dowling-Degos hastalığı, iktiyozis yer almaktadır. Tedavi seçenekleri arasında topikal ve sistemik retinoidler, topikal kalsipotriol, topikal 5-fluorourasil, topikal antifungaller, mupirosin, takrolimus, oral amoksisilin, eritromisin, azitromisin, minosiklin, fototerapi ve dermabrazyon yer almaktadır. Tedavide ilk basamak makrolid ve tetrasiklin grubu antiinflamatuvar etkili antibiyotikler olup dirençli vakalarda oral retinoidler düşünülebilir.

Olgu: 15 yaş E hasta, yaklaşık 2 yıldır göğüs, sırt, boyun ve ense bölgelerinde kahverengimsi deriden kabarık döküntü şikâyetleri ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde gövde, boyun ve ensede retiküler yayılım gösteren birleşme eğiliminde hiperpigmente makül, papül ve plaklar görüldü (Şekil 1,2). Lezyonların kozmetik görüntüsü dışında şikâyet tariflemiyordu. Özgeçmiş, soygeçmişinde özellik yoktu. Dış merkezde akantozis nigrikans, pitriyazis versikolor tanılarıyla takip edilmiş topikal steroid, antifungal krem ve şampuanlar, salisilik asit+üre kombinasyonlu preparatlar ve hidrokinon verilmiş ancak tedavilerinden fayda görmemiştir. Lezyonlu bölge derisinden alınan 4 mm paç biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste belirgin papillomatozis, yüzeysel ve papiller dermiste hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon görüldü (Şekil 3,4). Klinik ve histopatolojik Bulgularla olguya KRP tanısı konuldu.

Sonuç: KRP, nadir görülmesi ve az bilinen bir hastalık olduğundan sıklıkla teşhis ve tedavisi gecikmektedir. KRP'de tanı daha çok klinik görünüm ile konulur ancak diğer hastalıklarla karışabileceği için cilt biyopsisi yapılabilir. Vücudun üst kısmında ve boyunda lokalize retiküler pigmentasyon olan hastalarda KRP tanısı akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** histopatoloji, konfluent ve retiküler papillomatozis, keratinizasyon bozukluğu

**Şekil 1**



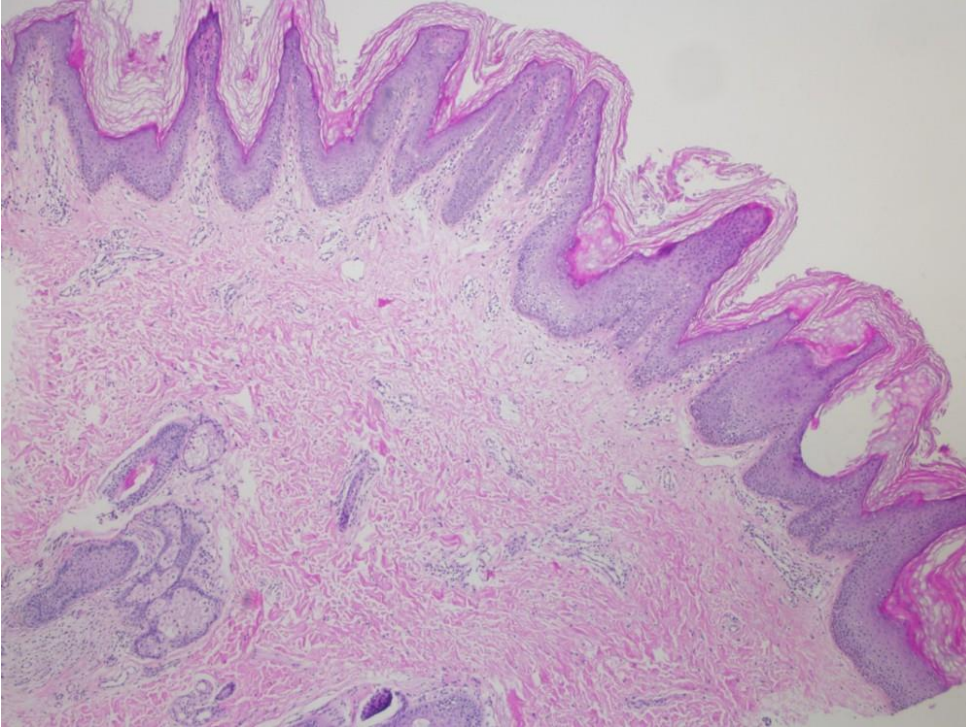
*göğüste hiperpigmente, birleşme eğiliminde papül ve plaklar*

**Şekil 2**



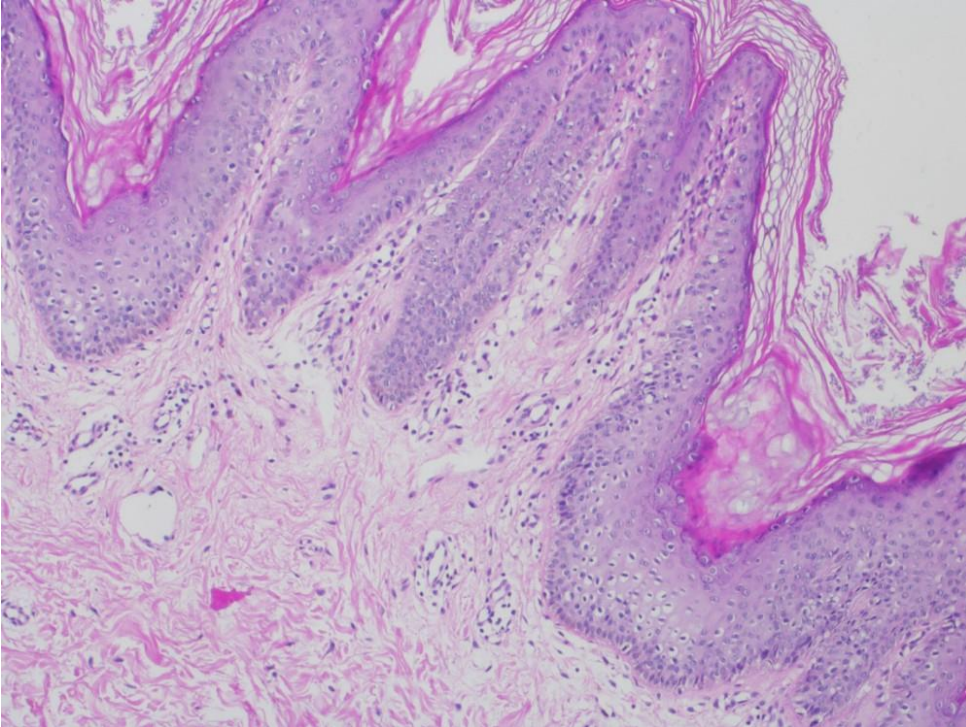
*sırt ve ensede retiküler, birleşme eğiliminde, hiperpigmente, makül ve plaklar*

**Şekil 3**



*H&E X40. yüzeyde sepetçi hiperkeratoz epidermiste belirgin papillomatoz*

**Şekil 4**



*H&E X100. yüzeysel ve papiller dermiste hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon*

## PS-138

### COVID-19 Aşısı Sonrası SDRIFE Gelişen Hasta, Olgu Sunumu

Çağdaş Boyvadoğlu<sup>1</sup>, Salih Levent Çınar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

**Giriş ve Amaç:** SDRIFE sistemik ilaç maruziyeti sonrasında gluteal, fleksural ve intertriginöz bölgelerde görülen simetrik eritematöz döküntü ile karakterizedir. Daha önceleri, 1984 yılında, gluteal bölge ve uyluk içlerinde lokalize olan lezyonların dağılımı nedeniyle baboon sendromu olarak adlandırılıyordu. SDRIFE, tipik morfolojisi, dağılımı ve sistemik Bulguların olmaması nedeniyle diğer kutanöz ilaç reaksiyonlarından farklıdır. SDRIFE çok yaygın değildir ve literatürde sınırlı sayıda vaka bildirilmiştir.

Başta beta-laktam grubu antibiyotikler olmak üzere birçok sistemik ilaç SDRIFE etyolojisinde yer almaktadır ancak daha önce SDRIFE etyolojisinde yer alan bir aşı bildirilmemiştir. Kliniğimize başvuran tipik klinik Bulgular ile SDRIFE tanısı koyduğumuz olgumuzu Coronavac aşısı sonrasında gelişmesi ve başka yeni sistemik ve topikal ilaç öyküsü olmaması nedeniyle aşuya bağlı SDRIFE olgusu olarak değerlendirdik. Literatürde daha önce benzer vaka bildirilmemesi nedeniyle olgumuzu sunuyoruz.

**Olgu:** 64 yaşında kadın hasta, Coronavac aşısının 2.dozunu aldıktan 14 gün sonra vücudunda döküntü başlamış. Döküntüye şiddetli kaşıntı da eşlik ediyormuş. Hasta kliniğimize başvurduğunda döküntüden önce yıllardır kullandığı ilaçlar dışında farklı bir ilaç, bitkisel ürün, topikal ürün kullanım öyküsü olmadığı öğrenildi. Bilinen diyabet, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı mevcuttu. Yaklaşık 2 yıldır mevcut hastalıkları nedeniyle aspirin, metformin, atenolol ve klortalidon kullandığı öğrenildi. Hastanın tam kan sayımı ve biyokimya değerlerinde anormal değer saptanmadı. Dermatolojik muayenesinde simetrik aksiller bölgelerde, meme altlarında (Figür 1), sakral ve gluteal bölgelerde (Figür 2), uyluk iç yüzlerinde, batin laterallerinde, mons pubiste (Figür 3) birleşme eğiliminde keskin sınırlı parlak kırmızı eritemli makülopapüler ekzantem mevcuttu. El bilek fleksörlerinde ve bilateral boyun laterallerinde (Figür 4-5) eritemli keskin sınırlı plaklar mevcuttu. Mukozalarda tutulum yoktu. Hastanın sistemik herhangi bir semptomu yoktu. Hastaya mevcut klinik Bulgular ile SDRIFE tanısı kondu. Sistemik steroid (1 mg/kg) tedavisi başlanan hastanın takiplerinde tedavinin 5. gününde lezyonlarının ve şikayetlerinin tamamı geriledi.

**Sonuç:** SDRIFE'ye neden olan ilaçlar arasında beta-laktam antibiyotikler, özellikle amoksisilin, en sık tetikleyicilerdir. Bununla birlikte, pristinamisin, klindamisin, eritromisin, roksitromisin ve kotrimoksazol gibi beta-laktam olmayan antibiyotikleri içeren birçok başka tetikleyici bildirilmiştir. Daha önce aşı sonrası SDRIFE gelişen bir olgu bildirilmemiştir.

SDRIFE'de döküntünün başlaması, tetikleyici ilacın alınmasından sonraki birkaç saat ile birkaç gün arasında değişir. Teşhisin temeli, esas olarak döküntünün oldukça karakteristik ve stereotipik görünümüne dayanır. Gluteal ve intertriginöz alanların tutulumu ve lezyonların simetrisi anahtar tanısal özelliklerdir. Literatürden farklı olarak olgumuzda tetikleyici ajan ile döküntü başlama süresi arasındaki süre 14 gün olarak gözlenmiştir.

SDRIFE için tanı kriterleri, kontakt alerjenleri hariç tutarak sistemik olarak uygulanan bir ilaca maruz kalmak; gluteal, perianal, inguinal veya perigenital alanı içeren karakteristik iyi sınırlı eritem; en az bir intertriginöz alanın tutulumu; etkilenen alanların simetrisi; ve sistemik semptomların olmaması olarak tanımlanır. Hastamız belirtilen tanı kriterlerinin tamamını karşılayarak SDRIFE tanısı almıştır.

SDRIFE çoğunlukla kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Tedavi, suçlu ajanın kesilmesini ve destekleyici tedavi Yöntemlerini içerir.

Ayrııcı tanı seboreik dermatit, intertrigo, alerjik kontakt dermatit, invers psöriazis, Darier hastalığı, AGEF, fiks ilaç erüpsiyonu, DRESS ve Hailey-Hailey hastalığı gibi çeşitli durumları içerebilir. Teşhis konmadan önce tüm bu dermatozların dışlanması gerekir. Suçlu ajan kesildikten sonra hastalığın prognozu oldukça iyidir. Hastamızın SDRIFE tanısı tipik klinik özelliklere dayanarak konmuştur. Literatürde daha önce aşı sonrası bildirilen SDRIFE olgusu bulunmamaktadır. Olgumuzu aşı sonrası tipik döküntüyle SDRIFE tanısı alması ile literatürdeki diğer olgulardan farklı olduğu için bildiriyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** SDRIFE, İlaç Erüpsiyonu, COVID-19 Aşısı, CoronaVac

**Figür 1**



*Bilateral aksiller bölgelerde eritemli makülopapüler ekzantem*

**Figür 2**



*Sakral bölgede eritemli makülopapüler ekzantem*

**Figür 3**



*Bilateral inguinal bölgelerde ve mons pubiste eritemli makülopapüler ekzantem*

**Figür 4**



*Boyun laterallerinde eritemli makülopapüler ekzantem*



**Figür 5**



*Bilateral el bilek fleksörlerinde eritemli makülopapüler ekzantem*

## PS-139

### Hidroksiüre'nin tetiklediği multiple skuamöz hücreli karsinom, olgu sunumu

Cağdaş Boyvadoğlu<sup>1</sup>, Şeyma Başar Kılıç<sup>2</sup>, Eda Öksüm Solak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

<sup>2</sup>Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Aksaray

<sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

**Giriş ve Amaç:** Hidroksiüre; ribonükleotid redüktaz enzimini inhibe eden ve hücre döngüsünün S fazında etkili olan, alkilleyici olmayan bir antineoplastik ajandır. Genellikle yüksek oranda tolere edilebilen bir ajandır ancak uzun süreli tedavi sırasında kutanöz komplikasyonlar bildirilmiştir. Uzun süreli kullanımına bağlı yaygın görülen kutanöz yan etkileri; hiperpigmentasyon, kseroz, alopesi, ciltte atrofi, tırnak değişiklikleri, yüzde ve akril bölgede eritem, palmar ve plantar keratoderma ve bacak ülserleri olarak bildirilmiştir. Bugüne kadar 20'den az sayıda hidroksiüre ile ilişkili kutanöz skuamöz hücreli karsinom olgusu da rapor edildi. Bizim olgumuzda da 10 yılı aşkın süre esansiyel trombositoz nedeniyle hidroksiüre kullanımı sonrasında multiple skuamöz hücreli karsinomlar gelişti. Olgumuzu uzun süredir hidroksiüre kullanan hastalarda gelişebilecek skuamöz hücreli karsinomun erken tanısı için klinisyenlerin dikkatini çekmek amacıyla sunuyoruz.

**Olgu:** 80 yaşında erkek hasta, 1,5 yıl önce saçlı derisinde başlayan sonrasında el dorsumunda da oluşan ve büyüyen ağrılı yaralar nedeniyle tarafımıza başvurdu. İltihaplı, akıntılı, ağrılı şişlik şeklinde saçlı deride başlamış sonrasında lezyonun ortasında ülser gelişmiş. 2 ay içerisinde saçlı deride ve sağ el dorsumunda yeni yaralar ortaya çıkmış giderek büyümüş ülser olmuşlar. Hastanın bilinen deri kanseri öyküsü ve tariflediği bir öncü lezyonu yoktu. Hastada konstitüsyonel semptomlar bulunmuyordu. Dermatolojik muayenesinde sağ el dorsumunda (figür 1) ve saçlı deri frontalde (figür 2-3) 3 adet geniş ortası hemorajik krutlu erode tabanı yumuşak nodül, palpasyonla hassasiyet ve pürülan akıntı mevcut. Servikal, aksiller ve inguinal bölgede bilateral palpable sert kıvamlı lenf nodları mevcut. Lezyonların dermoskopik muayenesinde periferlerinde belirgin hiperkeratoz ve ortalarında ülser mevcut (figür 4). Hastadan Skuamöz hücreli karsinom? Mikozis fungoides tümoral evre? B hücreli lenfoma? Derin mantar enfeksiyonu? ön tanıları ile toplamda iki adet biyopsi alındı. Biyopsi sonucu yüzeyde hiperkeratoz izlenmektedir, epidermiste akantoz izlendi, dermiste damar artışı elastik lif hasarı ve ödem izlenmektedir Bulgular skuamöz hücreli karsinom ile uyumludur olarak raporlandı.

Hastanın özgeçmişinde esansiyel trombositoz, hipertansiyon ve benign prostat hipertrofisi olduğu öğrenildi. Hidroksiüre, warfarin, folik asit, perindopril, tamsulosin hidroklorür kullandığı öğrenildi. Esansiyel trombositoz nedeni ile hasta 10 yıldır hidroksiüre kullanmaktaydı. Hasta tarafımızca hidroksiürenin tetiklediği multiple skuamöz hücreli karsinom olarak değerlendirildi. Cerrahi eksizyon planlanarak plastik cerrahiye; hidroksiürenin kesilmesi ve ek tedavi önerileri açısından onkolojiye konsülte edildi.

**Sonuç:** Hidroksiüre kullanımına bağlı literatürde az sayıda vaka bildirilmiştir. Lezyonlar genellikle saçlı deri, yüz ve ekstremitelerde yerleşmekteydi. Hastaların çoğunda öncü lezyonlar ve ya deri kanseri öyküsü bulunmamaktaydı. Biz de olgumuzu esansiyel trombositoz nedeni ile 10 yıldır hidroksiüre kullanımı olması, multiple olan lezyonlarının saçlı deri ve ekstremitelerde yerleşmesi, öncü lezyon ve cilt kanseri öyküsü olmaması nedeni ile hidroksiüre kullanımının tetiklediği skuamöz hücreli karsinom olarak değerlendirdik.

Hidroksiüreye bağlı kutanöz skuamöz hücreli karsinom gelişiminin mekanizması net olarak ortaya konulamamıştır. Ancak hidroksiürenin UV ışınlarına maruz kalanlarda doğal DNA onarımını inhibe ettiği, doğrudan kromozom hasarını indüklediği, yüksek oksidatif stres oluşturabilen serbest oksijen radikalleri oluşturduğu ve bu mekanizmalarla kutanöz skuamöz hücreli karsinom gelişimini tetiklediği düşünülmektedir.

Uzun süre hidroksiüre kullanan hastaların gelişebilecek dermatolojik komplikasyonlar açısından belirli aralıklarla dermatolojik olarak muayene edilmesi ve güneşten korunma Yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Skuamöz hücreli karsinom tanısı alan hastaların hidroksiürelere kesilmeli ve tedavi sonrasında hastalar belirli aralıklarla takip edilmelidirler. Olgumuzu uzun süre hidroksiüre kullanan hastalarda skuamöz hücreli karsinom gelişebileceğini vurgulamak amacıyla sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Deri Tümörü, Hidroksiüre, Skuamöz Hücreli Karsinom

**Figür 1**



*Sağ el dorsumunda hiperkeratozik verrüköz ortası hemorajik krutlu erode çevresinde morumsu eritemli halo bulunan nodül*

**Figür 2**



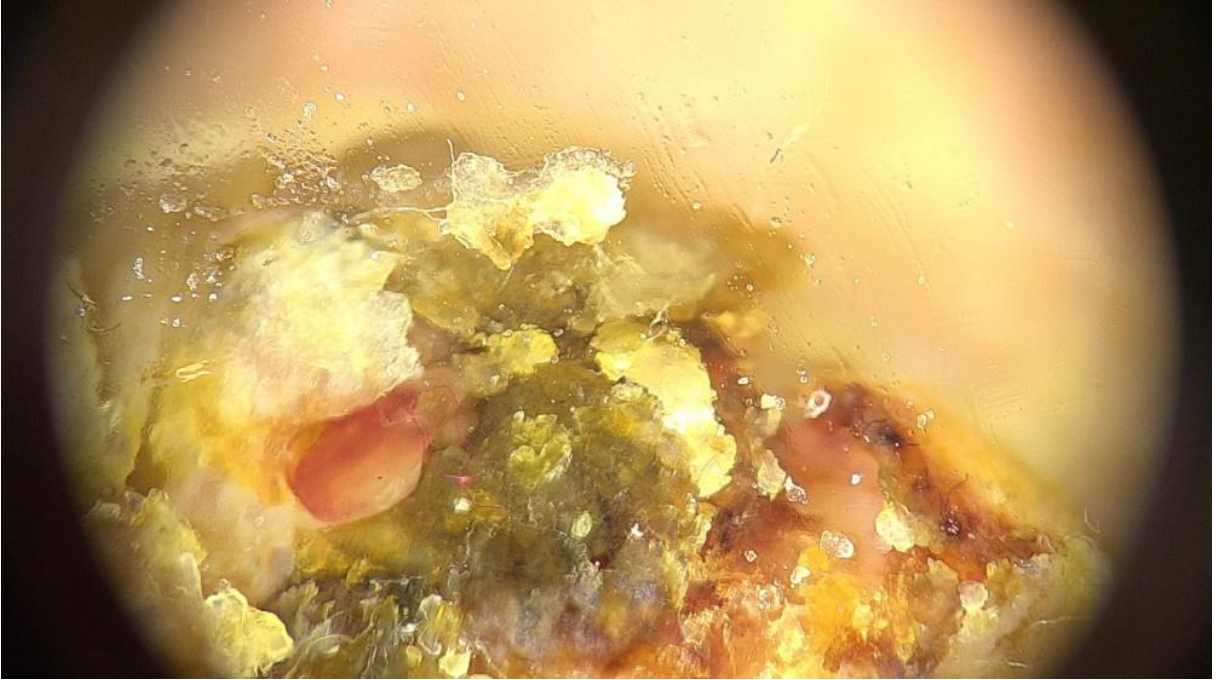
*Saçlı deri frontalde 2 adet geniş ortası hemorajik krutlu erode tabanı yumuşak nodül*

**Figür 3**



*Saçlı deri frontalde 2 adet geniş ortası hemorajik krutlu erode tabanı yumuşak nodül*

**Figür 4**



*Dermoskop ile el dorsumundaki lezyonun periferinde belirgin hiperkeratoz ve ortasında ülser mevcut*

## PS-141

### Psödo-Kaposi sarkomu: Olgu sunumu

Gaye Sülükçü<sup>1</sup>, Mustafa Turhan Şahin<sup>1</sup>, Peyker Temiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

**Giriş:** Psödo-Kaposi sarkomu nadir görülen, klinik ve histopatolojik olarak Kaposi sarkomuna benzeyen, kutanöz damarların anjiyodisplazisi ile karakterize benign vasküler bir dermatozdu. Klinikte viyole ya da kırmızı-kahverengi makül, papül, plak veya nodüllerle karakterizedir. Lezyonlar sıklıkla kronik venöz yetmezliğe bağlı olarak alt ekstremitelerde görülür. Daha az sıklıkla hemodiyaliz, paralitik ekstremitte, arteriyovenöz fistül, kalıtsal trombofili, ampute ekstremiteler ve vasküler malformasyonun (Klippel Trenaunay sendromu) komplikasyonu olarak da görülebilir.

**Olgu:** 45 yaşında bayan hasta polikliniğimize sol bacakta kızarıklık ve yara şikayeti ile başvurdu. Şikayeti 3 ay önce üşüme, titreme ve ateş yüksekliği sonrasında sol bacakta kızarıklık olarak başlamıştı ve dış merkezde erizipel tanısı ile 2 hafta intravenöz antibiyoterapi almıştı. Tedavi sonrasında şikayeti devam eden ve bu nedenle polikliniğimize başvuran hastanın bilinen ek hastalığı ve ilaç kullanımı yoktu. Dermatolojik muayenesinde sol alt ekstremitte tibia distalinde kırmızı-mor renkli, basmakla solan, keskin sınırlı, yer yer erode alanlar ve seröz kurutlar içeren plak ve ödem vardı. Dermoskopisinde beyaz çit, kırmızı-mavi lakünalar, beyazımsı tül, pembemsi homojen alanlar, belirgin damarlanma izlendi. İnsizyonel biyopsi histopatolojisinde ortokeratoz, dermiste kapiller damar proliferasyonu ve endotelial belirginleşme, perivasküler kronik inflamatuvar hücre infiltrasyonu saptandı. Bulgular Psödo-Kaposi sarkomu tanısını desteklemektedir şeklinde raporlandı.

**Sonuç:** Psödo-Kaposi sarkomu ilk kez 1965 yılında Mali ve arkadaşları tarafından kronik venöz yetmezliği olan hastaların alt ekstremitelerinde saptanmış ve akroanjiyodermatit olarak isimlendirilmiştir. (1) Nadir görülen, kendi kendini sınırlayan, doğumsal, edinsel ve iyatrojenik nedenlere bağlı olarak görülebilen benign anjiyoproliferatif bir dermatozdu. (2) Hemodiyaliz hastalarında açılan arteriovenöz fistül, ekstremitte paralizileri ve posttravmatik arteriovenöz fistül veya ekstremitte amputasyonu sonrası uygulanan protezlerin uygunsuzluğu diğer edinsel nedenlerdir. (3) Klippel-Trenaunay sendromu gibi konjenital arteriovenöz malformasyonlu olgularda da lezyon bölgesinde gelişebilmektedir. (4) Genellikle alt ekstremitede viyolase renkte makül veya yama olarak başlayan lezyonlar zamanla kırmızı-mor renkte, düzgün yüzeyle, ağrısız, palpasyonla yumuşak hissedilen papül, plak ve/veya nodüllere dönüşür. Lezyonlarda komplikasyon olarak ülserasyon, kanama ve sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişebilir. (5) Tanıda dermoskopi spesifik olmamasına rağmen lezyonun vasküler kökenini doğrulamak için dermoskopi esastır. Dermoskopisinde beyaz çit, kırmızı-mavi lakünalar, beyazımsı tül, pembemsi homojen alanlar, belirgin damarlanma ve gökkuşağı deseni görülebilir. (6) Tedavide bacak elevasyonu, travmadan korunma, elastik bandaj veya çorap, gerekirse antibiyotik kullanımı gibi konservatif yöntemler, topikal kortikosteroidler önerilmekle birlikte, uygun endikasyonlarda cerrahi müdahale yapılabilir. Ayrıca oral dapson ve eritromisin de etkiliği olduğu bildirilmiştir. (7) Oldukça nadir bir klinik tablo olması ve diğer vasküler kaynaklı hastalıklarla karışabileceği için ayırıcı tanısının iyi bilinmesi gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akroanjiyodermatit, Kronik Venöz Yetmezlik, Psödo-Kaposi Sarkomu

**Resim-1**



**Resim-2**



**Resim-3**



## PS-142

### Deri metastazı ile prezente olan meme karsinomu olgusu

Harika Ödemiş<sup>1</sup>, Gizem Eren<sup>1</sup>, Zuhâl Erçin<sup>1</sup>, Mehtap Toprak<sup>2</sup>, Burçe Can Kuru<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Sultan 2.Abdülhamid Han EAH, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>SBÜ Sultan 2.Abdülhamid Han EAH, Patoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Kutane metastaz, iç organ tümörlerinin deriye yayılması sonucu ortaya çıkan, en sık sert, ağrısız, eritemli nodül şeklinde görülen ve genellikle kötü prognozlu seyreden nadir lezyonlardır.

**Olgu:** 47 Yaşında, kadın hasta; meme kanseri nedeniyle takipli olduğu onkolojiden tarafımıza 2 aydır vücudunda var olan kaşıntılı deri lezyonları nedeniyle danışıldı. Ayrıntılı inceleme için kliniğimize yatışı yapılan hastanın öyküsünden; 2013 yılında meme ca tanısıyla opere olduğu ve sonrasında radyoterapi ve kemoterapi aldığı, halen adjuvan kemoterapi olarak exemestan ve everolimus kullandığı öğrenildi. Hipotiroidi dışında eşlik eden başka hastalığı olmayan hastaya, 2019 yılında metastatik femur kırığı nedeniyle platin takılmış.

Hastanın dermatolojik muayenesinde, boyun alt kısmında, göğüs ön yüzde, sırtta, batın alt kısmında, kasıkta ve bilateral uyluk iç yüzde yaygın, yer yer sklerotik, infiltrate, keskin sınırlı eritematöz papül ve plaklar görüldü. Hastanın sırt, göğüs ön yüz ve batındaki üç lezyonundan punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede; sitokeratin 7, GATA 3 ve ER pozitifliği gösteren ve dermisi tümüyle infiltrate eden karsinom hücreleri görülen hastaya klinik ve patolojik Bulguları değerlendirilerek kutane metastaz tanısı konuldu. Herhangi bir tedavi uygulanmayan hasta tekrar tıbbi onkolojiye yönlendirilerek externe edildi.

**Sonuç:** Deri metastazları genellikle nodüler lezyonlar şeklinde ortaya çıkmaktadır ancak deride yeni başlangıç gösteren, palpasyonla sert, ağrılı/ağrısız lezyonlarla başvuran hastalarda kutane metastaz mutlaka ayırıcı tanıya alınmalıdır. İç organ malignitelerinin deri invazyonları tümör dışında; erizipel, telenjektazi ve morfea benzeri lezyonlar şeklinde de görülebilirler. Primer iç organ malignitelerinin ilk bulgusu kutane metastaz olabilir. Ancak kutane metastazlar genellikle ileri evre ile ilişkilendirilir. Bu nedenle kutane metastaz saptanan hastalar, diğer organ tutulumları açısından da araştırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kutane, meme, metastaz

## PS-143

### Budd-Chiari Sendromlu Bir Hastada Malign Atrofik Papülozis

Elçin Akdaş, Esra Adışen

Gazi Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Malign atrofik papülozis veya Degos hastalığı, nadir görülen ciddi bir sistemik vaskülopatidir. Deri, gastrointestinal sistem ve merkezi sinir sistemi tutulumuna neden olabilen ve ölümcül seyredabilen bir hastalıktır. Etkilenen organlarda intimal proliferasyon ve tromboz oluşumuna yol açar, damar lümeninin daralması ve tıkanması sonucu etkilenen organlarda iskemi ve enfarktüs gelişir. Portal ven trombozuna sekonder karaciğer sirozu gelişen 32 yaşındaki kadın hastamızda laparoskopik kolesistektomi operasyonunu takiben kanama bozukluğu ve neticesinde de multiple organ yetmezliği gelişmişti. Bacaklarında malign atrofik papülozisin karakteristik merkezi porselen rengi kurutlu keskin sınırlı eritmeli papüllerini izlediğimiz olgumuzu malign atrofik papülozisi hatırlatmak amacıyla sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Malign atrofik papülozis, Degos hastalığı, Budd-Chiari Sendromu



## PS-144

### Nadir Görülen Bir Dev Keratoakantoma Olgusu

Mahizer Yıldız, Nur Cihan Coşansu, Bahar Sevimli Dikicier  
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş -Amaç:** Keratoakantoma(KA), derinin güneşe maruz kalan yüzeylerinde ortaya çıkan, hızlı büyüyen ve kendi kendini sınırlayan bir kutanöz neoplazidir. Etiyolojisinde; ultraviyole radyasyonu, kimyasal kanserojenlere maruz kalma, BRAF inhibitörlerinin kullanımı, P53 veya H-Ras mutasyonları, HPV, travma veya cerrahi müdahaleler yer almaktadır. En sık görülme yaşı 55-65 yaşları arasındadır ve yaş ilerledikçe de insidansın arttığı düşünülmektedir. KA başlangıcı hızlı büyüme, stabil ve spontan gerileme dönemleri ile karakterizedir. Alt tipler arasında soliter keratoakantom, subungual keratoakantom, mukozal keratoakantom, dev keratoakantom, keratoakantom santrifüj marjinatum, Grzybowski'nin jeneralize erüptif keratoakantomu ve çoklu keratoakantom Ferguson-Smith sendromu bulunur. Dev keratoakantomlar nadir görülen varyant olup çap olarak 30 mm, hatta 5-9 cm çaplarına ulaşabilirler. Genellikle immun yetmezliği olan kişilerde görülür ve daha ziyade burun ve el sırtında yerleşme eğilimindedirler. Olgumuzda immunsuprese bir hastada 5x4 cm ebadında nadir görülen dev keratoakantomu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 61 yaşında erkek hasta, yaklaşık iki yıl önce alın bölgesine aldığı künt bir travma sonrası başlayan küçük bir lezyonun, çok hızlı büyüdüğünü ve yaklaşık 1 yıldır stabil kaldığını ancak pandemiden dolayı hastaneye başvurmadığını ifade etti. Özgeçmişinde 31 yıllık gastrointestinal amiloidoz hastası olduğu; azatioprin, kolşisin kullandığı, 10 yıl önce ise böbrek nakli olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde frontoparietal bölgede 5x4cm büyüklüğünde, kenarları kabarık, ortası keratinize lezyon mevcuttu. Skuamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom, keratoakantom ve amelanotik melanom ön tanılarıyla eksizyonel biyopsi alındı. Biyopsi sonucu keratoakantom olarak rapor edildi. Ancak hastanın uzun yıllar immunsupresif kullanımı ve lezyonun 2 yıldır hala spontan regresyona uğramaması üzere olası skuamöz hücreli karsinom açısından net ayırım yapılması için total eksizyonu açısından plastik cerrahiye yönlendirildi.

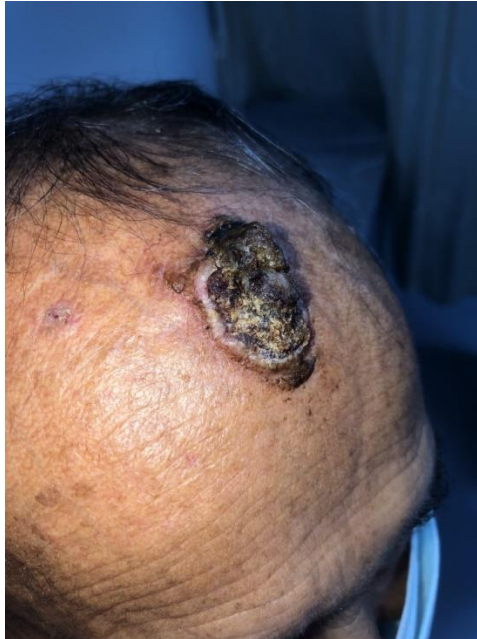
**Sonuç:** KA sınıflandırılırken nereye yerleştirileceği konusu halen tartışmalıdır. En güvenilir kriterler kullanıldığında bile keratoakantom ve skuamöz hücreli karsinoma olguları arasında kesin bir ayrıma gitmek mümkün olmayabilir. Bu nedenle her ne kadar spontan regresyon benign bir karakter göstermekteyse de özellikle büyük boyutlarda ve immunsupresyonu bulunan kişilerde keratoakantom daha agresif bir seyir gösterebildiğinden total eksizyonu önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dev keratoakantoma, Skuamöz hücreli karsinom, immunsuprese hasta

**Resim 1**



**Resim 2**



## PS-145 Liken nitidus

Ömer Akburak

Hakkari Devlet Hastanesi

**Giriş, Amaç:** Liken nitidus, tipik olarak çocukları veya genç yetişkinleri, cinsel veya ırksal ayırım yapmaksızın etkileyen, nadir görülen idiopatik inflamatuvar bir hastalıktır. Karakteristik olarak parlak, düzgün yüzeyle, ten rengi, iğne başı boyutlu papüller genellikle göğüs, karın, genital bölge ve üst ekstremitelerde gruplar halinde bulunur. Koebner fenomeni nedeniyle lezyonlar travma çizgileri boyunca ortaya çıkabilir. Bazen bukkal mukozada küçük gri-beyaz düz papüller bulunabilir. Ayrıca tırnaklarda kalınlaşma, pitting veya onkoliz görülebilir. Etkilenen bireyler genellikle asemptomatik olsa da, kaşıntı veya kozmetik görünümle ilgili endişe duyabilir.

**Olgu:** 21 yaşındaki olgu boyunda, genital bölgede, kol ve bacaklarda deri renginde kabarıklık lezyonları olması sebebiyle polikliniğimize başvurdu. Ek bir hastalığı olmayan olgunun bu lezyonları 10 aydır varmış ve en son lezyonlar genital bölgede çıktığı için hasta telaşlanmış. Hastanın yapılan muayenesinde boyunda genital bölgede diz ve dirseklerin iç yüzünde uylukta deri renginde düzgün yüzeyle multipl papüller lezyonları mevcuttu. Hastanın kolundan punch biyopsi alındı. Yapılan histopatolojik incelemede parakeratoz gösteren epidermiste irregüler akantoz, yüzeyle dermiste ve kıl folikülü çevresinde lenfositik infiltrasyon olması üzerine hastaya liken nitidus tanısı kondu.

**Sonuç:** Liken nitidus, tedavisiz birkaç yıl içinde kendiliğinden düzelen bir hastalıktır. Papüller aylar içinde postinflamatuvar hiperpigmentasyon bırakarak iyileşir. Tedavi seçenekleri arasında topikal kortikosteroid, topikal kalsinörin inhibitörleri, oral antihistaminikler ve UV tedavisi yer alır. Biz olgumuza topikal steroid ve antihistaminik tedavisi başladık. Liken nitidusa; Crohn hastalığı, Down sendromu, atopik dermatit, HIV, juvenil kronik artrit ve tüberküloz eşlik edebilir.

**Anahtar Kelimeler:** koebner, liken, papül

### Resim 1



*Hastanın dirsek iç yüzünde parlak multipl papülleri mevcut*

## PS-146

### Unilateral yerleşimin izlendiği bir elefantiazis nostras verrükoza olgusu

Gülnihal Yavuz, Ömer Kutlu, Atiye Akbayrak, Havva Yıldız Seçkin  
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Tokat

**Giriş - Amaç:** Elefantiazis nostras verrükoza (ENV), filarial olmayan lenfatik obstrüksiyonun neden olduğu, nadir kronik bir tablodur ve kronik filarial olmayan lenfödem en ileri aşamasıdır. Hastalığın etyolojisinde cerrahi işlemler, travma, tümörler, enfeksiyonlar, konjestif kalp yetmezliği, radyasyon, obezite ve kronik venöz staz yer almaktadır. Küratif bir tedavi olmadığı için en iyi tedavi altta yatan nedeni ortadan kaldırarak hastalığın gelişimini önlemektir. Bu bildiri de, nadir görülen (ENV)'li bir olguyu sunuyoruz.

**Olgu:** Yetmiş dokuz yaşında erkek hasta, progresif sağ bacak ve ayak genişlemesi, sol bacakta ise deri renginde koyulaşma ve sertleşme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın ek hastalıkları diyabetes mellitus ve hipertansiyon iken kullandığı ilaçlar spiranolakton, nebivolol, lercadipin+enalapril kombinasyonu ve rivaroksaban idi. Dermatolojik muayenede sağ bacak ve sağ ayak dorsumunda genişleme, kaldırım taşı görünümü ile verrüköz papül, nodül ve plaklar vardı. Hastanın bilateral venöz yetmezlik ve staz dermatit tablosu vardı. Venöz doppler sonografi normal akım gösterdi ve venöz tromboz negatifti. Bu Bulgularla hastaya, staz dermatiti ile ilişkili (ENV) tanısı konuldu.

**Sonuç:** Lenfatik damarların konjenital, travmatik veya cerrahi olarak bozulması, venöz staz, radyasyon, neoplastik obstrüksiyon, portal hipertansiyon, obezite ve konjestif kalp yetmezliği bu hastalığın tetikleyici faktörleridir. Burada etyolojik faktör olarak staz dermatitin bulunduğu ve daha nadir olarak görülen unilateral yerleşimin izlendiği (ENV)'li bir olgu sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** elefantiazis, verrükoza, staz dermatit

**Resim 1**



Sağ bacak ve sağ ayak dorsumunda genişleme ile kaldırım taşı görünümü

**Resim 2**



Verrüköz papül, nodül ve plaklar

## PS-147

### Yaygın sarkoidoz: Olgu sunumu

Serkan Düzyayak<sup>1</sup>, Mehmet Reşat Özercan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Adıyaman

<sup>2</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adıyaman

**Giriş - Amaç:** Sarkoidoz non-kazeifiye granülomlarla karakterize, nedeni bilinmeyen, en sık akciğer tutulumu yapan, multisistemik bir hastalıktır. Deri lezyonları sarkoidoz olan hastaların %15-20'sinde izlenirken yaklaşık 1/3'ünde ilk hastalık belirtisi olarak ortaya çıkar, sistemik tutulum olmaksızın yalnızca deri sarkoidozu olarak da ortaya çıkabilir. Deri lezyonları doku örneklerinde tipik granülomanın olup olmamasına göre "spesifik" ve "nonspesifik" olarak sınıflandırılır. Spesifik lezyonlar; makül, papül, nodül, plak, subkutan nodül, infiltrate skar ve lupus perniyodur. Nonspesifik lezyonlar; eritema nodozum, iktiyoz, eritema multiforme, eritrodermi, pruritus, kalsifikasyonlar ve Sweet sendromudur. Lupus perniyo (kronik hastalık habercisi) ve eritema nodozum (iyi prognoz) dışındaki deri lezyonlarının prognostik bir anlamı olmadığı, sistemik hastalığın yaygınlığıyla bir korelasyon göstermediği bilinmektedir. Ayırıcı tanıda tüberküloz, nekrobiyozis lipoidika, lenfoma, granülomatöz rozase, lupus vulgaris, lepra, sifiliz, derin fungal enfeksiyonlar bulunmaktadır. Kutanöz sarkoidozda tedavi genelde steroidler (topikal, intralezyonel veya sistemik) ile yapılır. Ayrıca tetrasiklin türevleri, antimalaryal ilaçlar, metotreksat, biyolojik ajanlar, izotretinoin, siklosporin A, topikal takrolimus de tedavide kullanılabilir.

**Olgu:** 61 yaş E hasta yüz, dirsek, sırt ve koltuk altında kabuklu, morumsu yaralar ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sağ yanakta viyolose plak (lupus perniyo), dirsekte eritemli, krutlu, oval plak ve gövdede birkaç adet eritemli, nodüler lezyonlar görüldü (Şekil 1,2). Kan biyokimyası, serum anjiyotensin konverting enzim (ACE) ve serum kalsiyum düzeyi normaldi. Lezyonlu bölge derisinden alınan 4 mm paç biyopsinin histopatolojik incelemesi örneğinde non-kazeifiye granülomlarla seyreden dermiste yoğun lenfosit infiltrasyonu görüldü (Şekil 3,4). Klinik ve histopatolojik Bulgularla sarkoidoz tanısı konuldu. Hasta daha önce hidroksiklorokin tedavisini yaklaşık 3 ay kullanmış bu süreçte fayda görmüş ancak kendi isteğiyle tedaviyi bıraktığı öğrenildi. Hastaya tekrar hidroksiklorokin tedavisi başlandı.

**Sonuç:** Sarkoidozun klinik olarak tanısı lezyonların polimorfik olma özelliği ve taklitçi olması nedeniyle güçtür. Kutanöz sarkoidoz tanısı için öncelikle şüphelenmek gerekir. Tanı için ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalı; klinik, histopatolojik, radyolojik ve laboratuvar Bulguları eşliğinde tanıya gidilmelidir. Kutanöz sarkoidozlu hastalarda sistemik tutulum açısından taranmalı ve takibe alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** lupus perniyo, non-kazeifiye granülom, sarkoidoz

Şekil 1

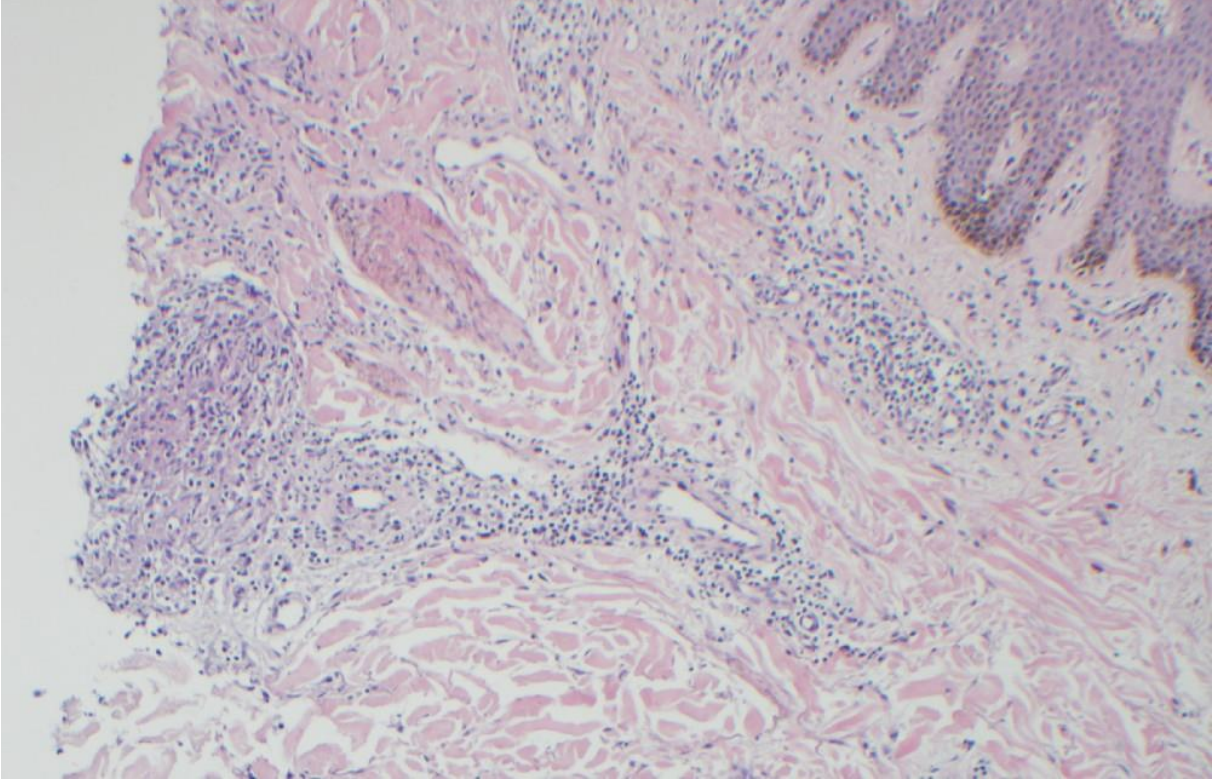


Şekil 2



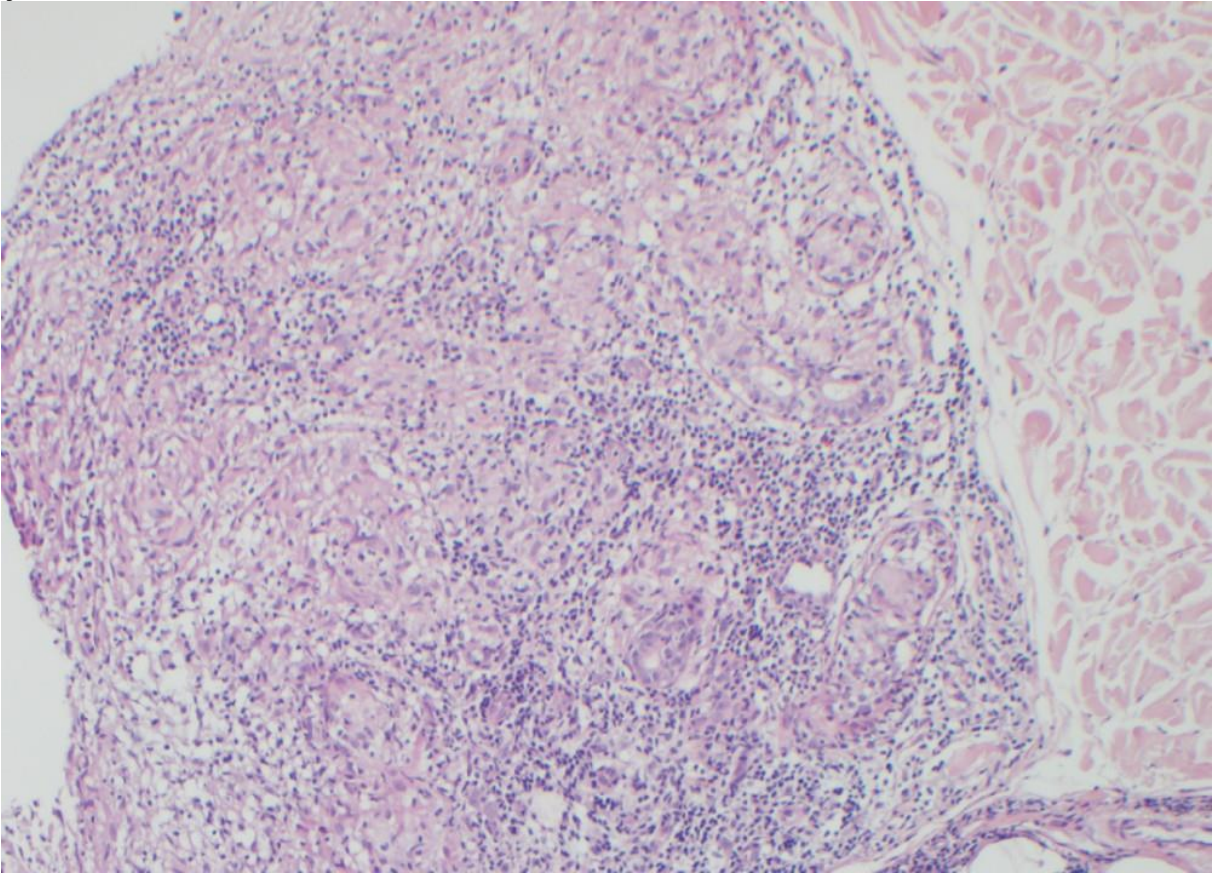
sağ yanakta geniş viyolose plak (lupus perniyo) gövdede birkaç adet eritemli nodül

**Şekil 3**



*dermiste inflamatuvar reaksiyon ve non-kazeifiye granülom, epidermiste akantoz*

**Şekil 4**



*HE X 100. Derin dermişte çevresinde yoğun lenfosit infiltrasyonu bulunan non-kazeifiye granülomlar*

## PS-148

### Biontech aşısı sonrasında gelişen Eritema multiforme benzeri Pitriazis Rose olgusu

Engin Karaman<sup>1</sup>, Dilek Yavuzer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şehit. Prof. Dr.. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji İstanbul

<sup>2</sup>Şehit. Prof. Dr.. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji İstanbul

24 yaşında bayan hasta biontech aşısını olduktan 5 gün sonra karın bölgesinde ortası soluk renkte yuvarlak şekilde kızamık bir lezyonun oluştuğunu belirtiyor. Bu lezyonun kaşıntılı olmadığını kendisine bir rahatsızlık vermediği ve kısa süre içinde de geçtiğini belirtiyor. Bu lezyon geçerken de vücudunda özellikle dekolte bölgesinden başlayan ve ekstremitelere doğru uzanan bel ve kasık bölgelerinde daha kızamık seyreden lezyonların oluştuğunu belirtiyor. Lezyonlarda çok fazla kaşıntının olmadığını ve acilde uygulanan iğne tedavilerine cevap vermediğini belirtiyor.

Hastanın yapılan muayenesinde karın, bel ve kasık bölgesinde daha yoğun olarak eritemli noktasal tarzda lezyonlar anüler şekiller oluşturmaktadır. Anüler lezyonların en büyüğü 3x3 cm boyutunda olup en küçükleri 1x1 cm boyutundaydı. Lezyonlara dekolte bölgesinde daha silik pembe renkte iken ekstremitelere doğru gittikçe daha canlı eritemli renkteydi. Lezyonlar üst ekstremitede kolu alt ekstremitede ise uyluğu geçmemekteydi. Anüler lezyonların ortasında hafif skuamlaşma mevcuttu.

Hastadan alınan 4.0 punch deri biyopsisinde bazal tabakada degenerasyon, papiller dermiste ödem, eritrosit ekstremitelere, yüzeysel ve derin dermisteki damarlar etrafında lenfosit baskın mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu ve çok seyrek olarak eosinofiller izlenmektedir. "Yüzeysel ve derin perivasküler dermatit, hafif interfaz/vakuoler, lenfosit baskın- çok seyrek eozinofiller- eritema multiforme erken dönem ve ilaç erüpsiyonu düşündürmektedir" şeklinde sonuçlanmıştır.

Hastanın biyopsisi sonucun ilaç erüpsiyonu düşündürmesi sonucunda hastaya kortikosteroid tedavisi planlandı. 0.5mg/kg dozunda metilprednizolon tedavisi ile başlanacak doz azaltılarak 9 gün içinde tedaviye son verildi. Kortikosteroid tedavisine hızlı cevap veren hastanın takipleri devam etmekte olup hastalığın herhangi bir tekrarı olmadı.

Covid-19 enfeksiyonundan korunmak amacıyla aşılamalar çok önem kazanmıştır. Ülkemizde de kullanımı olan Biontech aşısında yaşanabilecek yan etkilerinin daha iyi anlaşılabilmesi açısından olgunun faydalı olacağı kanaatindeyim. Özellikle Biontech aşısı sonrası zona zoster virus ve herpes simpleks virus enfeksiyonlarda artış ile ilgili yayınlar mevcuttur. Pitriazis rose hastalığı etyolojisinde de viral enfeksiyonun suçlanmakta olduğundan aşının herpetik enfeksiyonları tetiklediği gibi human herpes tip 6 ve 7 virusleri enfeksiyonuna da zemin hazırlayıp hazırlamayacağı açısından araştırmalara ihtiyaç vardır.

Biontech aşısının yeni bir aşı olması olası yan etkilerinin bilinmesi açısından olgunun literatüre fayda sağlayacağını düşünüyorum.

**Anahtar Kelimeler:** Biontech, İlaç erüpsiyonu, eritema multiforme benzeri Pitriazis rose, Covid-19

**Resim-1**



*karın sol*

**Resim-2**



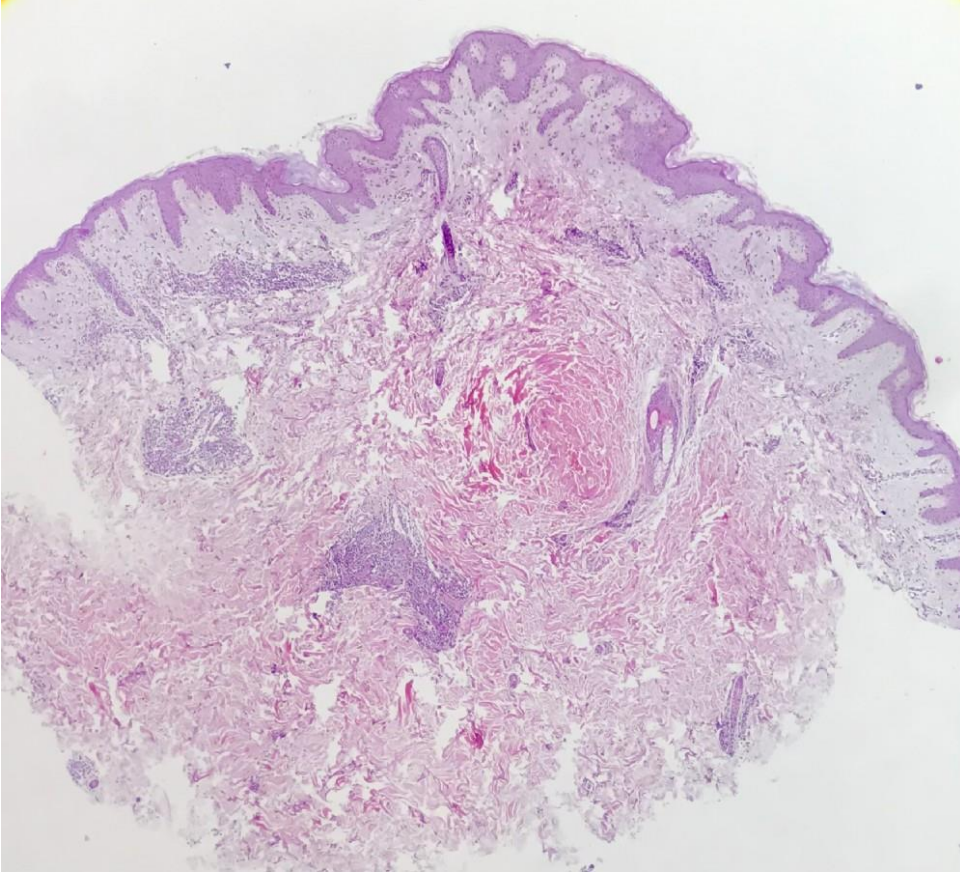
*sirt*

**Resim-3**



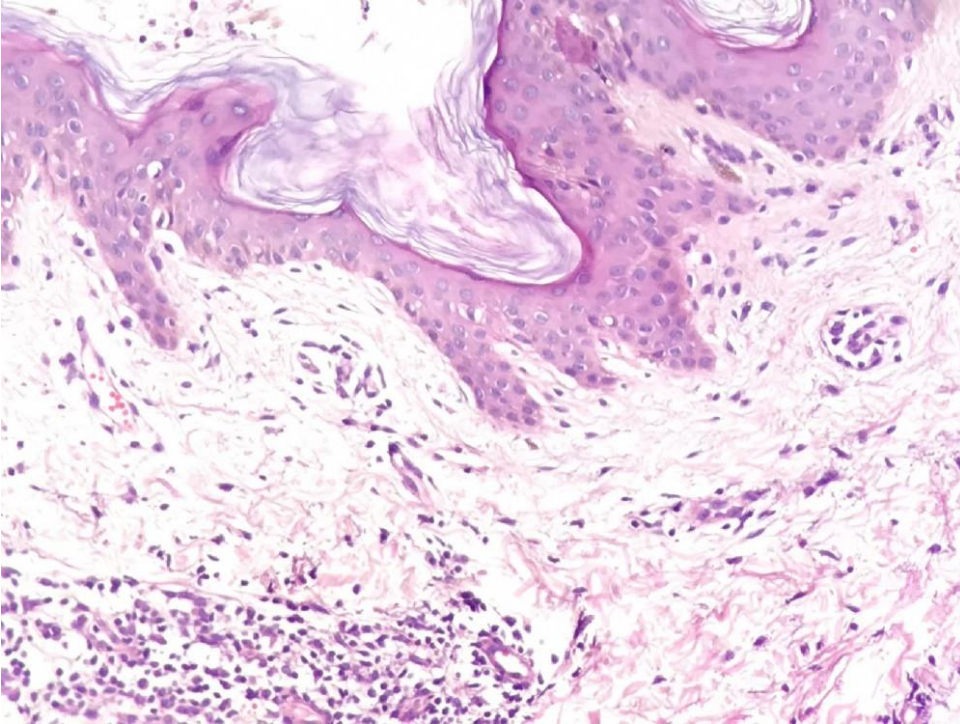
*sirt*

**Resim-4**



*hemotoksilen-Eosin x40 karın bölgesinden deri patoloji örneği*

**resim-5**



*hemotoksilen-Eosin x200 karın bölgesinden deri patoloji örneği*



## PS-149

### Her iki el ve ayakta tekrarlayan atipik döküntüler ile başvuran HIV pozitif sekonder sifiliz olgusu

Gülcan Yüksekakal<sup>1</sup>, Çağrı Turan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yenikent Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Sakarya

<sup>2</sup>Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Erzurum

**Giriş:** Sifiliz, spiroket bir bakteri olan *Treponema pallidum*'un etken olduğu, genellikle veneryal yolla bulaşan bir hastalıktır. Dermatoloji pratiğinde sık karşılaşmamıza rağmen birçok deri hastalığını taklit edebilmesinden dolayı tanı ve tedavide gecikmeler yaşanabilmektedir. Deri ve iç organların hemen hepsini tutabilen sifiliz, tedavi edilmezse başta kardiyak ve nörolojik sekeller olmak üzere pek çok organı etkileyebilir, mortaliteye neden olabilir. Prevelansı erkek homoseksüellerde ve HIV pozitif hastalarda çok daha yüksektir ve sifiliz bulaşı HIV bulaşma riskini arttırmaktadır.

**Amaç:** Bu olguyu sunmaktaki amacımız büyük taklitçi olarak bilinen sekonder sifilizin, özellikle HIV pozitif hastalarda palmar ve plantar bölgelerde atipik döküntülere yol açabileceğine vurgu yapmaktır.

**Olgu:** Yirmi dokuz yaşında erkek hasta, el ve ayaklara yaklaşık 1,5 yıl önce başlayan, kaşıntılı lezyonlar ile başvurdu. Lezyonların 2-3 hafta içerisinde kendiliğinden gerilediğini ve tekrar oluştuğunu belirtiyordu. Başka yerinde döküntüsü yoktu, mukozalar doğaldı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik belirtmedi, kullandığı bir ilaç yoktu. Dermatolojik muayenede bilateral palmar ve plantar bölgede, 0,3-0,5 cm çaplarında, kenarları hafif eleve siğilimsi bir sınır ile çevrili, keratozik papüller izlendi. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri ile birlikte VDRL, anti-HIV, anti-HCV, HBsAg tetkikleri istendi. Biyopsi için gün verildi. Hastanın biyopsi öncesi bakılan tetkik sonuçlarında anti-HIV+ ve VDRL titresi 1/16 olarak sonuçlandı. GOM sifilizi, sekonder sifiliz, akkiz punktat palmoplantar hiperkeratoz, arsenik keratozu, porokeratoz ön tanıları ile alınan biyopsi sonucu sekonder sifiliz olarak yorumlandı. Hasta enfeksiyon bölümüne konsülte edildi, 2.4 MU benzatin penisilin G önerildi. Hasta ayrıca nörosifiliz açısından nöroloji bölümüne, kardiyak tutulum açısından da kardiyoloji bölümüne konsülte edildi. Hastanın 1 ay sonraki kontrollerinde lezyonları tama yakın gerilemişti, beyin MR ve EKO sonuçları normaldi, VDRL titresi 1/8'e gerilemişti. Üçüncü ay kontrolünde yeni lezyon çıkışı yoktu yine VDRL titresi 1/8'di.

**Sonuç:** El ve ayaklarda tekrarlayan, atipik döküntüler ile gelen hastalarda sifiliz hastalığı ayırıcı tanıda düşünülmeli; rutin tetkiklerinin yanında HIV ve sifiliz tetkikleri de istenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** hiv, sifiliz, treponema pallidum, vdrl

## PS-150

### Türkiye’de çocukluk çağı vitiligolu hastaların klinik ve demografik özelliklerinin incelenmesi: prospektif, kesitsel çalışma

Ömer Kutlu<sup>1</sup>, İlknur Balta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uşak

<sup>2</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Türkiye’de çocukluk çağı vitiligolu hastaların epidemiyolojisi ile ilgili yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Bu çalışma, Türk toplumundaki çocukluk çağı vitiligolu hastaların demografik ve klinik özelliklerinin prospektif olarak incelemeyi amaçlamıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmaya 18 yaş altı vitiligosu olan hastalar dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri incelendi. Hastalığın aktifleşme durumu ve eşlik eden kızarıklık, kaşıntı, köbner fenomeni ile tutulum bölgeleri arasında istatistiksel inceleme yapıldı. Erciyes üniversitesi etik kurulundan çalışma için onay alındı (2020/64).

**Bulgular:** Çalışmadaki 78 çocuğun 45’i (%57,7) kız, 33’ü (%43,3) erkekti. Hastalığın ortalama görülme yaşı 7,91 ±4,95 yıldır. Hastaların median vücut tutulum yüzdesi 1 (minimum 1, maksimum 25) idi. Dermatolojiye başvurulduğundaki hastaların yaşı ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (p=0,07, Korelasyon katsayısı=0,313). En sık görülen vitiligo tipi 31 (%39,7) hastada görülen fokal vitiligo iken bunu sırasıyla jeneralize (%37,8), segmental (%14,1) ve akrofasiyal vitiligo (%8,97) izledi. Segmental vitiligo en sık boyunda görülürken sonrasında sırasıyla boyun (%33,3), bacak (%25), kol (%25), yüz (%8,3) ve gövdede (%8,3) görüldü. Akrofasiyal vitiligo kızlarda erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla bulundu (p=0,017). Son iki ay içerisinde baş bölgesinde istatistiksel olarak anlamlı derecede vitiligoda aktifleşme vardı (p=0,007). Köbner fenomeni vücut yüzey tutulum alanı >%1 olanlarda ≤%1 olanlara göre istatistiksel olarak daha sık saptandı (0,009).

**Tartışma ve Sonuç:** Bu çalışmaya göre çocukluk çağı vitiligo en sık 10 yaş altında ortaya çıkmaktadır. Hastalık genel olarak vücut yüzey alanının %1’inden azını tutmaktadır ve köbnerizasyon ile bu oran artma eğilimindedir. Fokal ve jeneralize vitiligo en sık görülen formlardır. Segmental vitiligo en sık boyun bölgesinde görülmektedir. Dermatolojiye başvuru sırasında baş bölgesindeki hastalık aktivitesi diğer bölgelere göre daha yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk çağı vitiligosu, epidemiyoloji, segmental vitiligo

## PS-151

### Androjenetik alopesili erkek hastalarda plazma tiyol disülfid dengesinin araştırılması

Ayşe Akbaş<sup>1</sup>, Fadime Kılıç<sup>1</sup>, Sertaç Şener<sup>1</sup>, Yıldız Hayran<sup>1</sup>, Cemile Biçer<sup>2</sup>, Funda Eren<sup>2</sup>, Akın Aktaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Biyokimya, Ankara

<sup>3</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp fakültesi, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Androjenetik alopesi (AGA) erkeklerde en çok saç dökülme nedenidir. Genetik ve hormonal faktörler dışında Oksidatif strese etiyojide suçlanmaktadır. Burada AGAlı erkek hastalarda tiyol disülfid dengesindeki bozulmayı dolayısıyla oksidatif stres varlığını araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** 45 AGA erkek hasta, 42 sağlıklı erkek kontrol çalışmaya dahil edildi. Nativ tiyol, disülfid, total tiyol seviyeleri otomatik spektrofotometrik Yöntemle değerlendirildi. Disülfid /nativ tiyol(index 1), disülfid /total tiyol(index 2) ve nativ tiyol/total tiyol(index 3) oranları hesaplandı. Total protein, albumin, nativ tiyol, disülfid, total tiyol, index 1, index 2 ve index 3 düzeyleri ile hastaların demografik ve klinik özellikleri arasındaki ilişkinin incelendi.

**BULGULAR:**Hastalarda yaş ortalaması 32.6±10 kontrolde 36±13 idi Hastalarda AGA süresi median değeri 3 yıld. AGA de nativ tiyol, disülfid, total tiyol seviyeleri, index 1, index 2 ve index 3 düzeyleri ile kontrol grubu arasında istatistiksel fark yoktu.

AGA tipi,seboreik dermatit varlığı,aile öyküsünün olması,sigara içimi tiyol disülfid dengesini etkilemediği görüldü.

Yaş ve AGA süresi açısından nativ tiyol, disülfid ve total tiyol düzeyleri arasında arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır

Emosyonel stres öyküsü olan olgularda nativ tiyol düzeyleri düşüktü

Vitamin D seviyesi düşüklüğü olan olgularda albumin ve total tiyol düzeyleri anlamlı olarak düşük iken total tiyol ve index 3 değerleri anlamlı yüksekti.

**Tartışma ve Sonuç:** AGA lı erkek hastalarda tiyol disülfid homeostazı korunmuş, dengededir. Dengenin çeşitli kişisel özelliklerle etkilenmesine rağmen bozulmadığı, organizmanın başka antioksidan sistemlerle kendisini düzeltebildiği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** androjenetik alopesi, oksidatif stres, tiyol- disülfid dengesi

## PS-152

### Konvansiyonel tedavilere dirençli intravenöz immünglobulin ile tedavi edilen subakut kutanöz lupus eritematozus olgusu

Tuğba Kevser Uzunçakmak<sup>1</sup>, Samet Bayazit<sup>1</sup>, Özge Aşkın<sup>1</sup>, Burhan Engin<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>3</sup>, Mehmet Sar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Subakut kutanöz lupus eritematozus, papüloskuamöz veya dairesel deri lezyonları ile seyreden sistemik tutulumun olmadığı veya hafif olduğu bir sistemik lupus eritematozus alt grubudur. Genellikle yaşamın üçüncü veya dördüncü on yılında görülür ve kadınlar erkeklerden üç ila dört kat daha fazla etkilenir. Deri lezyonları başlangıçta eritematöz makül veya papül şeklinde güneşe maruz kalan bölgelerde simetrik olarak ortaya çıkar sonrasında papüloskuamöz veya dairesel plaklara dönüşür. Hastalarının % 10 ila % 15'inde hafif seyirli şiddetli sistemik organ belirtileri geliştiği görülmüştür. İlk basamak tedavi güneşten korunma, kortikosteroidler veya kalsinörin inhibitörlerini içerir. Sistemik tedavide ilk tercih antimalariyal ilaçlardır. Lokal ve antimalariyal tedaviye hastaların yaklaşık % 75'i yanıt verir. Refrakter vakalar için retinoidler, metotreksat, talidomid, mikofenolat mofetil, azatiyoprin ve dapson alternatif tedavi seçenekleridir. Bu bildiri, konvansiyonel tedavilere dirençli intravenöz İmmünoglobulin ile tedavi edilen subakut kutanöz lupus eritematozus olgusuna yer verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Dirençli, İntravenöz immünglobulin, Subakut Lupus

## PS-153

### Psoriasis tedavisi amacıyla metotreksat tedavisi alan vitiligo hastasında istenmeyen repigmentasyon: Tedavi mi, yan etki mi ?

Ece Uğurer<sup>1</sup>, İlknur Kıvanç Altunay<sup>2</sup>, Yasemin Erdem<sup>2</sup>, Ezgi Özkur<sup>2</sup>, Deniz Tunçel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kırklareli

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Vitiligo, beyaz yamalarla karakterize kazanılmış bir kronik depigmentasyon hastalığıdır. Vitiligoda bir çok tedavi Yöntemi olmakla birlikte ideal bir tedavi yoktur. 44 yaşında erkek hasta, diz, dirsek, gluteal bölge ve saçlı deride 1 yıldır bulunan, kızarıklık ve kepeklenmeler şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde; diz, dirsek, gluteal bölge ve saçlı deride psoriasis ile uyumlu eritemli, skuamlı plaklar; aynı zamanda tüm vücudunda depigmente beyaz yamalar mevcuttu. Özgeçmişinde yaklaşık 30 yıldır vitiligo tanısının mevcut olduğu; lezyonların lokalize başladığı, topikal tedaviler ve fototerapiye rağmen tüm vücuda yayıldığı öğrenildi. Son 15 yıldır ise vitiligo için herhangi bir topikal veya sistemik tedavi almadığı öğrenildi. Hastanın psoriatik plaklarının topikal tedavilere dirençli olması nedeniyle metotreksat 10 mg/hafta subkutan başlandı. Metotreksat tedavisinin 6.haftasında hasta yüzünde yeni ortaya çıkan kahverengi maküller ile polikliniğimize tekrar başvurdu. Tüm vücudu depigmente olan hastanın yüz bölgesinde ortaya çıkan kahverengi melanotik makülleri, metotreksat tedavisine bağlı gelişen repigmentasyon odakları olarak değerlendirildi. Kahverengi maküllerden alınan panç biyopsi sonucunun da normal sınırlarda deri örneğini yansıtmaması ile repigmentasyon tanısı doğrulandı. Hastanın mevcut kahverengi maküllerden kozmetik olarak rahatsız olması nedeniyle metotreksat tedavisi kesildi. 6. ay kontrolünde repigmente alanlarda tekrar hipopigmentasyon gözlemlendi. Olgumuzda gözlenen istenmeyen yan etkisi ile metotreksat vitiligo tedavisinde alternatif ajan olarak düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** vitiligo, metotreksat, repigmentasyon

## PS-154

### Hiperpigmentasyon:Ashy Dermatozu

Hanife Merve Akça<sup>1</sup>, Zeynep Bayramoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Konya Şehir Hastanesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Konya Şehir Hastanesi Patoloji Ana Bilim Dalı, Konya

**Giriş:** Ashy dermatozu olarak da bilinen Eritema diskromikum perstans(EDP), sağlıklı kişilerde, mavimsi gri makül oluşumu ile karakterize hipermelanotik bir durumdur. Deri Bulguları haricinde herhangi bir sistemik tutulumu ya da bilinen bir iç organ tutulumuna yol açmayan hastalık dış görünüm sebebiyle kozmetik kaygı oluşturmakta ve tedaviye ihtiyaç duyulmaktadır.Etyolojisi bilinmeyen ve tedaviye dirençli olduğu bilinen hastalığın başlangıcı, sıklıkla ilk ve ikinci dekada olmaktadır. Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmektedir. Burada 19 yaşında erkek hastada ani gelişen EDP olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** 19 yaşında erkek hasta gövde ön ve arka yüzde üç aydır olan, son iki haftada artan renk değişimi nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde; sırt ve gövde ön yüzünde yaygın olmak üzere, farklı büyüklüklerde,yer yer birleşme eğilimi gösteren pigmente makül ve yamalar gözlemlendi. Anamnezde, şikayetlerinin başlangıcında lezyonlarının daha eritemli ve morumsu olduğu öğrenildi. Hastanın lokal orta potent kortikosteroid tedavisi ile lezyonlarında gerileme olmamıştı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde farklı bir özellik bulunmayan olgunun ek sistemik hastalık veya ilaç kullanımı mevcut değildi.Olgunun laboratuvar testlerinde tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, sedimentasyon hızı, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar analizi normal sınırlarda gelmiş, anti-HBs, anti- HCV, anti-HIV, VDRL ve ANA testleri negatif olarak saptanmıştı. Sırt ve gövde ön yüzdeki lezyonlardan alınan İnsizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde, bazal tabakada vakuolar dejenerasyon, üst dermiste damarlar etrafında hafif derecede lenfositik iltihabi hücre infiltrasyonu ve melanofajlar ile pigment inkontinansına ek olarak, epitel içerisinde az miktarda lenfosit egzozitozu görülmesi nedeniyle hastaya EDP tanısı konuldu. EDP tanısı kesinleşen hastaya 100 mg/gün dapson tedavisi başlanarak lezyonları kontrol altına alınmıştır.

**Sonuç:** Ashy dermatozu, (EDP) ilk olarak 1957 yılında Ramirez tarafından tanımlanan ve nadir görülen, kazanılmış pigmentasyonlar sınıfından olan bir dermal melanozistir. Sebebi bilinmemekle birlikte,bazı etkenlerin hastalıktan sorumlu olabileceği belirtilmiştir.Bunlar; enfeksiyonlar (paraziter ve HIV), ilaçlar (penisilinler,etambutol ve benzodiazepinler), radyokontrast maddeler,amonyum nitrat, kobalt, fungusitlerdir.Tiroid fonksiyon bozuklukları ve diabetes mellitus gibi endokrinopatiler, atopi ve dislipidemi gibi durumların da tablodan sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Aktif lezyonlardan yapılan immünopatolojik incelemeler, immün aracılı mekanizmaların EDP'nin patogeneğinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Hiperpigmentasyon, epidermiste ve/veya dermiste pigment birikimi ile ortaya çıkan bir durumu gösterir.EDP dışında, postinflamatuvar hiperpigmentasyon(PIH),primer kutanöz amiloidozlar (PKA),nöraljia parestetika(NP) ve bazı ilaç reaksiyonları gibi birçok dermatolojik hastalık, vücutta edinilmiş hiperpigmentasyon sebebi olabilir.EDP tedavisi ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Tedavide güneşten korunma, kimyasal soyucu ajanlar, antibiyotikler, topikal ve sistemik steroidler, etkili bulunmazken, griseofulvin, klofazimin ve dapson gibi ajanlara kısmi yanıtta bahsedilmektedir. EDP nadir görülen bir dermatoz olarak bilinmektedir. Ayırıcı tanı ve tedavide zaman zaman yetersiz kalılabilmektedir. Bu nedenle tanı ve tedavi pratiğinin artırılabilmesi için daha fazla klinik gözleme ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hiperpigmentasyon, Ashy dermatozu, Dapson

**Resim-1**



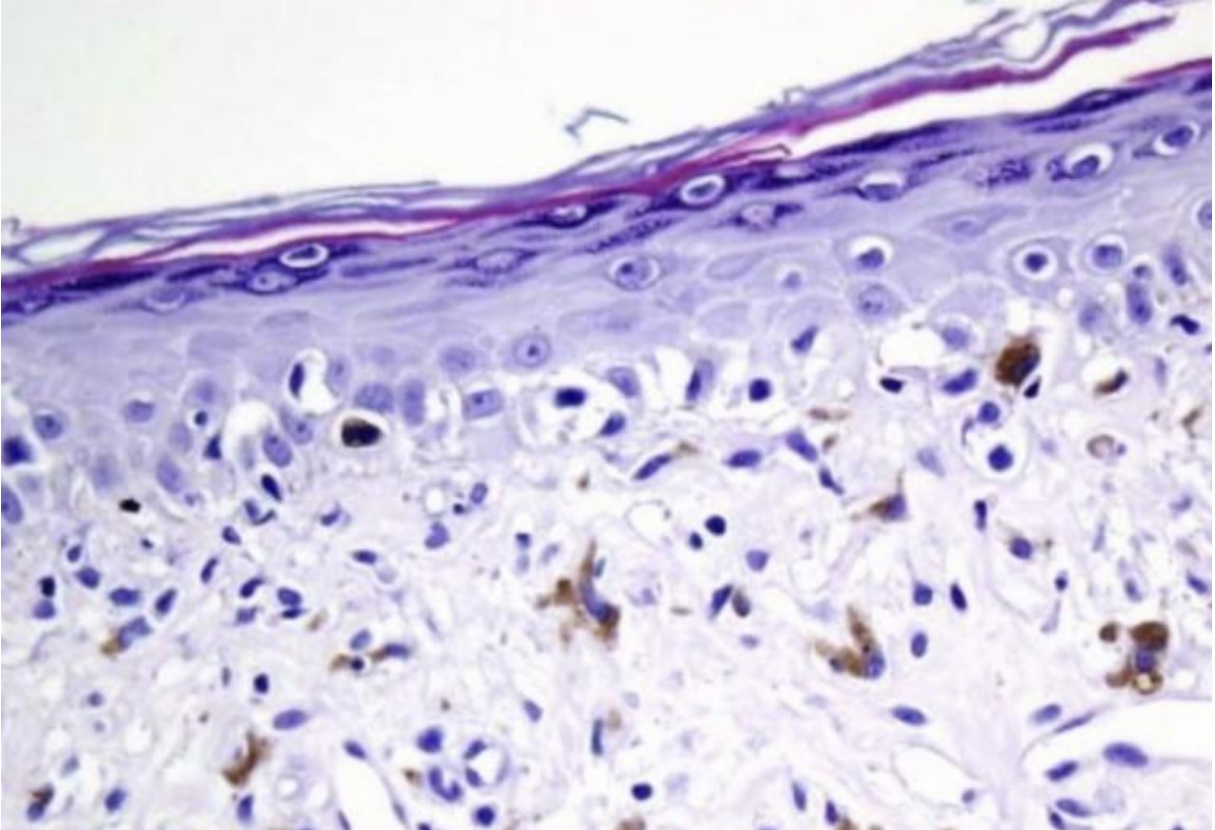
*Gövde ön yüzde hiperpigmente maküler erüpsiyon*

**Resim-2**



*Sırtta yaygın pigmente makül ve yamalar*

**Resim-3**



*Hafif interfaz dermatiti ve dermiste perivasküler lenfositik infiltrat ile pigment inkontinansı (H&E40X)*

## PS-155

### Biontech Covid 19 aşısına bağlı gecikmiş tip dermal hipersensitivite reaksiyonu

Gökhan Kaya<sup>1</sup>, Bengisu Güçkan<sup>1</sup>, Pelin Yıldız<sup>2</sup>, Özlem Su Küçük<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Dermal hipersensitivite reaksiyonları ekzojen veya otoantijenlere karşı 48-72 saat içerisinde gelişen reaksiyonlardır. Tip IV aşırı duyarlılık reaksiyonları olarak değerlendirilir. Aşı ve içeriğindeki yardımcı maddelere karşı dermal hipersensitivite reaksiyonları da tarif edilmiştir. Burada birinci doz Biontech Covid-19 aşısında bağlı dermal hipersensitivite reaksiyonu geliştiren otuz üç yaşındaki kadın hastamızı takdim etmek istiyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Dermal Hipersensitivite Reaksiyonu, Biontech, Aşı



**PS-156****Zosteriform liken planus klinik ve dermoskopik özellikleri**Serkan Düzyak<sup>1</sup>, Bilge Aydın Türk<sup>2</sup><sup>1</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Adıyaman<sup>2</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adıyaman

Giriş - Amaç: Liken planus (LP) deri, deri ekleri ve mukozaları tutabilen inflamatuvar bir hastalık olup klinik olarak kaşıntılı, viyolese renkli, poligonal papüllerle seyreder. Morfoloji ve tutulum alanlarına göre LP'nin 20'den fazla varyantı vardır. Zosteriform/lineer, aktinik, vezikülobüllöz tipleri atipik varyantlardan bazılarıdır. Zosteriform liken planus (ZLP) tek taraflı, lineer veya zosteriform yayılım ile karakterize, dermatom boyunca yerleşen bir varyanttır. Lineer ve zosteriform varyantları ayrımının doğru yapılması sıklıkla mümkün olmamaktadır ve hiç travmatize olmamış deride nadiren görülmektedirler. LLP doğrusal dağılıma sahip iken ZLP daha geniş olup dermatomal dağılım sergilemektedir. ZLP ayırıcı tanısında inflamatuvar lineer verruköz epidermal nevus (ILVEN), liken striatus, lineer epidermal nevus, lineer Darier hastalığı ve lineer psoriasis düşünülmelidir.

Olgu 1: 47 yaş E hasta, 2 aydır var olan dermatolojik muayenede bacakta S2 dermatomu boyunca hiperpigmente makül ve papüller görüldü (Şekil 1). Dermoskopik muayenede kahverengi yapısız alanda kahverengi, gri nokta ve globüller görüldü (Şekil 2).

Olgu 2: 68 yaş K hasta, 3 aydır var olan dermatolojik muayenede bacakta L3 dermatomu boyunca yayılan skuamli, viyolese, poligonal, kaşıntılı papül ve plaklar görüldü (Şekil 5). Dermoskopik muayenede lineer wickham stria çevresinde kırmızı noktalar, sarımsı nokta ve globüller ve diffüz hiperkeratoz görüldü (Şekil 6).

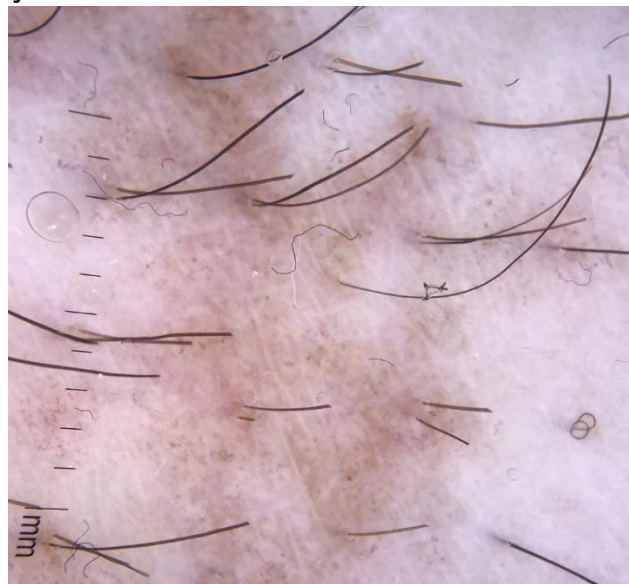
Her iki olgunun da özgeçmiş, soygeçmiş, ilaç kullanım öykülerinde özellik yoktu. Travma, zona, herpes ya da başka herhangi bir infektif ya da inflamatuvar hastalık geçirme öyküleri de yoktu. Oral, genital mukoza, saç, tırnak muayenesi normaldi. Lezyonlu bölge derilerinden alınan 4 mm panç biyopsinin histopatolojik incelemesi benzer olup epidermiste irregüler akantoz, yüzeysel dermiste likenoid lenfositik infiltrasyon ve epidermiste granüler tabakada belirginleşme görüldü (Şekil 3,4). Hepatit tetkikleri de normal olan her iki olguya klinik, dermoskopik ve histopatolojik Bulgularla ZLP tanısı konuldu.

Sonuç: ZLP oldukça nadir olup olgularımızda olduğu gibi, öncesinde bir herpes zoster, travma gibi hikayelerinin olmaması ve tamamen farklı klinik ve dermoskopik Bulgularla seyreden ZLP olgularının da görülebileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** dermoskopi, histopatoloji, zosteriform liken planus

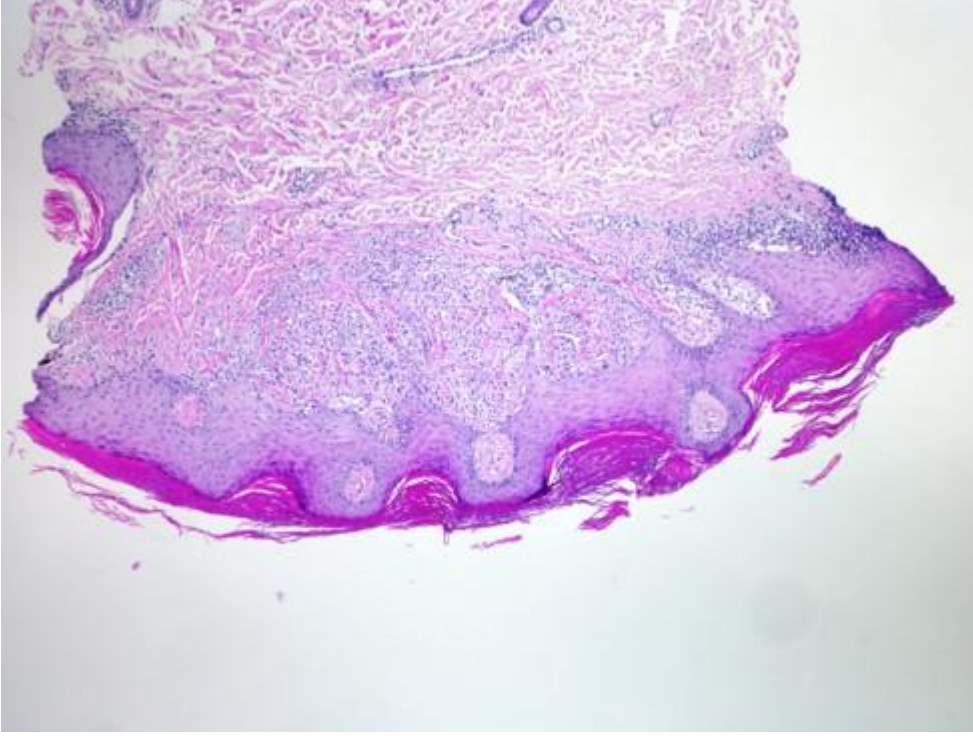
**Şekil 1**

*bacakta zosteriform/lineer hiperpigmente makül ve papüller*

**Şekil 2**

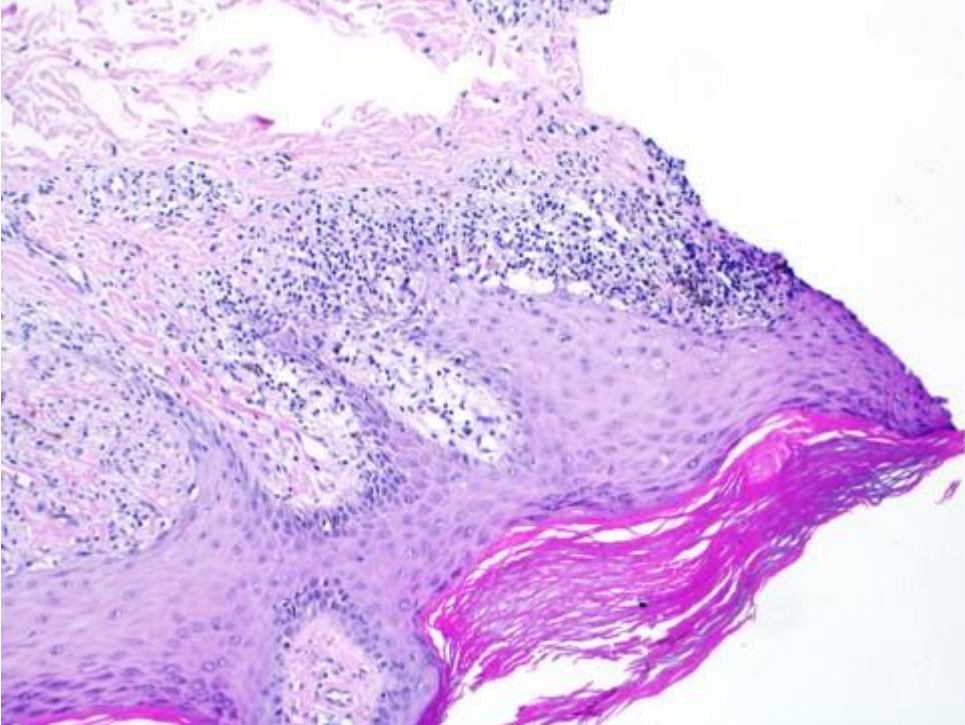
*kahverengi yapısız alanda kahverengi, gri nokta ve globüller*

**Şekil 3**



*H&E X100. Yüzeyde kompakt hiperkeratoz, epidermiste irregüler akantoz, yüzeysel dermiste likenoid lenfositik infiltrasyon*

**Şekil 4**



*H&E X400. Epidermiste granüler tabakada belirginleşme, irregüler akantoz ve yüzeysel dermiste lenfositler ve melanin inkontinansı*

## PS-157

### Juvenil Dermatomyozit

Mahmut Sami Sarı<sup>1</sup>, Burçe Can Kuru<sup>1</sup>, Zeynep Topkarcı<sup>1</sup>, Şerife Gül Karadağ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Juvenil Dermatomyozit (JDM), spesifik deri lezyonları olan inflamatuvar bir miyopatidir. JDM sıklıkla cilt ve çizgili kasları başta olmak üzere, eklemler, akciğerler, kalp ve diğer iç organları da tutabilen multisistemik bir hastalıktır. Çocuklardaki görülme sıklığı 3.2/10,000,000'dur. Hastalık kız çocuklarında, erkek çocuklarına göre 2,3:1 oranında daha sık görülmektedir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte çoğu kez doku uyumluluk antijenleri, çevresel faktörler (virus, ilaç, vb.) ve otoimmünite sorumlu tutulmaktadır. Çocuklarda klinik başlangıçlar çoğunlukla sinsidir ve çoğu kez proksimal kasların tutulumlarıyla başlamaktadır. JDM'in tanı konulmasında en yardımcı özelliği tipik tutulumlarla giden cilt Bulgularıdır. Cilt Bulguları olarak heliotrop raş, gottron papülleri, eritrodermi, dermatit, kalsinozis, tırnak yenikleri, cilt ülserasyonları görülebilmektedir. Bu Bulgulara ek olarak artmış kas enzim düzeyleri (CK, AST, LDH,) elektromiyografi incelemesinde miyojen tutulum Bulguları (polifazik motor ünitelerde küçük ve kısa dalgalar, fibrilasyonlar vb.) ve kas biyopsi Bulguları (Tip 1 ve Tip 2 fibrillerde nekroz, fagositoz, perivasküler enflamatuvar eksudalar) tanıda yardımcıdır. Hastalarda ateş, iştahsızlık, kilo kaybı, huzursuzluk, karın ağrısı gibi sistemik semptomların da varlığı gösterilmiştir. Bu olguda dermatoloji polikliniğine burun, alın, çene ve her iki malar bölgede maküler eritem, eklem ağrısı ve tekrarlayan ateş epizotları ile başvuran juvenil dermatomyozit tanısı koyduğumuz 8 yaşında kız çocuğu sunulacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** heliotropik raş, juvenil dermatomyozit, maküler eritem

## PS-158

### COVID-19 sonrası gelişen likenoid erupsiyonlu bir olgu sunumu

Zuhal Metin<sup>1</sup>, Koray Durmaz<sup>2</sup>, Deniz Ünlüer Kapışkay<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Zonguldak

<sup>2</sup>Bozüyük Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Bozüyük, Bilecik

<sup>3</sup>Bozüyük Devlet Hastanesi, Patoloji Departmanı, Bilecik, Bozüyük

Aralık 2019'da Çin'in Vuhan kentinde ortaya çıkan ve açıklanamayan viral pnömoni vakalarına neden olan hastalık birkaç ay içinde hızla tüm dünyaya yayıldı ve Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünya çapında bir salgın olarak ilan edildi. Yeni koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisi tüm dünyada halen etkinliğini sürdürmektedir. Koronavirüsler zarflı, tek zincirli, zoonotik RNA virüslerinden oluşan geniş bir ailedir. Hastalığın önlenmesi ve salgının kontrolünde toplumsal bağışıklama yani aşılama çalışmaları da devam etmektedir. Hastalığın şüana kadar tespit edilen değişken akut ve kronik semptomları mevcuttur. Öksürük, dispne, kas-iskelet sistemi Bulguları (miyalji, artralji, yorgunluk gibi), göğüs ağrısı, kırmızı göz, tat-koku kaybı bunlardan bazılarıdır. Çoklu organ sistem tutulumunda etkilenen organlardan biri de deridir. Hastalığın kutanöz Bulguları pekçok COVID-19 hastasında tanımlanmış ve vakalar bildirilmiştir. Şüana dek en sık bildirilen kutanöz tutulumla ait Bulgular morbiliform döküntü, nonspesifik eritematöz döküntü, ürtikeryal lezyonlar, purpurik lezyonlar, oral veziküller, herpes zoster ve pityriasis roze şeklindedir. Burada literatürde sınırlı sayıda olgu ile bildirilen ve henüz nadir rastlanan bir bulgu olarak COVID-19'a bağlı likenoid erupsiyon gelişen bir olgu, histopatolojik sonuçlarıyla birlikte sunulacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, likenoid dermatit, pandemi

#### Resim-1



*Bilateral el bileklerinde ve bacak ekstansör yüzlerinde viyolase skuamli papül ve plaklar*

## PS-159

### İnterferon tedavisine dirençli tümöral evre MF'i olan hastanın pralitreksat ve gemsitabin ile tedavisi

Nurgül Bayram<sup>1</sup>, Burçe Can Kuru<sup>1</sup>, Zeynep Topkarcı<sup>1</sup>, Bilgen Erdoğan<sup>1</sup>, Damlanur Sakız<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Mikozis fungoides (MF), derinin primer T hücreli lenfoması olup, tüm kutanöz lenfomaların %50'sini oluşturur. Hastalığın evresine göre yama, plak, tümör ve eritrodermi Bulguları görülür. Foliküler MF, pagetoid retikuloz ve granülomatöz gevşek deri, klasik MF'den farklı klinikopatolojik özellik gösterir. MF'de tanı histopatolojik olarak konur. Erken dönem MF tedavisinde topikal kortikosteroidler, fototerapi ve nitrojen mustard; ilerlemiş olgularda retinoidler, radyoterapi, kemoterapi ve hedefe yönelik ajanlar kullanılabilir.

Olgumuz 58 yaşında kadın hasta, bilinen diyabetes mellitus, hiperkolesterolemi tanıları mevcut olup; gövde, kasık, uyluk iç yüzler ve her iki koltuk altında kızamık kabarıklık lezyonları nedeni ile başvurdu. Hastanın bu lezyonları daha öncesinde deri seviyesinde olup yaklaşık 6 yıl önce lezyonlardan biyopsi alınmış ve neticesinde papiller ve retiküler dermiste CD 3(+) lenfoid hücrelerden oluşan diffüz infiltrasyon görülmüş. Bu Bulgular plak evre MF ile uyumlu düşünülmüş ve evre 1B olarak değerlendirilmiş. Hasta bu tanıya yönelik fototerapi, topikal retinoid ve topikal kortikosteroid tedavisi almış. Dermatolojik muayenesinde karın alt kadranda, her iki inguinalde, uyluk mediallerinde ve aksiller bölgede eritemli, bazıları viyolase lobüler kitleler oluşturan nodüler lezyonları mevcuttu. Fizik muayene Bulguları normal olan hastanın lenf nodu muayenesinde palpabl lenf nodu saptanmadı. Tam kan tetkiki, rutin biyokimyası, laktat dehidrogenaz değeri, tam idrar tetkiki, periferik yayması normal olarak değerlendirildi. yapılan muayene ve tetkik sonucunda hasta evre 2B olarak değerlendirildi. Hastadan alınan punch biyopsinin histopatolojisinde özellikle üst retiküler dermiste diffüz dağılım gösteren iri, düzensiz şekilli, hiperkromatik nükleuslu atipik lenfoid hücrelerden oluşan infiltrasyon, lenfosit, eozinofil, lökosit, plazma hücreleri görüldü.

Immünohistokimyasal incelemede epidermotropizm gösteren atipik lenfoid hücrelerde CD2, CD4 ve CD7 ile yüksek oranda boyanma saptanmış olup mevcut örnek tümöral evre MF ile uyumlu geldi. Tetkiklerinde kolesterol, trigliserid yüksekliği saptanan ve bu nedenle beksaroten başlanamayan hastaya haftada 3 kez 6 milyon ünite interferon alfa-2a tedavisi başlandı; lezyonlarda gerileme olmaması üzerine hematoloji kliniğine danışıldı. Hastaya pralatreksat, gemsitabin kombinasyonu başlandı ve allojenik kemik iliği transplantasyonu planlandı. Tedavi ile lezyonlarında belirgin gerileme gözlenen hasta kemoterapisi devam ederken vefat etti.

Biz bu vakayı MF lezyonlarının şiddetli seyretmesi ve interferon tedavisine dirençli olması sebebiyle sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Beksaroten, gemsitabin, mikozis fungoides, pralitreksat

## İLETİŞİM

### Bilimsel Sekreteryası



Sedat Simavi Sokak No:42-3 Çankaya  
Ankara, Türkiye

**E-mail:** [sekreteryas@turkdermatoloji.org.tr](mailto:sekreteryas@turkdermatoloji.org.tr)

**Tel:** 0312 441 30 63

**Faks:** 0312 441 30 44

**Web:** <http://www.turkdermatoloji.org.tr>

### Organizasyon Sekreteryası



Muallim Naci Cad. Katmer Sk. No:2 Ortaköy İstanbul / Türkiye

**E-mail:** [dermatoloji@globalturizm.com.tr](mailto:dermatoloji@globalturizm.com.tr)

**Tel:** 0212 282 92 32

**Faks:** 0212 268 18 41

**Web:** [www.globalturizm.com.tr](http://www.globalturizm.com.tr)